



Université d'Oran 2
Faculté des Sciences sociales
Département de psychologie et d'orthophonie
THESE

Pour l'obtention du diplôme de Doctorat
Spécialité : Psychologie Clinique
Option : Clinique infanto-Juvénile et guidance parentale

**PROPOSITION D'UN PROTOCOLE THERAPEUTIQUE DE LA DOULEUR
CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT EN PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE**

Présentée et soutenue publiquement par :
BOUHASS-YAGOUB Fadéla Fatima-Zohra
Sous la direction du Pr. Badra MOUTASSEM-MIMOUNI

Devant le jury composé de :

Pr. FSIAN Hocine	Professeur	Université d'Oran 2	Président
Pr. Badra MOUTASSEM-MIMOUNI	Professeure	Université d'Oran 2	Directrice de recherche
Pr BENALLAL Khadidja,	Professeure	Université de Sidi-Bel-Abbès	Examineur
Pr. HENNAOUI Houria	MCA	Université d'Oran 1	Examineur
Pr. CHERIF Hallouma	Professeure	Université d'Oran 2	Examineur
D. ABOURA-NADJI Amina	MCA	Université d'Oran 1	Examineur

Année 2017-2018



Université d'Oran 2
Faculté des Sciences sociales
Département de psychologie et d'orthophonie
THESE

Pour l'obtention du diplôme de Doctorat
Spécialité : Psychologie Clinique
Option : Clinique infanto-Juvénile et guidance parentale

**PROPOSITION D'UN PROTOCOLE THERAPEUTIQUE DE LA DOULEUR
CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT EN PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE**

Présentée et soutenue publiquement par :
BOUHASS-YAGOUB Fadéla Fatima-Zohra
Sous la direction du Pr. Badra MOUTASSEM-MIMOUNI

Devant le jury composé de :

Pr. FSIAN Hocine	Professeur	Université d'Oran 2	Président
Pr. Badra MOUTASSEM-MIMOUNI	Professeure	Université d'Oran 2	Directrice de recherche
Pr BENALLAL Khadidja,	Professeure	Université de Sidi-Bel-Abbès	Examineur
Pr. HENNAOUI Houria	Professeure	Université d'Oran 1	Examineur
Pr. CHERIF Hallouma	Professeure	Université d'Oran 2	Examineur
D. ABOURA-NADJI Amina	MCA	Université d'Oran 1	Examineur

Année 2017-2018

RESUME

Parallèlement aux interventions biomédicales, les thérapies psychologiques s'avèrent indispensables dans la prise en charge de la douleur chronique chez l'enfant en raison de la complexité de ce phénomène.

Le présent travail porte sur la proposition et la mise en œuvre d'un protocole thérapeutique de la douleur chronique chez l'enfant centré sur les thérapies comportementales et cognitives. Son élaboration s'est basée principalement sur la notion de coping, de lieu de contrôle, de schémas cognitifs et style d'attachement. Il s'agit à travers cette contribution de tester l'efficacité d'une nouvelle forme de prise en charge de la douleur chronique chez l'enfant.

Comme processus actif, les thérapies comportementales et cognitives permettent à l'enfant d'apprendre à être acteur en réduisant les émotions et les pensées négatives associées à la douleur qui alimentent la détresse psychique et les troubles d'adaptation.

La mère comme première figure d'attachement, est un agent actif. L'intérêt du protocole est de réajuster les comportements maternels inadaptés qui contribuent à l'amplification et au maintien de la douleur.

L'étude porte sur 05 enfants âgés entre 10 et 13 ans, traités et suivis au service de pédiatrie du Centre Hospitalo-Universitaire de Sidi-Bel-Abbès pour des pathologies différentes entraînant une douleur chronique: l'hémophilie, l'arthrite juvénile idiopathique et purpura rhumatoïde.

Le choix de la méthode quasi expérimentale dont l'objectif est d'appliquer puis mesurer et vérifier l'efficacité du protocole thérapeutique nous a permis d'évaluer un avant et après la prise en charge. Les outils que nous avons utilisés à ces fins sont : l'échelle composite de dépression pour enfant MDI-C, l'échelle de faire face à la douleur PPCI, l'échelle du lieu de contrôle, l'inventaire des schémas précoces pour enfants, l'inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs IPPA (rubrique attachement à la mère) et enfin l'Echelle Visuelle Analogique (EVA).

Nous avons organisé les séances selon trois phases : une phase évaluative, une phase thérapeutique et une phase d'entretien.

Les résultats nous montrent que l'application des thérapies comportementales par le conditionnement classique et opérant et des thérapies cognitives par la restructuration cognitive ont favorablement modifié les cognitions, émotions et comportements qui accompagnent la douleur chronique. Les signes pathologiques d'anxiété et de dépression ont nettement diminué dans les cinq cas. Le réajustement du comportement maternel a en effet contribué à l'adaptation des comportements douloureux. Les thérapies comportementales et cognitives ont été d'une grande efficacité dans le contrôle de la douleur chronique.

DEDICACE

Je dédie ce modeste travail à la mémoire de mes parents,

A mes enfants, le moteur de mes motivations,

A mon époux,

A mes frères, à mes sœurs,

A mes beaux parents,

Enfin, je dédie ce travail à l'enfant.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Madame le Professeur Badra Moutassam Mimouni ma directrice de thèse pour avoir accepté de diriger cette étude et m'avoir précieusement orienté dans sa réalisation.

Je lui dois ma gratitude de m'avoir communiqué sa passion pour la recherche. Elle m'a donné le goût et encouragé dans cette voie.

Mes remerciements, les plus sincères s'adressent à chacun des membres du jury pour avoir consenti de lire, critiquer et évaluer ce travail.

Je souhaite également exprimer toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude aux enfants qui ont contribué à la réalisation de ce projet ainsi qu'à leurs parents qui ont fait preuve de confiance, de patience et se sont investis de manière active.

Je remercie également le Professeur K. Benallal et Professeur Boumeddane pour m'avoir ouvert les portes de leurs services afin de mener à bien cette étude. Je tiens à exprimer ma reconnaissance aux médecins Dr khelfaoui et Dr Elhourri qui ont fait preuve de générosité scientifique ; Enfin j'exprime ma reconnaissance au personnel des deux services de pédiatrie du Centre Hospitalo Universitaire de Sidi-Bel-Abbès et de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé Centre Emir Abdel Kader d'Oran qui ont été d'un apport considérable pour la réalisation de cette étude.

Je tiens à remercier de tout mon être mes enfants pour l'amour qu'ils me donnent et dont je me ressource ; mon époux qui a fait preuve de compréhension et de patience démesurée. Enfin, je remercie Mme K. Mebkhouti pour son soutien au quotidien et tous ceux et celles qui m'ont encouragés et aidé à la réalisation de ce travail passionnant.

Table des matières

RESUME	1
DEDICACE.....	II
REMERCIEMENTS	III
LISTE DES TABLEAUX.....	IX
LISTE DES FIGURES	X
LISTE DE GRAPHES.....	X
LISTE DES SECTEURS.....	XI
INTRODUCTION GENERALE	1

CHAPITRE I

1. INTRODUCTION :	4
2. PROBLEMATIQUE :	4
3. OBJECTIFS DE L'ETUDE :	14
4. L'INTERET DE L'ETUDE :	15
5. HYPOTHESES DE L'ETUDE :	16
5.1. Hypothèse opérationnelle principale :	16
5.2. Hypothèses opérationnelles secondaires :	16
6. LES CONCEPTS OPERATIONNELS DE L'ETUDE.....	16
7. CONCLUSION :	18

PREMIERE PARTIE APPORT THEORIQUE CHAPITRE II

INTRODUCTION :	20
I. LA DOULEUR	20
1. APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DE LA DOULEUR :	20
2. APPORT HISTORIQUE :	22
3. PHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR :	23
4. LE TRAJET DE LA DOULEUR :	24
4.1. Etape périphérique :(De la périphérie à la moelle épinière : voies afférentes)	24
4.2. Etape medullaire : (De la moelle épinière au cortex) :	24
4.3. Etape supra médullaire :	25
4.4. La transmission périphérique :	26
5. LES DIFFERENTS TYPES DE DOULEUR :	27
5.1. La douleur aigüe :	27
5.2. La douleur chronique :	28
6. L'ASPECT MULTIDIMENSIONNEL DE LA DOULEUR :	29
6.1. La composante sensori-discriminative :	29
6.2. La composante émotionnelle :	30
6.3. La composante cognitive :	30
6.4. La composante comportementale :	30
7. EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT :	31
7.1. Buts de l'évaluation :	31
7.2. Les différentes méthodes d'évaluation :	32
9. PERCEPTION DE LA DOULEUR :	38
9.1. Le rôle de l'apprentissage des processus comportementaux par conditionnement :	38
9.1.1. Le conditionnement classique ou répondant :	38
9.1.2. Le conditionnement opérant :	39
9.2. Le rôle de l'apprentissage social :	40
9.2.1. La théorie de l'apprentissage social de Rotter « Lieu de contrôle » :	41
9.2.1.1. Apport historique :	41
9.2.1.2. Définition du locus de contrôle :	42

9.2.2.	La théorie des attributions et de la cause attribuée de Seligman:	44
9.2.3.	Le sentiment d'auto-efficacité de Bandura :	47
9.3.	LE ROLE DE LA COGNITION :	49
9.4.	Le rôle de l'affect :	51
	CONCLUSION :	55
II.	LE COPING	55
1.	INTRODUCTION :	55
2.	HISTORIQUE :	56
3.	MECANISME DE DEFENSE ET COPING :	57
4.	FONDEMENTS THEORIQUES DU COPING ET DEFINITIONS :	59
5.	CLASSIFICATION ET DIFFERENTS STYLES DE COPING :	61
5.1	LA CLASSIFICATION DE LAZARUS ET FOLKMAN (1980) :	61
	LE COPING CENTRE SUR L'EMOTION :	61
	LE COPING CENTRE SUR LE PROBLEME (PROBLEM FOCUSED COPING).....	62
5.2	Classification de Billig et Moos en 1981 :	63
5.3	Classification d'Endler et Parker en 1990 :	64
5.4	Classification de Paulhan et Bourgois.....	64
6.	THEORIE COGNITIVE DU STRESS ET COPING :	65
6.1.	L'évaluation primaire : ou stress perçu :	65
6.2	L'évaluation secondaire : ou contrôle perçu :	65
7.	LES FACTEURS DETERMINANTS DUCOPING :	67
7.1.	Les facteurs contextuels ou situationnels :	67
7.2.	Les facteurs dispositionnels :	67
8.	CONCLUSION :	69
	III. LES THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE.....	70
	INTRODUCTION :	70
1.	LES CARACTERISTIQUES METHODOLOGIQUES DES THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES :	71
2.	FONDEMENT THEORIQUES DES THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES :	73
2.1.	Les modèles cognitifs :	73
2.1.1.	Les pensées automatiques :	74
2.1.2.	Les distorsions cognitives :	75
2.1.3.	Les schémas cognitifs :	76
2.1.3.1.	Le rôle des expériences précoces dans la constitution des schémas inadaptés :	79
2.1.3.2.	Les schémas cognitifs inadaptés :	79
3.	LES STRATEGIES THERAPEUTIQUES DANS UNE TCC :	80
3.1.	Les stratégies visant à modifier les réponses physiologiques :	80
3.1.1.	Apprentissage de la relaxation :	80
3.1.2.	Apprentissage des méthodes de contrôle respiratoire :	80
3.2.	Les stratégies visant à modifier les réponses comportementales :	81
3.3.	Les stratégies visant à modifier les réponses cognitives :	82
3.3.1.	La restructuration cognitive :	82
3.3.2.	La méthode des flèches descendantes :	82
3.3.3.	La méthode socratique :	83
4.	LES ASPECTS PRATIQUES D'UNE THERAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE :	83
4.1.	Les grandes étapes d'une TCC :	83
	CONCLUSION :	84
IV.	THEORIE DE L'ATTACHEMENT :	84
	INTRODUCTION :	84
1.	HISTORIQUE :	85
2.	LES FONDEMENTS DE LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT:	86
2.1.	APPORT DE L'ETHOLOGIE :	87
2.2.	MARY AINSWORTH ET LA SITUATION ETRANGERE :	89
3.	LES CATEGORIES D'ATTACHEMENT :	90
4.	LES GRANDS PRINCIPES DE LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT :	91
5.	LES CONCEPTS DE BASE DU PHENOMENE DE L'ATTACHEMENT :	92
5.1.	Le comportement d'attachement :	92

5.2.	La figure d'attachement :.....	92
5.3.	Le système d'attachement :	93
5.4.	La notion de sécurité et de base de sécurité :	93
6.	LE DEVELOPPEMENT DES RELATIONS D'ATTACHEMENT :	94
7.	LES MODELES INTERNES OPERANTS :	95
	CONCLUSION :	96

**CHAPITRE III
METHODOLOGIE DE L'ETUDE**

1.	INTRODUCTION :	98
2.	METHODES DE RECHERCHE :	98
3	DEROULEMENT DES SEANCES :	99
4	LES CRITERES D'EVALUATION :	99
5	LES INSTRUMENTS DE MESURE UTILISES DANS L'ETUDE:	99
5.1	L'échelle composite de dépression pour enfant(MDI-C) :de D.J.Berndt et C.F.Kaiser et de D.J Berndt et C.F Kaiser 1999 :	100
5.2.	Le (Pediatric Pain Coping Inventory) PPCI :de Verni et al traduit et validé par Spicher ; instrument standardisé pour la mesure systématique de faire face à la douleur pédiatrique.....	102
5.3.	Echelle Visuelle Analogique (E.V.A) :	104
5.4.	L'inventaire d'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA) d'Armsden et Greenberg :.....	105
5.5.	Inventaire des Schémas précoces de l'enfant de Rusinek et Hautekeete :version abrégée du questionnaire de Young (1999).	106
5.6.	Echelle lieu de contrôle pour enfant :Nowicki-Strickland (1973)	107
6.	LE CHOIX DE LA POPULATION :	108
7.	CHOIX DE L'APPROCHE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE :	109
8.	PROTOCOLE PSYCHOTHERAPEUTIQUE APPLIQUE :	110
8.1.	Phase A (phase pré-test):phase évaluative sans intervention thérapeutique :	110
8.1.1.	Les séances de 1 à 6 :	110
8.1.2.	Les séances de 6 à 8 :	112
8.2	Phase B (la phase test) : Application du protocole :	116
8.2.1	La démarche appliquée pour traiter la dépression face à la douleur :	118
8.2.2	La démarche appliquée pour traiter les schémas dysfonctionnels face à la douleur :	120
8.2.3	La technique de décentration ou de diversion attentionnelle :	121
8.2.4	La démarche appliquée pour traiter le style de coping face à la douleur :	122
8.2.5	La démarche appliquée pour traiter le locus de contrôle :	124
8.2.6	La démarche appliquée pour traiter le style d'attachement :	125
8.3.	La phase d'entretien:	128
9.	LES LIMITES DE L'ETUDE :	128
10.	LES DIFFICULTES DE L'ETUDE :	129
11.	CONCLUSION :	129

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE IV

APPLICATION DU PROTOCOLE

1.	CAS N° 1 B. SAFIA :	131
1.1.	PHASE A : PHASE EVALUATIVE (Dépourvue de toute intervention thérapeutique) :	131
1.1.1.	Le déroulement des séances :	131
1.1.2.	Description des séances :	132
1.1.2.1.	Les séances de 1 à 4 :	132
1.1.2.2.	Les séances de 4 à 8 :	143
1.2.	PHASE B (APPLICATION DU PROTOCOLE THERAPEUTIQUE) :	148
1.2.1.	Les techniques cognitives :	148
1.2.2.	Les techniques émotionnelles :	155
1.2.3.	Les techniques comportementales :	157
1.3.	PHASE B (POST-TEST : REEVALUATION ET ENTRETIEN) :	159
1.4.	Discussion :	163
1.5.	PHASE D'ENTRETIEN :	166
1.6	CONCLUSION :	167
2.	CAS N° 2 TARIK :	168
2.1.	PHASE A : (phase évaluative depourvue de toute intervention therapeutique) :	168

2.1.1.	Le déroulement des séances :	168
2.1.2.	Description des séances :	168
2.1.2.1.	Les séances de 1 à 4 :	168
2.1.2.2.	Les séances de 4 à 8 :	179
2.2.	PHASE B (application du protocole thérapeutique) :	185
2.2.1.	Les techniques cognitives :	185
2.2.2.	Les techniques émotionnelles :	192
2.2.3.	Les techniques comportementales :	193
2.3.	PHASE B (post-test : réévaluation et entretien) :	197
2.4.	DISCUSSION :	202
2.5.	PHASE D'ENTRETIEN :	206
2.6.	CONCLUSION :	207
3.	CAS N°3 SOFIANE :	209
3.1.	La PHASE A : (phase évaluative) :	209
3.1.1.	Le déroulement des séances :	209
3.1.2.	Description des séances :	209
3.1.2.1.	Les séances de 1 à 5 :	209
3.1.2.2.	Les séances de 5 à 8 :	221
3.2.	LA PHASE B (application du protocole thérapeutique) :	227
3.2.1.	Les techniques cognitives :	227
3.2.2.	Les techniques émotionnelles :	232
3.2.3.	Les techniques comportementales :	234
3.3.	PHASE B (Réévaluation) :	238
3.4.	DISCUSSION DES RESULTATS :	243
3.5.	PHASE D'ENTRETIEN :	246
3.6.	CONCLUSION :	247
4.	CAS N° 4 IHEB :	249
4.1.	PHASE A : phase évaluative (sans intervention thérapeutique) :	249
4.1.1.	Le déroulement des séances :	249
4.1.2.	Description des séances :	249
4.1.2.1.	Les séances de 1 à 4 :	249
4.1.2.2.	Les séances de 4 à 8 :	260
4.2.	PHASE B (application du protocole) :	266
4.2.1.	Les techniques cognitives :	266
4.2.2.	Les techniques émotionnelles :	270
4.2.3.	Les techniques comportementales :	272
4.3.	PHASE B (post-test : réévaluation) :	275
4.4.	DISCUSSION DES RESULTATS :	279
4.5.	PHASE D'ENTRETIEN :	283
4.6.	CONCLUSION :	284
5.	CAS N° 5 KAMEL :	285
5.1.	PHASE A : (phase évaluative) :	285
5.1.1.	Le déroulement des séances :	285
5.1.2.	Description des séances :	285
5.1.2.1.	Les séances de 1 à 4 :	285
5.1.2.2.	L'écoute et l'observation :	286
5.2.	PHASE B (application du protocole thérapeutique) :	302
5.2.1.	Les techniques cognitives :	302
5.2.2.	Les techniques émotionnelles :	310
5.2.3.	Les techniques comportementales :	312
5.3.	PHASE B (post-test : réévaluation) :	316
5.4.	DISCUSSION DES RESULTATS :	321
5.5.	PHASE D'ENTRETIEN :	324
5.6.	CONCLUSION :	325

CHAPITRE V
SYNTHESE COMPARATIVE DES CINQ CAS ET REPONSE
AUX HYPOTHESES DE L'ETUDE

1. INTRODUCTION :	328
2.PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS ET VERIFICATION DES HYPOTHESES : 328	
2.1. Présentation, analyse des résultats et vérification de l'hypothèse opérationnelle(a) :	328
2.2. Présentation, analyse des résultats et vérification de l'hypothèse opérationnelle (b) :.....	333
2.3. Présentation, analyse des résultats et vérification de l'hypothèse opérationnelle (c) :	338
2.4. Analyse des résultats et vérification de l'hypothèse opérationnelle (d) :.....	340
2.5. Présentation, analyse des résultats et vérification de l'hypothèse opérationnelle(e) :	341
2.6. Synthèse générale et réponse à l'hypothèse opérationnelle principale :.....	344
3. CONCLUSION :	346
CONCLUSION GENERALE	347
BIBLIOGRAPHIE	352
ANNEXES	357

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Douleur et maladie en fonction de l'age.....	37
Tableau 2 : Les emotions et cognitions associees a la douleur	113
Tableau 3 : les quatre colonnes de beck	119
Tableau 4 representant les emotions et cognitions associees a la douleur de safia.....	145
Tableau 5 : Tableau des quatre colonnes (safia).....	150
Tableau 6 balance des avantages et inconvenients des schemas (safia).....	152
Tableau 7 modification de l'externalite a l'internalite (safia)	154
Tableau 8 l'echelle de depression safia (notes t du test- retest)	164
Tableau 9 presentation des scores de l'echelle de coping (test- retest)	164
Tableau 10 les scores de l'echelle des schemas cognitifs(safia) test-retest.....	166
Tableau 11 les emotions et cognitions associees a la douleur chez tarik	180
Tableau 12 tableau des quatre colonnes (tarik)	187
Tableau 13 balance des avantages et inconvenients des schemas (tarik)	189
Tableau 14 modification de l'externalite a l'internalite (tarik)	191
Tableau 15 echelle de depression (tarik) (notes t du test / re-test)	202
Tableau 16 presentation des scores de l'echelle de coping(tarik) (test- retest).....	203
Tableau 17 les scores de l'echelle des schemas cognitifs(tarik) test-retest.....	205
Tableau 18 les emotions et cognitions associees a la douleur (sofiane).....	223
Tableau 19 tableau des quatre colonnes (sofiane)	229
Tableau 20 balance des avantages et inconvenients des schemas cognitifs (sofiane).....	231
Tableau 21 echelle de depression (sofiane) (notes t du test / re-test)	243
Tableau 22 les scores de l'echelle de coping (sofiane)(test- retest)	244
Tableau 23 les scores de l'echelle des schemas cognitifs(sofiane) (test-retest).....	245
Tableau 24 les emotions et cognitions associees a la douleur (iheb)	262
Tableau 25 tableau des quatre colonnes (iheb).....	268
Tableau 26 balance des avantages et inconvenients des schemas cognitifs (iheb)	270
Tableau 27 echelle de depression (iheb) (notes t du test- retest).....	280
Tableau 28 les scores de l'echelle de coping (iheb) (test- retest).....	281
Tableau 29 l'echelle des schemas cognitifs (iheb) (test- retest).....	282
Tableau 30 les emotions et cognitions associees a la douleur (kamel)	299
Tableau 31 tableau des quatre colonnes(kamel).....	305
Tableau 32 balance des avantages et inconvenients des schemas cognitifs (kamel).....	307
Tableau 33 modification de l'externalite a l'internalite (kamel).....	309
Tableau 34 Echelle de depression mdi-c (kamel) (notes t du test-retest).....	321
Tableau 35 Les scores de l'echelle de coping (kamel) (test- retest).....	322
Tableau 36 Les scores de l'echelle des schemas cognitifs (kamel) (test-postest).....	323
Tableau 37 Comparaison des notes t au test-retest de l'echelle de depression des cinq cas	328
Tableau 38 Comparaison des sous-echelles de depression mdi-c des cinq cas.....	329
Tableau 39 Comparaison des resultats test-retest du lieu de controle des cinq cas	333
Tableau 40 Comparaison des sous-echelles de coping au test-retest des cinq cas	336
Tableau 41 Comparaison des schemas cognitifs au test-retest des cinq cas	338
Tableau 42 Comparaison des resultats test/ retest du style d'attachement des cinq cas	341

Tableau 43 Comparaison des moyennes de confiance et communication par rapport a la moyenne du sentiment d'abandon de l'echelle d'attachement des cinq cas au test-retest...342

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma des facteurs impliqués dans le phénomène de la douleur selon Boureau	23
Figure 2 : Schéma du trajet de la douleur	26
Figure 3 : Echelle visuelle analogique (EVA	33
Figure 4 : Echelle de visage (FPS-R) face pain scale.....	34
Figure 5 : Modele de conditionnement classique	39
Figure 6 : Douleur et conditionnement opérant	40
Figure 7 : La double évaluation du stress (Lazarus et Folkman 1984.....	66
Figure 8 : La strategie de coping et aspects processuels et déterminants.....	69
Figure 9 : Figure de l'analyse fonctionnelle de J.Cottraux (2004 :112).....	115

LISTE DE GRAPHES

HISTOGRAMME 1 : SOUS ECHELLES DE DEPRESSION (SAFIA)	136
HISTOGRAMME 2 : SOUS ECHELLES DE COPING (SAFIA)	136
HISTOGRAMME 3 :EVALUATION DES SCHEMAS COGNITIFS (SAFIA)	140
HISTOGRAMME 4 :REEVALUATION DE LA DUμ\$\$\$\$\$\$\$EPRESSION(SAFIA)	160
HISTOGRAMME 5 :REEVALUATION DU COPING (SAFIA)	161
HISTOGRAMME 6 : SOUS-ECHELLES DE DEPRESSION (TARIK)	172
HISTOGRAMME 7 : SOUS-ECHELLES DE COPING(TARIK)	173
HISTOGRAMME 8 : SCHEMAS COGNITIFS (TARIK)	176
HISTOGRAMME 9 : REEVALUATION DE LA DEPRESSION (TARIK)	198
HISTOGRAMME 10 : REEVALUATION DU COPING (TARIK)	198
HISTOGRAMME 11: EVALUATION DES SOUS-ECHELLES DE COPING (SOFIANE)	212
HISTOGRAMME 12 : EVALUATION DES SOUS-ECHELLES DE LA DEPRESSION (SOFIANE)	216
HISTOGRAMME 13 : EVALUATION DES SCHEMAS COGNITIFS (SOFIANE)	217
HISTOGRAMME 14 :REEVALUATION DES SOUS-ECHELLES DE LA DEPRESSION (SOFIANE)	239
HISTOGRAMME 15 :REEVALUATION DU COPING (SOFIANE)	239
HISTOGRAMME 16 :REEVALUATION DES SCHEMAS COGNITIFS (SOFIANE)	242
HISTOGRAMME 17 :SCORES DES SOUS-ECHELLES DE DEPRESSION (IHEB)	253
HISTOGRAMME 18 :SCORES DES SOUS ECHELLES DE COPING (IHEB)	254
HISTOGRAMME 19 :REEVALUATION DE LA DEPRESSION (IHEB)	275
HISTOGRAMME 20 : REEVALUATION DES SOUS-ECHELLES DE COPING (IHEB)	277
HISTOGRAMME 21 : EVALUATION DES SOUS-ECHELLES DE DEPRESSION (KAMEL)	289
HISTOGRAMME 22 : EVALUATION DES SOUS-ECHELLES DE COPING (KAMEL)	290
HISTOGRAMME 23 : REEVALUATION DES SOUS-ECHELLES DE DEPRESSION (KAMEL)	316
HISTOGRAMME 24 : REEVALUATION DES SOUS-ECHELLES DE COPING (KAMEL)	317

LISTE DES SECTEURS

Secteur 1 : Evaluation des composantes du style d'attachement (Safia	139
Secteur 2 : Evaluation des composantes du style d'attachement (Tarik.....	175
Secteur 3 : Réévaluation des composantes du style d'attachement (Tarik.....	201
Secteur 4 : Evaluation des composantes du style d'attachement (Sofiane	215
Secteur 5 : Evaluation des composantes du style d'attachement (Ihab	256
Secteur 6 : Réévaluation des composantes du style d'attachement (Ihab	276
Secteur 7 : Evaluation des composantes du style d'attachement (Kamel.....	292
Secteur 8 : Réévaluation des composantes du style d'attachement (Kamel)	320

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de stage pratique au Centre Hospitalo Universitaire de Sidi-Bel-Abbès, service de pédiatrie et à l'Etablissement Hospitalier Spécialisé Amir Abdelkader, Service d'oncologie pédiatrique	357
Annexe 2 : Formulaire de consentement	359
Annexe 3: Grille d'entretien.....	360
Annexe 4 : Grille d'observation	363
Annexe 5 : Echelle de dépression.....	366
Annexe 6 : Table d'étalonnage Filles	368
Annexe 7 : Table d'étalonnage Garçons.....	370
Annexe 8 : Echelle de coping	371
Annexe 9 : Table d'étalonnage filles	376
Annexe 10 : Table d'étalonnage garçons	374
Annexe 11 : Inventaire des schémas précoces pour enfants.....	375
Annexe 12 : Echelle de lieu de contrôle	376
Annexe 13 : Grille de correction de l'échelle de contrôle	377
Annexe 14 : Inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs (rubrique mère ...	378

INTRODUCTION GENERALE

La douleur est devenue une préoccupation de plus en plus importante depuis ces dernières décennies après avoir été pendant longtemps considérée comme un phénomène purement sensoriel. D'une pensée physiologique réductionniste, en 1965, Malsack & P.Wall ont ajouté les facteurs cognitifs, émotionnels, motivationnels et culturels donnant ainsi une conception holistique dans la compréhension du phénomène de la douleur.

En 1976, l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASD) a défini la douleur comme *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en terme d'un tel dommage.*

Cette définition évite la liaison directe entre douleur et stimulus comme dans le concept du « signal d'alarme ». Elle reconnaît les causes lésionnelles mais accorde une place particulière aux facteurs émotionnels tout en donnant de l'importance à l'expression verbale.

La douleur se caractérise par son aspect déplaisant. La connotation affective désagréable est l'un des éléments centraux de l'expérience douloureuse ; son association avec la sensation nociceptive crée la douleur. Elle est un phénomène complexe ; une perception subjective, composée car reliée à plusieurs facteurs tels que les attentes, les croyances, les émotions, les expériences passées, la culture, l'histoire personnelle et familiale, les apprentissages qui tous peuvent modifier l'intensité ou attribuent le caractère désagréable de la douleur.

En effet, c'est dans un phénomène pluridimensionnel somatique, psychologique, socioculturel que s'inscrit l'histoire de la personne surtout la construction de sa subjectivité qui prend une place considérable dans la douleur chronique. La douleur est une expérience aussi bien universelle vécue par toute personne qu'individuelle car exprimée de façon singulière qui diffère d'une personne à une autre. Elle est une expérience pensée et vécue singulièrement, mais aussi socio culturellement partagée. Sa compréhension prend un aspect holistique. Elle s'inscrit de ce fait dans un modèle biopsychosocial. Ce modèle montre que la compréhension du seul aspect physiologique du mécanisme de la douleur n'est pas suffisante pour proposer une approche satisfaisante et adéquate. Cette conception est la base de l'efficacité d'une prise en charge qui se veut pluridisciplinaire des consultations spécialisées de la douleur.

La douleur chronique chez l'enfant n'est pas une fatalité. Par définition, elle persiste et dure plus de six mois. Elle est l'élément principal qui motive la consultation pédiatrique. Un nombre non négligeable d'enfants fréquentent les services de pédiatrie, souffrant de douleurs chroniques récurrentes ou persistantes induites par diverses pathologies telles que les céphalées, les douleurs musculo-squelettiques, l'arthrite juvénile, le cancer...

La douleur chronique chez l'enfant peut avoir une incidence profonde sur son processus développemental ainsi qu'une baisse de sa qualité de vie. Elle perturbe de ce fait son comportement et son adaptation psychosociale et scolaire.

Ce travail a comme ambition d'apporter un éclairage sur l'efficacité thérapeutique des méthodes psychologiques dans le monde médical à travers la proposition et l'application d'un protocole psychothérapeutique structuré, centré sur les thérapies comportementales et cognitives. Il consiste à apprécier l'efficacité thérapeutique de cette démarche sur des enfants dont la douleur chronique est induite par diverses pathologies.

Pour mener à bien notre étude, nous avons divisé notre travail en cinq chapitres répartis en deux parties. La première concerne l'apport théorique dans laquelle nous avons développé les concepts se rapportant à la thématique de notre sujet, à savoir la douleur, le coping, le lieu de contrôle, l'attachement. Nous avons également donné une place particulière à la thérapie comportementale et cognitive. Dans la seconde partie, nous présentons l'aspect pratique de l'étude en proposant l'application du protocole thérapeutique de la douleur chronique sur cinq cas. Enfin, dans le dernier chapitre, nous présentons la synthèse, l'analyse et la discussion des résultats des cinq cas étudiés.

CHAPITRE I

CHAPITRE I

1. Introduction :

Nous tenons dans ce chapitre à présenter et à développer la problématique de la recherche. Nous nous sommes proposé de donner un aperçu général de notre étude avec une hypothèse opérationnelle principale et des hypothèses opérationnelles secondaires. Enfin, nous clarifions par la suite les principaux buts et objectifs de l'élaboration et l'application du protocole psychothérapeutique dans la prise en charge de l'enfant douloureux chronique.

2. Problématique :

Qu'elle se présente sous sa forme chronique ou aiguë, la lutter contre la douleur répond à une volonté aussi bien éthique qu'humaniste.

Le phénomène de la douleur a poussé les pays développés à élaborer des plans de lutte contre la douleur en procédant par la création de structures antidouleur. En raison de la complexité de la douleur chronique, sont nés des centres antidouleur dont le premier fut ouvert dans les années 1930 aux Etats-Unis. Leur spécificité est la prise en charge globale et pluridisciplinaire du phénomène douloureux, dans le but d'optimiser les résultats thérapeutiques. L'IASP (International Association for the Study of Pain) a été créé en 1969.

En France également, le premier programme d'action fut initié en 1998-2000, il s'est inscrit dans la politique d'amélioration de la qualité des soins dans la prise en charge de la douleur chronique telles que les céphalées, les lombalgies, la douleur cancéreuse...

« L'enquête initiée en 1998 par la DGS (Direction Générale de la Santé) a montré que la douleur chez l'enfant est majoritairement et insuffisamment prise en charge. Les principaux obstacles concernent la reconnaissance de la réalité de la douleur, la crainte exagérée des médicaments efficaces(...), l'utilisation insuffisante des outils d'évaluation et tout particulièrement des grilles comportementales, et enfin la très grande hétérogénéité voir l'incohérence des pratiques ». Programme de lutte contre la douleur 2002-2005, Ministère de l'Emploi et de la Santé en France.

Depuis trois décennies la France mène une politique de lutte contre la douleur. Le programme a connu une suite entre les années 2002-2005 (Second Programme national de lutte contre la douleur), en donnant de nouvelles perspectives dans la prise en charge de la douleur centrée sur les douleurs provoquées par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine.

Les progrès réalisés dans ce domaine prennent de l'ampleur. Plusieurs structures ont été mises en œuvre. L'institut UPSA a financé plusieurs projets de formation des professionnels de la santé et a participé à la création de plusieurs centres antidouleur dans les pays en voie de développement. Cette initiative est réalisée dans le cadre de la promotion des relations pratiques et scientifiques. En Tunisie, entre autres, fut inauguré le 4 novembre 1996, le premier centre de traitement de la douleur à l'hôpital Rabta (premier Centre en Afrique, suivi depuis peu du Maroc). Il fut le fruit de la coopération Tuniso-Française en collaboration avec le laboratoire UPSA. Ce centre est pluridisciplinaire, se veut d'abord être un espace qui reconnaît la douleur comme une pathologie à part entière. C'est un centre d'écoute, un lieu de reconnaissance et de prise en charge de la douleur.

En Algérie, les spécialistes ont montré que la douleur est une pathologie qu'il faut traiter sérieusement et à part entière. L'objectif de la Société Algérienne d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (SAETD), lors de ses congrès, fut d'amener les autorités à créer des consultations, puis mettre en place des centres antidouleur et de soins palliatifs dans plusieurs régions du pays.

Il est à préciser que ce point a vu son intégration dans le plan de lutte contre le cancer. Ces dernières années en effet, des changements se sont opérés en Algérie quant à la prise en charge de la douleur dans le cadre de la mise en œuvre du plan national « cancer 2015-2019 ». L'Algérie a procédé à la création d'unités antidouleur.

La première unité antidouleur au Centre Hospitalo Universitaire d'Alger, Centre Pierre Marie Curie CPMC. La première à l'Ouest, la seconde après celle d'Alger, l'unité antidouleur du CHU d'Oran est opérationnelle. Située au service d'anesthésie et de réanimation, cette unité fut inaugurée le 24 Avril 2014. Une troisième unité au CHU de Batna à l'est du pays.

Dans les hôpitaux, la prise en charge de la douleur chronique chez l'enfant, même en oncologie, se suffit principalement aux traitements médicamenteux. Parmi les thèmes retenus, figurent dans les programmes de lutte contre la douleur, la réalisation de protocoles thérapeutiques médicamenteux : le traitement avec les antalgiques du Palier I et II sont codéinés et ceux du Palier III sont à base de morphine.

Si dans une relation de soin médical, le problème du pédiatre est le symptôme douloureux dans sa dimension neurophysiologique; Qu'en est-il de prise en charge des trois autres composantes de la douleur : affective, cognitive et comportementale ? En sachant que « *Quels que soit ses mécanismes et ses causes, la douleur peut être déclenchée, aggravée, maintenue ou atténuée par des facteurs psychologiques ou relationnels* » F.Laroche, P.Roussel (2012:17)

Les troubles d'adaptation (signes anxieux et/ou dépressifs) qui potentialisent la perception de la douleur sont-ils identifiés, reconnus et pris en charge ?

Les psychologues devraient s'unir aux soignants afin que la prise en charge de l'enfant soit multidisciplinaire et globale. De ce fait n'est-il pas utile et nécessaire d'élaborer un protocole psychothérapeutique adapté à l'enfant douloureux chronique ? Tel est l'intérêt et l'objet de notre étude.

Comme intervention psychologique, plusieurs études concernant la douleur ont montré leur apport bénéfique dans la prise en charge de la douleur chronique.

L'hypnose se développe depuis une dizaine d'années dans le domaine de la santé. Elle est principalement utilisée comme moyen de gestion la douleur. C'est une technique qui fait intervenir les ressources personnelles du patient lui permettant de développer de nouvelles compétences face à la douleur. «... Cette dernière a fait ses preuves chez les brûlés (Wakeman & Kaplan, 1991), pour les douleurs cancéreuses (Hilgard & LeBaron, 1984 ; Lioffi, 2001 ; Wild & Espie, 2004), les douleurs chroniques et récurrentes (ex. douleurs abdominales) (Sokol, Devane, & Benovim, 1991), l'arthrose juvénile (Walco, Varni, & Ilowite, 1992), les maux de tête (Olness, McDonald, & Uden, 1987), etc. » C.Wood, N.Duparc, V. Leblanc, C. Cunun-Roy (2006 :29)

Dans le même article, ces auteurs nous rapportent que les études de Morgan et Hilgard (1973) révèlent que globalement, les enfants sont plus réceptifs à l'hypnose que les adultes car ils se concentrent et fixent leur attention plus facilement sur l'instant présent. Ils ont aussi la facilité de passer de la réalité à l'imaginaire.

« L'hypnose est surtout employée durant les actes médicaux ou les traitements dentaires. C'est chez les 8 et 12 ans qu'elle s'avère le plus efficace. Une étude souligne l'efficacité de l'hypnose lors des ponctions lombaires et des prélèvements de moelle osseuse chez les enfants cancéreux (Kuttner et al., 1988). Cette méthode est souvent préférée à l'anesthésie générale ou à la sédation, qui présentent de nombreux inconvénients ».S.Marchand (2009 : 270)

Dans une étude ayant porté sur un échantillon de 27 enfants âgés entre 5 et 15 ans, dont 14 garçons et 13 filles, hospitalisés en oncologie pédiatrique à l'hôpital Purpan de Toulouse, devant subir des examens douloureux : ponction lombaire, biopsie osseuse, drain...La séance d'hypnose débute avant et s'achève après le soin. « L'hypnose selon laquelle l'induction hypnotique avait un effet significatif sur l'anxiété et la douleur est confirmée. En effet, l'hypnose permet de modifier les composantes sensori-discriminative, émotionnelle et cognitive des petits patients. » I.Martin (2012/2013 :25)

« En 1998, Sellick et Zara ont conclu que l'utilisation de l'hypnose dans la gestion de la douleur due à certaines interventions chirurgicales est bien démontrée et que son apport au traitement de la douleur due au cancer semble positif ». I.Martin (2012/2013:17)

« Selon Benhaim (2003), l'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de mieux vivre, d'atténuer ou de supprimer une pathologie douloureuse aiguë ou chronique ».C.Wood, N.Duparc, V. Leblanc, C. Cunun-Roy (2006 :29)

F.Henry et C.Wood (2017) affirment que la pratique de l'autohypnose, de manière répétée, peut modifier les circuits de la douleur et diminuer ainsi la souffrance. Ils ajoutent que plus le patient s'entraîne à l'autohypnose plus il développe la capacité de modifier ses sensations jusqu'à parvenir dès la première perception douloureuse.

«En intégrant, avec la coopération du patient, l'hypnose relayée par l'auto-hypnose au sein des thérapies de la douleur chronique, on obtient, quelle que soit l'origine de la douleur, des résultats probants qui se prolongent dans le temps ».A.Violon (24 :2011)

Selon cet auteur, même quand le soulagement n'est pas total, l'intensité de la douleur diminue de 30% et la fréquence de crises de migraines réduit de 50%. La proportion de douloureux soulagés va de 22% en cas de lésion médullaire à 47% pour la sclérose en plaques et 62% pour la migraine. Dans certains cas la douleur disparaît. L'auteur avance que l'auto-hypnose exerce une influence positive et permet au patient d'échapper à l'impuissance déprimante. Elle améliore l'humeur et le bien-être.

La rétroaction biologique (biofeedback) est également utilisée dans le traitement de la douleur.

C'est une technique qui consiste à se servir de ses propres signaux biologiques afin de les modifier, les concorder et les ajuster à sa convenance personnelle. « La rétroaction biologique ou le biofeedback est une autre approche comportementale qui peut servir au contrôle de la douleur...quand il est comparé avec les techniques de relaxation, le biofeedback produit des résultats comparables (Lacroix et al.,1986), soit une réduction de la douleur avoisinant 50% dans le cas des céphalées de tension et serait supérieur à un placebo (Bernard et al., 1980) » S.Marchand (2009 :237)

L'EMDR (Eye Mouvement, Desensibilization, and Reprocessing) est une autre technique psychologique qui a également fait ses preuves dans le traitement de la douleur. Le processus actif de l'EMDR est centré sur l'information cognitive, comportementale, émotionnelle et sensitive (qui constitue les composantes de la douleur). Cette dernière est appréhendée comme une mémoire dysfonctionnelle en relation avec des événements traumatiques.

«Très récemment, Mazzola, Calcagno, Goicochea, Puevredon, Leston & Savat (2009) démontrent que 12 sessions de thérapie EMDR chez le patient douloureux chronique apportent une efficacité significative sur le ressenti douloureux, ainsi que sur les troubles comorbides à la

pathologie douloureuse telles que la dépression et l'anxiété ».M.J. Brennsuhl, C.Tarquinio, F. Bassan (2016 :17-29)

Aussi, S.Marchand (2009) nous affirme que le modling est une technique utilisée afin de réduire la peur, l'anxiété et la douleur lors des traitements médicaux et dentaires. Il s'avère particulièrement efficace chez les jeunes enfants, chez les déficients mentaux et chez les enfants ayant une langue différente de celle du personnel traitant. Il consiste à fournir un modèle à l'enfant en utilisant des films, des marionnettes et de l'enseignement actif (active teaching) que l'enfant finira par imiter.

Comme autres moyens thérapeutiques cognitifs, « *Les approches cognitives comprennent la distraction, l'imagerie, la substitution de pensée (thought, stopping), l'hypnose et la thérapie par la musique. La distraction consiste à centrer l'attention de l'enfant sur autre chose que sur sa douleur en lui donnant quelque chose à voir, à faire ou à entendre. La curiosité fait de l'enfant un bon candidat pour l'utilisation de cette technique (Kleiber et Harper, 1999)* ». S.Marchand (2009 :270)

L'individu ne subit pas les événements de vie aversifs de manière passive, il essaie d'affronter, de faire face, d'où le verbe (to cope) qui signifie faire face. C'est un processus stabilisateur dans la gestion des événements stressants ; il a pour objectif d'aider la personne à maintenir une adaptation psychosociale ainsi que la réduction de l'intensité de la détresse qui découle de ces situations. Devant une situation stressante, les réponses, réactions et comportements que l'individu met en œuvre afin de maîtriser, permettent de réduire ou tolérer la situation. Ce processus désigne en effet ce qu'on appelle « le coping ».

A travers le concept de coping qui est apparu aux années 1950, Lazarus et Folkman 1984 nous offrent une vue synthétique. Ils le définissent comme un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux pour mobilisés par un individu afin de gérer les situations stressantes. " *Lazarus et Folkman (1985, p.141) définissent le coping comme « L'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer les exigences spécifiques internes ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources* ». M.Bruchon-Schweitzer (2002 :356).

Le contrôle de la douleur chez l'enfant dépend de la manière dont il la perçoit. Le coping désigne ce que l'enfant met en œuvre pour s'ajuster à une situation perçue comme stressante, ici, la douleur. La croyance qu'il a de son efficacité et sa puissance font partie des facteurs dispositionnels de son style de coping. L'étude systématique des stratégies de faire face en douleur pédiatrique peut non seulement contribuer à une meilleur compréhension conceptuelle

des différences individuelles observées à travers les réactions des enfants mais aussi à envisager une prise en charge psychologique adaptée.

Le présent travail est une étude qui porte sur la proposition et la mise en œuvre d'un protocole thérapeutique de la douleur chronique chez l'enfant centré sur les thérapies comportementales et cognitives. Il est consécutif à un travail que nous avons réalisé dans le cadre de notre mémoire de magister en psychologie clinique durant l'année 2009-2011 à l'université d'Oran Es-Sénia. Notre expérimentation s'est déroulée au Centre Hospitalo Universitaire de Sidi-Bel-Abbès (service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle et service de pédiatrie). L'étude est intitulée : « Stratégies d'adaptation de l'enfant douloureux chronique : Prise en charge de la dyade mère/enfant ».

Ce travail a porté sur les différences individuelles de trois adolescentes atteintes d'arthrite chronique juvénile idiopathique (AJI). Il s'agit d'une étude qualitative qui a mis en exergue les notions d'attachement et de coping chez les enfants résilients ou non face à la douleur

L'affirmation des trois hypothèses de l'étude nous a motivé à consolider les résultats obtenus.

L'étude a montré que l'enfant ne subit pas passivement l'expérience douloureuse ; il élabore des stratégies aussi bien cognitives, émotionnelles que comportementales pour y faire face. Nous avons pu confirmer que les différents styles de coping influencent la perception de la douleur. La perception agit à son tour sur l'intensité de la douleur qui a bien diminué dans les trois cas de deux à trois chiffres selon l'évaluation à l'EVA (Echelle Visuelle Analogique).

Notre étude a révélé que le catastrophisme est une réponse cognitive exagérément négative se traduisant par la dramatisation, l'amplification et l'inadéquation dans l'expression de la douleur. L'enfant focalise son attention sur les aspects aversifs et négatifs de sa douleur. Il en découle un évitement et une peur des activités fonctionnelles. Le catastrophisme est une variable qui détermine les réactions émotionnelles dépressives.

Aussi, l'impuissance perçue génère un stress qui correspond à l'insuffisance et à l'épuisement des ressources perçues pour faire face à sa douleur. La répétition de situations dans lesquelles l'enfant ne peut pas contrôler sa douleur engendre un processus d'impuissance acquise. Cette impuissance perçue s'accompagne souvent de dépression, d'une augmentation de la douleur, de plus de conséquences dans les activités quotidiennes selon nos hypothèses de l'étude. L'impuissance perçue constitue un facteur pathogène induisant l'adoption de stratégie d'ajustement inadaptée. Plus les scores d'auto-instruction, de distraction et de résolution de problème et donc d'auto-efficacité augmentent plus le score de catastrophisme diminue. Le contrôle perçu qui consiste à estimer sa capacité à contrôler la situation confrontée, l'auto-efficacité perçue et l'optimisme sont des caractères salutogènes.

Le choix préférentiel du type de stratégie mis en œuvre par chaque enfant a une incidence sur l'intensité de la douleur ressentie et par conséquent, sur le vécu psychosocial et scolaire. Le style de coping centré sur le problème s'avère une stratégie plus adaptée face à la douleur.

D'autre part, nous sommes arrivés à conclure que l'attachement est un paradigme important dans la compréhension de l'adaptation de l'enfant douloureux chronique. En effet, le style du lien d'attachement entre l'enfant et la mère qui fait référence aux aspects relationnels sert à réguler le stress de l'enfant ou son sentiment de sécurité et donc favorise son adaptation à la situation de douleur. Un attachement sécure représente une source interne pour l'enfant et l'adolescent lui permettant d'évaluer positivement les expériences stressantes (telle que la douleur chronique dans notre étude) et d'y faire face de manière constructive ; par ailleurs, un style d'attachement insécure peut être considéré comme un facteur de risque entraînant un mode d'ajustement au stress ou coping négatif laissant apparaître les troubles d'adaptation. Une figure d'attachement protectrice, sensible à percevoir de manière juste et appropriée est capable de répondre aux signes de détresse. Associée à d'autres facteurs, elle permet à l'enfant de faire face à la douleur de manière adaptée.

Le soutien extérieur et les forces intérieures travaillent ensemble pour développer la résilience. Le système d'attachement, concept de l'homéostasie comportementale est fortement activé en cas de douleur, se trouve-t-il toujours satisfait ?

Le style d'attachement détermine la perception de la douleur d'où notre intérêt à agir sur la relation dyadique dans l'élaboration de notre protocole.

L'approche comportementale a eu comme objectif dans l'étude de repérer puis de modifier les comportements douloureux de l'enfant en se basant sur le conditionnement classique et le conditionnement opérant. La mère fut dans ce sens associée dans la thérapie comportementale.

D'un autre côté, la focalisation de l'attention comme processus cognitif sur la douleur a un impact sur son intensité. Plus l'attention est centrée sur la douleur, plus son intensité augmente.

« La plupart des travaux ont montré que l'attention portée sur la douleur peut exacerber la douleur alors que la distraction peut réduire l'expérience de la douleur ». Eccleston, 1994 ; Crombez et al., 1998a, 1999 ». J. Ogden (2008 :303).

« Les approches cognitives comprennent la distraction, l'imagerie, la substitution de pensée (thought, stopping), l'hypnose et la thérapie par la musique. La distraction consiste à centrer l'attention de l'enfant sur autre chose que sa douleur en lui donnant quelque chose à voir, à faire ou à entendre. La curiosité fait de l'enfant un bon candidat pour l'utilisation de cette technique (Kleiber et Harper, 1999) ». S. Marchand (2009 :270)

L'association des TCC avec des techniques de distraction visant un apprentissage de la diversion attentionnelle volontaire permet d'inhiber le message douloureux. L'intention n'est pas d'abolir la douleur mais de la réduire par des méthodes neuropsychologiques qui se traduisent par l'inhibition du message douloureux. La distraction a pour objectif d'agir sur la composante cognitive et émotionnelle de la douleur. Le phénomène de la distraction a effectivement agité dans notre étude sur l'intensité de la douleur qui a réduit les scores EVA dans les trois cas. L'apprentissage par décentration contribue à la gestion de la douleur. Elle améliore de ce fait la qualité de vie de l'enfant.

La réévaluation à travers les deux échelles : échelle composite de dépression (MDI-C) et l'échelle de faire face à la douleur pédiatrique (IPPA) révèlent que l'application des techniques thérapeutiques cognitives et comportementales ont fait leur preuve dans l'amélioration des stratégies de faire face à la douleur en modifiant aussi bien le sens accordé à la douleur par la cognition que par le comportement et l'émotion qui en découlent. Notre but de réduire les conséquences psychologiques et sociales qui altèrent les perspectives futures de l'enfant fut atteint.

A partir des résultats de l'étude, ne serait-il pas intéressant et même passionnant de tenter l'élaboration d'un protocole psychothérapeutique faisant fonction d'un outil s'adressant aux psychologues cliniciens et surtout aux psychologues de la santé ? Ne permettrait-il pas d'être plus efficaces en orientant les actes vers la pratique d'une psychothérapie structurée telle que la thérapie comportementale et cognitive ?

Dans la conception de notre protocole, nous avons ajouté deux composantes qui sont : les schémas cognitifs et le lieu de contrôle car nous avons vu le bénéfice de leur incidence sur le développement de l'autoefficacité personnelle et de développement d'un coping adapté, centré sur le problème. « *les schémas influent sur les stratégies individuelles d'adaptation* » J.Cottraux (2007:20)

Les schémas cognitifs introduits par Jeffrey Young sont des interprétations de la réalité qui déterminent les réponses émotionnelles et comportementales de l'enfant. « *Les Schémas Inadaptés Précoces sont des modèles cognitifs et émotionnels autodéfaitistes qui apparaissent très tôt dans le développement et se répètent tout au long de la vie.* » J.Young (2014 :35).

Selon la théorie des schémas inadaptés de Young, ces derniers se développent durant l'enfance. Lorsqu'ils sont activés, ils influencent la perception du monde et créent des distorsions

cognitives. Pour cette raison, nous nous sommes interrogés quant à leur influence sur la perception de la douleur.

Ils agissent comme des filtres et, de ce fait, sont à l'origine de distorsions. Ils représentent des interprétations personnelles de la réalité de la douleur qui vont fortement influencer les stratégies individuelles d'adaptation de l'enfant (le coping). Les schémas cognitifs de performance et d'autonomie favorisent par exemple un coping actif et inversement.

L'assouplissement des schémas et le travail sur le lieu de contrôle seraient-ils des variables intéressantes à introduire dans l'étude actuelle afin d'envisager une élaboration d'un protocole plus rigoureux ?

La schéma thérapie de Jeffrey Young propose l'utilisation des techniques comportementales et émotionnelles dans le but de modifier les schémas de pensée. L'approche cognitive peut traiter certaines distorsions cognitives qui sont caractéristiques de la douleur chronique. Parmi les plus importantes distorsions est le catastrophisme. *« Il s'agit d'un discours intérieur négatif quant à l'évolution de la maladie. Le patient est pessimiste, il dramatise toute situation et n'envisage que les pires issues, qu'il redoute. L'attention est alors portée sur les douleurs, afin d'éviter la catastrophe attendue, ce qui crée ou renforce l'anxiété, la tristesse, le découragement, et conduit à une réduction des niveaux de tolérance à la douleur. Le style de pensée participe ainsi à l'augmentation de la fréquence d'apparition de la douleur ou de son intensité. Il contribue également à son maintien »* Laroche Roussel (2012:24)

L'approche cognitive envisagée dans le protocole vise aussi l'action sur les attributions causales et le lieu de contrôle comme distorsions cognitives. *I.M. Blackburn et J. Cottraux (2008)* distinguent « Le contrôle interne » qui décrit les personnes croyant que les renforcements dépendent de leur comportement, de leurs capacités et de leur habileté. Par contre, le « contrôle externe » se réfère aux personnes qui croient que les renforcements ne sont pas en rapport avec eux mais plutôt aux interventions d'autrui.

Le locus de contrôle, appelé aussi lieu de contrôle est un concept développé par Julian Rotter en 1966. Il correspond aux interprétations que chaque individu donne aux situations qu'il rencontre dans sa vie. Il peut être interne (relié à la propre volonté de l'individu, ses efforts, ses désirs, ses capacités personnelles, ses connaissances) ou externe (relié aux autres, à la chance, au hasard, aux institutions, aux forces divines).

C.Aguerre (1999) révèle qu'à travers une étude de Rudy et Al (1988) sur la relation de la douleur chronique et la dépression les liens de cause à effet sont indirects. Une augmentation de la douleur induit de la dépression seulement si le sujet ressent un manque de contrôle sur sa

douleur, et s'il fait part de perturbations sur le plan social, professionnel et familial. L'étude a montré que ces deux types d'évaluation expliquent 68% de la variance de la dépression.

Selon S. Marchand (2009), le sentiment d'impuissance face au contrôle d'une situation donnée peut également s'avérer un facteur exacerbant. Nous avons la possibilité de le réduire en favorisant la participation de l'enfant à son traitement, soit en lui laissant le choix du site d'injection, soit en lui apprenant certaines stratégies de lutte contre la douleur ou en discutant avec lui de l'efficacité des divers éléments de son traitement.

Il ressort de ce qui précède que le manque de contrôle serait source de sentiment d'impuissance et de dépression. Ne serait-il pas dans ce cas judicieux d'étudier le locus de contrôle afin d'identifier sa nature interne ou externe dans la perception de la douleur afin de l'adapter en utilisant la restructuration cognitive développant ainsi le contrôle et l'auto- efficacité ?

Dans le modèle de l'apprentissage social, le lieu de contrôle est proche du concept d'auto-efficacité. Nous avons décidé d'introduire cette variable dans le protocole thérapeutique. En ayant un lieu de contrôle interne, l'enfant développe son auto-efficacité qui l'aide à mieux gérer sa douleur. Il s'agit donc de modifier sa conviction personnelle qu'il peut lui-même réussir à adopter certains comportements requis dans des situations de douleur.

Le sentiment d'auto-efficacité est un concept d'Albert Bandura, psychologue américain, ce concept s'inscrit dans la théorie de l'apprentissage. Il est défini par M. Bruchon-Schweitzer (2002) comme la croyance des individus en leur capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser certaines situations et y réussir. Cette croyance se subdivise en deux dimensions, l'attente d'efficacité (croire que l'on possède des ressources pour faire face, ce qui est proche de ce que l'on entend par estime de soi) et l'attente de résultat (croire que l'on va maîtriser une situation et atteindre ses objectifs, ce qui est proche du contrôle perçu).

La théorie du sentiment d'efficacité personnelle fut largement appliquée dans diverses pratiques principalement la réussite scolaire, le domaine professionnel ainsi qu'en psychothérapie.

De ce fait, l'application des thérapies cognitives centrées sur la restructuration cognitive n'est-elle pas un outil préférentiel sinon par excellence dans la prise en charge de la douleur ? Cette technique ne permettrait-elle pas la modification du lieu de contrôle et par conséquent ne développerait-elle pas une auto-efficacité face à la douleur ?

L'étude précédente va nous aider à montrer la faisabilité et l'intérêt d'un protocole afin de mettre en évidence l'efficacité de la prise en charge psychologique proposée aux enfants douloureux chroniques.

Nous nous sommes proposé dans ce travail d'opérationnaliser les résultats de notre étude en la présentant sous forme de protocole psychothérapeutique. Il consiste à suivre une démarche qui

mettra en œuvre, dans la situation de douleur, des moyens et techniques des thérapies comportementales et cognitives, elles-mêmes clairement définies dans le protocole.

On entend par protocole psychothérapeutique, une démarche structurée, dirigée pour les professionnels de psychologie de la santé exerçant en milieux hospitaliers. Il contribue à la thérapeutique non pharmacologique dans la prise en charge de la douleur chronique de l'enfant.

3. Objectifs de l'étude :

Un protocole peut constituer un repère qui sert de référence. Il standardise les pratiques professionnelles.

Le but de cette thèse est de proposer puis mettre en application un protocole thérapeutique, une démarche pragmatique de la prise en charge de la douleur chronique chez l'enfant centrée sur les thérapies comportementales et cognitives.

La mise en œuvre de ce projet vise l'opérationnalisation des résultats que nous avons obtenus de notre mémoire de magister.

Il s'agit à travers cette contribution de :

- Tester l'efficacité d'une nouvelle forme de prise en charge de la douleur chez l'enfant dans laquelle il a un rôle actif.
- Prendre en compte les spécificités de l'enfant dans le traitement de la douleur. Le protocole se veut reconnaître la douleur de l'enfant en donnant une place à la verbalisation et l'expression de l'enfant de sa douleur.
- Notre prise en charge de la douleur n'a pas pour objectif d'abolir la douleur, mais d'en détecter les mécanismes psychologiques (cognitifs, émotionnels et comportementaux) qui influencent négativement la perception de la douleur afin d'aider les patients à mieux la contrôler et d'en réduire l'intensité.
- La mère comme première figure d'attachement, est un agent actif. L'intérêt est de réajuster les comportements maternels négatifs et inadaptés qui contribuent à l'amplification et au maintien de la douleur.
- La prise en compte des stratégies d'ajustement aide à penser au dispositif de prise en charge de la douleur, d'où l'intérêt d'une approche psychothérapeutique orientée sur la dimension affective, cognitive et comportementale centrée sur l'application des thérapies comportementales et cognitives.

4. L'intérêt de l'étude :

- Le protocole permettrait de contribuer à la prise en charge thérapeutique et programmes de lutte contre la douleur des patients, de participer aux actions de promotion et d'évaluation dans l'établissement hospitaliers et des unités antidouleur.
- Il servirait à harmoniser, dans la mesure du possible, les pratiques professionnelles et favoriser la coordination entre les intervenants.
- Le protocole pourra répondre à un besoin d'introduire les psychologues aux équipes de soins dans la prise en charge de la douleur en donnant des stratégies d'action de faire face à la douleur.
- La mise en œuvre d'un protocole permettrait aux psychologues de suivre des étapes, pour intervenir efficacement.
- Réduire la consommation des médicaments en associant des thérapeutiques non pharmacologiques. « *L'omniprésence de la pharmacologie ne doit pas nous faire oublier les traitements non pharmacologiques, qui jouent un rôle complémentaire et parfois même essentiel pour le soulagement des personnes souffrantes* ».S.Marchand (2009:6).
- Réduire les complications et entraves des élans thérapeutiques médicaux ainsi que les durées d'hospitalisation qui découlent des troubles d'adaptation : anxiété et dépression.
- Favoriser l'application des thérapies comportementales et cognitives dans la prise en charge des enfants douloureux chroniques afin de pallier les répercussions psychologiques tels que les troubles anxieux et/ou dépressifs et par conséquent, augmenter à l'enfant son plaisir de « fonctionner ».
- Participation et collaboration des psychologues qui exercent en milieu hospitalier qui doivent s'unir aux professionnels de la santé dans la prise en charge de la douleur qui doit être pluridisciplinaire en raison de son caractère pluridimensionnel.
- L'objectif annoncé est d'une part de structurer un modèle de protocole thérapeutique non médicamenteux en utilisant des techniques psychologiques dont l'utilisation sera systématisée, et d'autre part d'appliquer ce modèle qui permet une standardisation tout en respectant les caractères singuliers de chaque enfant.
- L'intérêt de ce travail réside aussi dans la possibilité d'appliquer le protocole proposé dans la prise en charge de la douleur chez l'adulte en maintenant les mêmes techniques et la même démarche mais en utilisant des échelles appropriées à l'âge adulte.
- Enfin, cet engagement peut constituer un des critères de qualité et d'évolution de notre système de santé. Promouvoir la santé de l'enfant et la psychologie de la santé ; une discipline nouvelle qui a apporté un nouveau regard sur la santé et la maladie. En effet, cette discipline n'a pas

uniquement donné un cadre théorique qui offre un modèle explicatif, sa pratique porte également sur les aspects psycho-sociaux dans le vécu de la maladie à savoir même sur son évolution.

5. Hypothèses de l'étude :

5.1.Hypothèse opérationnelle principale :

L'application d'un protocole thérapeutique de la douleur chronique centré sur l'application des TCC améliore les scores de la douleur de l'enfant.

5.2.Hypothèses opérationnelles secondaires :

a/ La restructuration cognitive par utilisation de la technique des flèches descendantes, du questionnaire socratique et du tableau des quatre colonnes de Beck diminue les scores de dépression secondaire à la douleur chronique.

b/ La modification du lieu de contrôle d'external à internal par restructuration cognitive incite à l'auto-efficacité face à la douleur et modifie le style de coping de négatif centré sur l'émotion à positif centré sur le problème.

c/ La technique de pondération qui sert à évaluer les avantages et inconvénients assouplie les schémas cognitifs dysfonctionnels.

d/ La technique de diversion attentionnelle diminue le score de la douleur.

e/ Le conditionnement classique et opérant et l'attitude empathique de la mère favorisent la modification du style d'attachement insécuré en style sécuré.

6. Les concepts opérationnels de l'étude

La douleur chronique : En 1976, l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASD) a défini la douleur comme *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en terme d'un tel dommage.*

La douleur chronique est une expérience sensorielle et émotionnelle persistante ; se perpétue dans le temps ; présente de façon continue ou discontinue au-delà de trois à six mois.

Le coping : Il fait référence aux efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux que l'enfant mobilise et met en œuvre pour s'ajuster à une situation perçue comme stressante qui est dans notre travail : la douleur chronique.

" Lazarus et Folkman (1985, p.141) définissent le coping comme « L'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer les exigences spécifiques internes ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». M.Bruchon-Schweitzer (2002 :356).

L'attachement : Il s'agit des sollicitations d'interactions de l'enfant envers une figure d'attachement (mère ou substitut maternel) lui permettant de garantir la participation du parent. La qualité des interactions parent/enfant est un modèle d'interactions affectives et comportementales. Elle offre une base sécurisante à partir de laquelle l'enfant développe son système exploratoire du monde extérieur.

« Durant le cours du développement normal, le comportement d'attachement aboutit à la constitution de liens affectifs ou d'attachement, au début entre l'enfant et ses parents, et par la suite entre un adulte et un autre adulte. Ces formes de comportement et le lien auquel elles conduisent sont présentes et actives tout au long de la vie (et ne sont pas du tout limitées à l'enfance comme d'autres théories le considèrent) » J. Bowlby, (1984 :59).

Le lieu de contrôle : Il correspond aux interprétations que chaque individu donne aux situations qu'il rencontre dans sa vie. Il peut être interne (relié à la propre volonté de l'individu, ses efforts, ses désirs, ses capacités personnelles, ses connaissances) ou externe (relié aux autres, à la chance, au hasard, aux institutions, aux forces divines).

« Le contrôle interne » décrit les personnes qui croient que les renforcements dépendent de leur comportement, de leurs capacités et de leur habileté. Par contre, le « contrôle externe » se réfère aux personnes qui croient que les renforcements ne sont pas en rapport avec eux mais plutôt aux interventions d'autrui ». I.M. Blackburn et J. Cottraux (1988 :34).

Les schémas cognitifs : Ce sont des modèles cognitifs et émotionnels traduits par des interprétations organisées, rapides et automatiques de la réalité qui déterminent les réponses émotionnelles et comportementales. Leur inadaptation conduit à voir certaines situations sous un angle erroné déclenchant un mode cognitif. Ils sont reliés à la fonction mnésique car ils prennent leur source de l'enfance et s'intègrent à la personnalité. Le processus d'activation transforme des représentations à long terme en représentations à court terme.

« Les schémas précoces inadaptés se traduisent dans des comportements autodéfaitistes, qui apparaissent très tôt dans le développement et se répètent tout au long de la vie. Les contenus des schémas sont latents et évités par le sujet qui ne peut reconnaître qu'ils guident sa vie. Ils

représentent donc un des éléments constitutifs de la personnalité et sont à la source des scénarios de vie, selon lequel un individu va répéter sans cesse les mêmes erreurs en croyant que sa vie va changer (Cottraux, 2001) »J.Young (2014 :20)

Les thérapies comportementales et cognitives : Il s'agit d'une approche structurée, centrée sur le sujet dont les émotions dysfonctionnelles sont causées par les distorsions de ses pensées ou perceptions (cognitions) plutôt que par l'évènement. La pensée génère donc l'émotion. Se basant sur l'ici et le maintenant, les thérapies comportementales et cognitives requièrent des changements cognitifs et émotionnels et par conséquent comportementaux dont le but est d'accroître les possibilités d'autogestion du sujet.

7. Conclusion :

Parallèlement aux interventions biomédicales, intervenir auprès de l'enfant douloureux chronique par des thérapeutiques psychologiques s'avère indispensable.

Elaborer et mettre en œuvre un protocole psychothérapeutique propose des solutions aux problèmes de prise en charge de la douleur chronique de l'enfant et des troubles d'adaptation qui en découlent. Tous en prenant en considération les différences individuelles, il permet une démarche structurée et s'intègre dans une approche standardisée. Il vise la réalisation d'une action efficace. La psychologie apportera des stratégies bénéfiques pour une prise en charge pluridisciplinaire.

Les psychologues cliniciens exerçant en milieux hospitaliers sont fortement impliqués dans cette problématique. Les protocoles de prise en charge psychologique de la douleur chronique chez l'enfant mobilisent à la fois les compétences propres aux psychologues et peuvent par ailleurs leur permettre de définir un programme de lutte contre la douleur adapté à leurs caractéristiques professionnelles

PREMIERE PARTIE

Apport théorique

CHAPITRE II

CHAPITRE II

Introduction :

Ce chapitre a pour but d'exposer les aspects théoriques des différents concepts qui sont les constituants de base sur lesquels nous nous sommes appuyés pour élaborer notre protocole. Vu que cette étude est le prolongement de celle que nous avons réalisé lors de notre mémoire de magister, nous allons reprendre puis développer certaines notions telles que : la douleur, le coping et la théorie de l'attachement auxquelles nous allons ajouter et enrichir le concept de lieu de contrôle de Rotter ainsi que les schémas cognitifs pécoques de Young.

I. LA DOULEUR

Fondamentalement, la douleur a un rôle essentiel qui sert de signal d'alarme utile. Elle met en alerte l'individu afin de remédier à une situation dangereuse dans le but de préserver son intégrité physique.

La médecine s'est toujours préoccupée de la douleur, mais l'histoire de la prise en charge n'a vu le jour qu'en 1975 avec la naissance de l'Association Internationale de l'Etude de la douleur (IASP) qui l'a définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage.

La douleur ne doit pas être comprise comme une sensation passive mais comme une perception active. Elle est une expérience psychosensorielle d'un être vivant inséré dans un environnement social et culturel spécifique.

1. Approche anthropologique de la douleur :

L'anthropologie se positionne comme médiateur depuis les années cinquante. Elle a en effet jeté le pont entre la culture et les différentes disciplines scientifiques. « *La culture se définit par un ensemble de normes, croyances et valeurs que partage un groupe de gens. Il a été démontré que la culture d'une personne influence définitivement la perception de la douleur (Riley et Gilbert, 2002).* » S. Marchand (2009 :305)

La douleur est une expérience subjective. Elle peut être perçue de façon différente selon la culture, l'éducation, le sexe, l'âge, l'expérience douloureuse antérieure et d'autres paramètres socioculturels. L'expérience de la douleur est mieux comprise si elle est située dans un

contextesocioculturel dans lequel nous évoluons et par l'influence des personnes qui nous entourent.

L'environnement occupe une place capitale aussi bien dans le ressenti de l'expérience douloureuse, que dans le soulagement de celle-ci. La famille, l'entourage, le groupe d'appartenance culturelle jouent un rôle dans la définition des représentations et des images de la douleur qui lui sont propres et qui diffèrent d'une culture à une autre. L'environnement impacte également sur la façon d'y faire face. Afin de démontrer l'influence de la culture sur la douleur, « *...lors des tests de douleur expérimentale entre des Caucasiens et des Afro-Américains, il est observé que les gens de race noire perçoivent davantage de douleur et ont un seuil de tolérance inférieur aux Caucasiens, et ce pour une douleur expérimentale identique. (Campbell et al ; 2004). Ces différences peuvent s'expliquer par l'utilisation de différentes stratégies d'adaptation envers la douleur entre les groupes ethniques (Hasties et al., 2005) » S. Marchand (2009 :305)*

Dans la culture arabo-musulmane par exemple, la douleur peut comporter une signification positive purificatrice « tazkiat nafs, takhfif dounoub, Tahour... ». Dans d'autres cas, elle peut prendre une signification négative telle que par exemple, le sens de punition ou épreuve (ibtilaa). Mektob, tazkiyat nefs, takhfif dounoub, ibtylaa...la douleur porte plusieurs représentations socioculturelles. Elle porte une signification tantôt de punition, de rachat ou d'épreuve. Même si initialement la douleur semble être négative, elle peut dans certains cas porter une signification positive. Dans le cas où elle fournit une récompense positive (rachat, purification tathir nefs...).

Subjective, la douleur s'inscrit dans un cadre social et symbolique qui permet à chaque individu de lui conférer un sens singulier et particulier tout en l'inscrivant dans un courant socioculturel collectif. « *En ce sens, l'anthropologie doit conserver sa vision holistique de la douleur et situer l'expérience subjective relative à cette dernière dans la sphère la plus vaste de l'expérience globale des personnes souffrantes.* »D. Côté (2009 : 37)

Pour cela, les facteurs sociaux doivent être pris en considération dans le but de mieux cerner le phénomène de l'expérience personnelle de la douleur en la situant dans son contexte global. Porter un regard psycho-anthropologique et donc holistique sur la douleur aiderait à mieux la circonscrire et à mieux aider les patients, leur famille et les soignants ; Il en découle donc un impact efficace et bénéfique sur l'approche thérapeutique.

Le rôle de l'anthropologie est de situer les problèmes de santé dans leur contexte social et historique. Une approche anthropologique de la douleur contribue à son tour à l'étude et à la

compréhension de ce phénomène. Elle confirme en même temps son caractère complexe et multidimensionnel.

2. Apport historique :

De tous les temps, la tâche principale de la médecine est de soulager les douleurs et souffrances aussi bien physiques que psychiques.

La signification de la douleur diffère selon les époques et les civilisations. La compréhension des mécanismes de perception de cette dernière, son interprétation et même le comportement des soignants face au patient douloureux a connu des changements importants.

Différentes significations ont été attribuées à la douleur, allant d'une épreuve nécessaire, d'une fatalité, d'une punition de Dieu, à une expérience insupportable face à laquelle il faut lutter avec tous les moyens disponibles. Pour illustrer cette discontinuité dans l'interprétation de la douleur et dans les comportements concernant sa prise en charge, effleurons l'histoire de la Médecine en Europe.

Les premiers modèles explicatifs du mécanisme de la douleur n'attribuaient aucune place à la psychologie ne lui accordant aucun rôle causal. Elle était impliquée uniquement pour expliquer les conséquences de la douleur (anxiété, dépression, peur, ...). La douleur était décrite comme un phénomène purement biomédical. Au sein de ce modèle, elle est une réponse automatique à des stimuli externes. L'individu était caractérisé comme répondant passivement à cette expérience.

La vision de la douleur était dichotomique. Lorsque la notion d'organicité faisait défaut et qu'elle n'était expliquée par aucune lésion organique, c'était alors une douleur psychogène qui relevait de l'imaginaire et résidait « dans la tête » du patient. La « vraie » douleur était celle qui est objectivée par des lésions réelles et clairement visibles. Néanmoins, la théorie de la porte, développée dans les années soixante et soixante-dix par Ronald Melzack et Patrick Wall, a inclus les facteurs psychologiques.

Il résulte en effet que la douleur est à la fois une sensation et un affect. Grâce à l'inclusion des facteurs psychologiques dans la perception de la douleur, les travaux de recherche se sont penchés sur le rôle des facteurs tels que l'apprentissage, l'anxiété, la peur, la signification, l'attention et comportement face à la douleur ; facteurs qui jouent un rôle dans l'apaisement et l'exacerbation de la douleur. Cette nouvelle vision de la douleur a permis la mise en place d'une consultation et d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Ci-dessous, le schéma explicatif de F. Boureau résume très bien les diverses composantes de la douleur. «Schématisation des divers facteurs impliqués dans la notion de douleur : les mécanismes générateurs (excès de stimulations nociceptives, désafférentation, origine psychogène), les systèmes de transmission et de régulation, l'expérience subjective associant des composantes sensorielles et émotionnelles, modulé par des facteurs cognitifs, des manifestations observables comportementales, non verbales et somato-végétatives » F.Boureau, J.F.Doubrère (1988 :12)

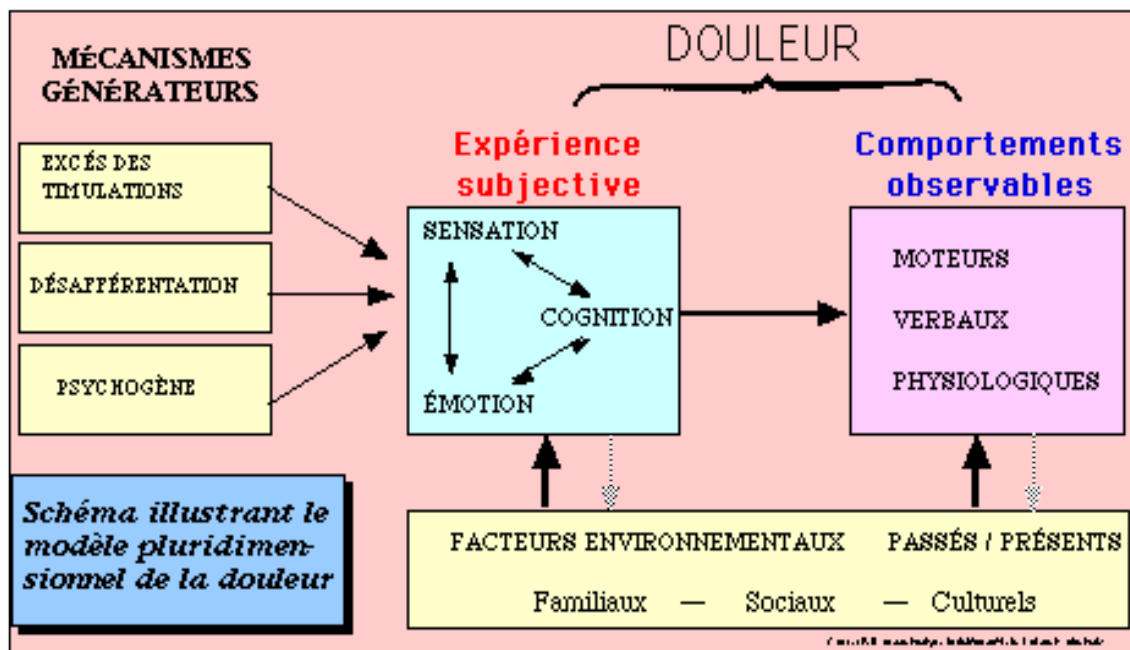


Figure 1 Schéma des facteurs impliqués dans le phénomène de la douleur selon F.Boureau

3. Physiologie de la douleur :

Tous les tissus de notre corps sont recouverts de récepteurs périphériques qui nous permettent de ressentir le monde environnant mais aussi le monde intérieur. La douleur n'est pas un système unilatéral qui consisterait en un message envoyé depuis une région douloureuse vers le cerveau qui se contenterait de l'interpréter et de nous faire ressentir la douleur, au contraire, la perception de la douleur résulte d'une multitude d'échanges entre région affectée, moelle épinière et cerveau. On parle aussi de voies descendantes et ascendantes de la douleur pour décrire les différentes régulations qui s'opèrent.

4. Le trajet de la douleur :

La transmission douloureuse est un phénomène complexe qui implique différents mécanismes regroupés en trois grandes étapes :

4.1. Etape périphérique :(De la périphérie à la moelle épinière : voies afférentes)

Le message nerveux appelé nociceptif (du latin : nocere = nuire) naît à partir d'une zone lésée. Un traumatisme localisé, comme par exemple une brûlure à la main, provoque l'excitation de récepteur particulier qui est véhiculé le long des nerfs périphériques jusqu'au cerveau où il devient réellement douleur. Il est modulé tout au long de son cheminement par différents systèmes qui peuvent en augmenter ou en diminuer l'intensité. Les terminaisons nerveuses susceptibles de signaler la douleur se trouvent dans tous les tissus : la peau, mais aussi les viscères et les muscles.

Le message est alors transmis par les "nocicepteurs" (voies afférentes) qui sont des fibres spécifiques des nerfs jusqu'à la moelle épinière. La genèse d'un stimulus au niveau du récepteur nociceptif se transforme en influx nerveux et transmet le message le long des fibres nerveuses périphériques.

4.2. Etape médullaire : (De la moelle épinière au cortex) :

C'est le principal niveau de modulation de l'influx nerveux notamment par le biais du Gate Control. Les fibres nerveuses se regroupent en faisceaux ascendants pour remonter le long de la moelle épinière ; le message remonte vers le thalamus pour arriver jusqu'au cortex cérébral.

**Théorie de la porte : Afin de réguler le message de la douleur, le système nerveux dispose de différents recours. Au niveau de la moelle épinière, il existe un filtre modulateur de très grande importance appelé la « porte ». « Melzack et Wall (1965,1982 ; Melzack, 1979), ont développé la théorie de la porte d'accès de la douleur (« Gate Control Théorie », GCT), qui représente une tentative d'introduire les théories de la psychologie dans la compréhension de la douleur. Il suggère que si la douleur pouvait toujours être conceptualisée comme une voie de type stimulus-réponse, ce chemin est complexe et passe par un réseau de processus interactifs. Par conséquent, le modèle GCT a intégré la psychologie dans le modèle traditionnel biomédical de la douleur. Non seulement il donne un rôle aux causes et interventions physiologiques, mais il permet aussi de tenir compte des causes psychologiques et des interventions thérapeutiques.» J. Ogden (2008 : 297).*

Cette porte qui peut être plus ou moins ouverte laissant ainsi passer le message de la douleur. Le débit du message douloureux peut donc être augmenté, réduit ou même totalement interrompu. Plus la porte est ouverte, plus le message douloureux est perçu comme intense.

Depuis 1975, on sait que le cerveau sécrète ses propres substances antidouleur. Ce sont des morphines naturelles appelées endomorphines ou endorphines. Leur rôle principal est d'inhiber la douleur, c'est-à-dire qu'elles la bloquent en fermant la « porte ». Cela a bien sûr d'importantes conséquences thérapeutiques : on peut en effet agir sur la « porte » pour la fermer partiellement ou complètement.

4.3. Etape supra médullaire :

Le message nociceptif est intégré au sein de différentes structures cérébrales, c'est là que la sensation douloureuse est caractérisée (intensité, localisation) et qu'elle acquiert sa composante émotionnelle et affective, en fonction des expériences douloureuses antérieures.

De nombreuses structures cérébrales participent au décodage de la douleur. Le message devient à ce stade réellement douleur. Les structures supérieures élaborent la perception qui permet de décoder la localisation et la nature de la douleur : brûlure, pincement, torsion, coupure...

Le contrôle supra-médullaire s'exerce au niveau du tronc cérébral dont les neurones sont à l'origine des voies descendantes inhibitrices. Elles entraînent par le blocage des réflexes nociceptifs, une analgésie de la zone touchée.

Au niveau du cerveau, certaines zones sont plus impliquées dans la mise en mémoire de la perception en établissant une comparaison avec les expériences passées (processus d'apprentissage). D'autres zones semblent plus impliquées dans les aspects émotionnels de la douleur et organisent les comportements pour faire face à la douleur. Là est le centre d'intérêt et d'intervention psychologique où il nous a semblé intéressant d'opérationnaliser un protocole thérapeutique centré sur les thérapies comportementales et cognitives.

Les découvertes sur la physiologie de la douleur, notamment à la lumière de la théorie du portillon de Melzack et Wall, ont permis de mieux comprendre comment les composantes cognitives, psychologiques et émotionnelles pouvaient avoir un impact sur le processus physiologique de la douleur d'où l'intérêt d'introduire les psychothérapies dans la prise en charge de la douleur chronique.

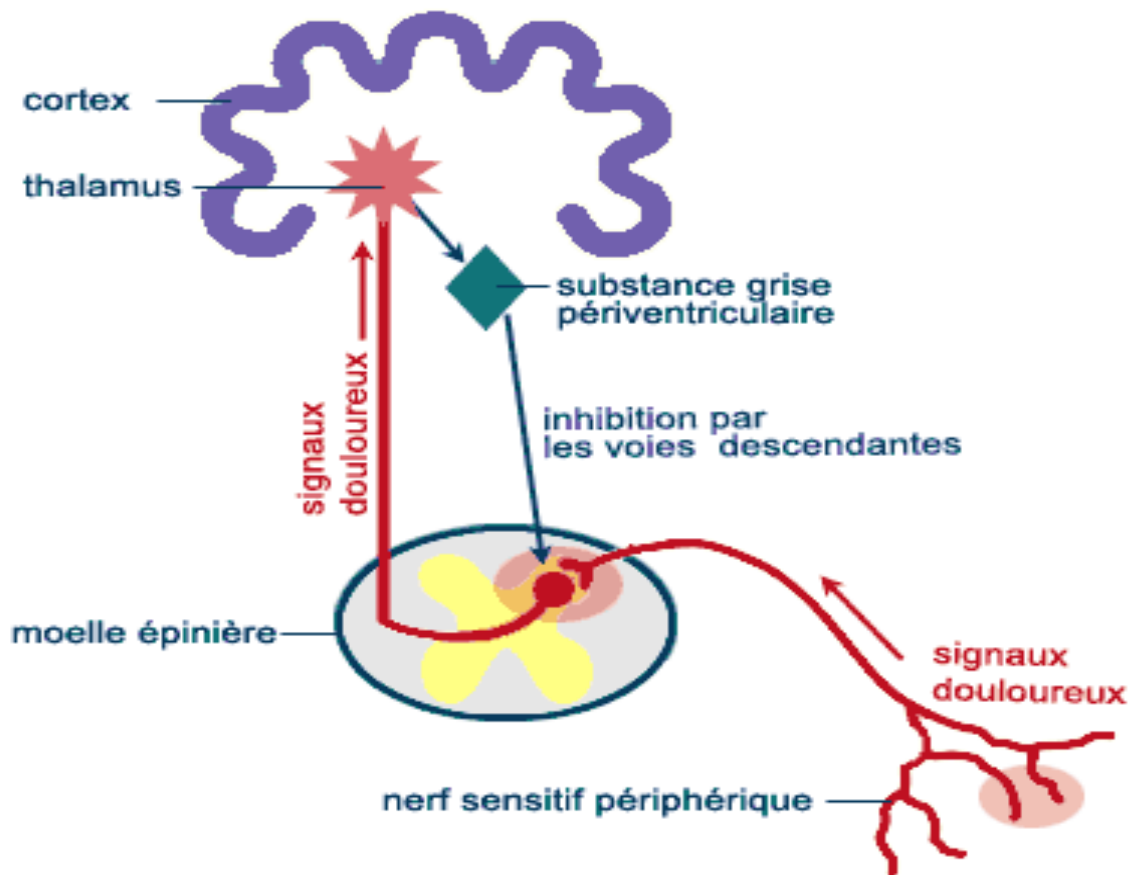


Figure 2 Schéma du trajet de la douleur

4.4. La transmission périphérique :

Il existe plusieurs systèmes de transmission périphérique. Des fibres de différents diamètres sont capables de transmettre plusieurs types de messages à des vitesses différentes. Plus l'axone qui entoure la fibre nerveuse est épais, plus l'information va circuler rapidement pour arriver au cerveau :

- Les fibres A α : « Les fibres A α (A- delta), de petites fibres myélinisées qui contribuent activement à la localisation de la stimulation nociceptive » S. Marchand (2009 :40). Elles sont les fibres les plus grosses, qui conduisent l'information rapidement grâce à l'épaississement de leurs axones riches en myéline. Elles ont pour rôle d'informer de la présence d'une douleur localisée de manière précise.
- les fibres A β : « les principales classes de fibres cutanées jouant directement ou indirectement, un rôle dans la perception de la douleur sont les fibres A β (A-bêta), qui assurent essentiellement la conduction des afférences non nociceptives mais participant également à la modulation de la douleur » S. Marchand (2009 :40). Ayant des axones moins riches en myéline, elles sont plus fines, et donc conduisent plus lentement le message. Elles vont être à l'origine d'une sensation de douleur plus diffuse.

- Les fibres C : « ...de petites fibres myéliniques qui transmettent aussi des afférences nociceptives mais, qui à cause de leur faible vitesse de conduction, jouent principalement un rôle de « protection » des régions douloureuses »S.Marchand (2009 :41).

P.Poulin (2004) nous explique que les messages nerveux rejoignent la moelle épinière par l'intermédiaire des racines dorsales au niveau du rachis ; les terminaisons axonales des fibres se situent dans la substance grise, dans la corne dorsale de la moelle épinière ; où elles établissent des relations synaptiques avec des neurones de relais classés en trois catégories :

- Les neurones nociceptifs spécifiques, principalement situés dans les couches superficielles de la corne dorsale, qui ne répondent à des stimulations périphériques que de haute intensité ;
- Les neurones nociceptifs non spécifiques qui répondent à des stimulations périphériques aussi bien de haute que de faible intensité ; ils sont principalement localisés dans les couches profondes de la corne dorsale ; ils reçoivent des afférences de territoires aussi bien cutané que viscéraux, musculaires ou articulaire, ce qui permet par l'intermédiaire de cette convergence d'expliquer le phénomène de la douleur rapportée ;
- Les neurones non nociceptifs spécifiques qui ne répondent à des stimulations périphériques que de faible intensité et n'interviennent pas dans l'intégration de l'information de la douleur. »

5. Les différents types de douleur :

On peut distinguer la douleur aiguë, symptôme d'une lésion, de la douleur chronique, qui est une maladie à part entière.

5.1. La douleur aiguë :

C'est une douleur signal. Elle alerte généralement une lésion, une maladie ou un dysfonctionnement de l'organisme. Dans ce cas, elle est nécessaire. Sa valeur d'alerte est utile et adaptative, ne concerne cependant que la douleur dite aiguë.

C'est un signal d'alarme qui permet de rechercher la cause. Elle a un rôle protecteur. Elle est récente, d'une durée courte. Une douleur aiguë peut durer de quelques secondes à plusieurs mois. Transitoire, elle finit par céder rapidement suite à l'instauration d'un traitement antalgique par contre elle est souvent intense.

5.2. La douleur chronique :

On parle de douleur chronique après un délai d'évolution de 3 à 6 mois. *«Initialement, la distinction entre douleur aiguë et douleur chronique était uniquement basée sur la durée d'évolution de la symptomatologie. En 1999, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ou ANAES retient 16 études, de 1985 à 1998, établissant la chronicité pour une durée d'évolution de la douleur allant de 1 à 6 mois, dont une majorité de 11 articles pour une durée de 6 mois»*. C.Guillaume (2006 :32).

Une douleur devient chronique lorsqu'elle persiste au-delà du temps normal de guérison. Elle devient en fait une maladie qui va retentir sur la vie et les activités quotidiennes du sujet.

Les différents types de douleurs chroniques :

Classiquement, on distingue trois grandes catégories de douleur : les douleurs par excès de nociception (du latin *nocere*, faire du mal), les douleurs neuropathiques ou neurogènes, et les douleurs psychogènes.

a/Douleurs par excès de nociception :

Elles sont dues à une stimulation excessive des récepteurs périphériques ce qui entraîne une douleur intense liée à des phénomènes mécaniques, inflammatoires, thermiques et chimiques. La cause peut être lésionnelle par stimulation mécanique (écrasement, torsion, étirement), thermique (brûlures) ou chimique (agents irritants). Elle peut aussi être inflammatoire ou ischémique (la douleur du muscle qui manque d'oxygène). Les tissus périphériques vont être endommagés et vont générer un excès d'influx nerveux dans les nocicepteurs. Le plus souvent, la douleur est renforcée ou entretenue par la libération de substances endogènes qui activent directement ou indirectement les nocicepteurs.

Les douleurs par excès de nociception sont provoquées par l'activation normale des voies neurophysiologiques de la douleur. Ces douleurs sont continues ou intermittentes et varient en intensité. Le seul moyen de stopper ces douleurs est de diminuer ou d'arrêter la transmission des messages allant vers les centres supra-spinaux.

b/ Douleurs neuropathiques ou neurogènes :

Ces douleurs ne relèvent pas de lésion tissulaire ; la lésion est retrouvée directement sur les nerfs ou les neurones des voies nociceptives. Il s'agit de dysfonctionnements complexes du système nerveux pouvant affecter à la fois les structures périphériques et centrales. Elles sont ressenties dans le territoire des nerfs atteints comme des décharges électriques, des sensations de froid, des

élancements, des brûlures ou des picotements. Le cas extrême de ce type de lésion nerveuse est la douleur du membre fantôme des amputés. Ces douleurs prennent un caractère de douleur chronique. Traitées difficilement, les douleurs neurogènes démoralisent les patients.

Les traitements les plus efficaces, sont souvent des antidépresseurs, des antiépileptiques, ou des anesthésiques locaux.

c/ Douleurs psychogènes :

Ce sont des douleurs qui n'ont aucune cause somatique. Les personnes qui reçoivent ce diagnostic ne présentent aucune lésion apparente malgré des douleurs qu'ils affirment très présentes. Quelquefois, la cause somatique trouve une expression démesurée en raison de la présence de facteurs psychologiques qui la majorent (conversion hystérique, somatisation d'un désordre émotionnel, hypocondrie...). Ce qui rend difficile l'évaluation de ces douleurs, c'est leur description souvent floue, de localisation ou trajet douloureux inexplicable, abondante, inconsistante, variable et de sémiologie atypique. Leur diagnostic n'est pas le résultat d'un simple procédé d'élimination, c'est-à-dire de non organicité. Il est reposé sur :

- Le caractère atypique de la sémiologie
- La confirmation d'un trouble psychopathologique (hypocondrie, conversion hystérique, somatisation d'un désordre émotionnel : dépression).
- L'importance des signes d'accompagnement (asthénie, insomnie, perte d'appétit, irritabilité et/ou anxiété, ...) évoquant une dépression sous-jacente.
- L'existence d'un contexte de conflit, de deuil, ...

À celle-ci, on oppose généralement la douleur dite chronique, qui relève de conditions pathologiques.

6. L'aspect multidimensionnel de la douleur :

6.1. La composante sensori-discriminative :

Elle correspond aux mécanismes neurophysiologiques de la nociception, assurant la détection du stimulus qui permet le décodage des caractères qualitatifs et temporeux-spatiaux. « *La nociception est une activité chimio-électrique de récepteurs et de fibres nerveuses provoquée par une stimulation potentiellement dangereuse pour l'organisme* » S. Marchand (2009 :20). Cette composante correspond à ce qui est ressenti par le patient. Ce dernier doit préciser la localisation de la douleur, sa durée, son intensité, son rythme, ses irradiations, son type, les signes d'accompagnements ainsi que les facteurs qui l'aggravent ou la soulagent.

6.2. La composante émotionnelle :

L'émotion mérite d'être clarifiée. J. Cottraux (2007) la définit comme une réponse comportementale et physiologique, brève et intense, qui reflète et/ou révèle le vécu subjectif de celui qui est affecté par un événement interne ou externe.

Du fait que la composante affective et émotionnelle qui confère à la douleur sa tonalité désagréable, pénible, et pour certaines personnes insupportable, la douleur occupe une place particulière parmi les perceptions. Cette composante peut se prolonger vers des états plus différenciés telles que l'anxiété et la dépression. Elle exprime la connotation et détermine la place que prend cette douleur. La signification de la douleur, l'incertitude de son évolution sont autant de facteurs qui ont un rôle modulateur dans la composante affective.

6.3. La composante cognitive :

Le terme cognitif désigne l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine : processus d'attention et de détournement de l'attention (distraction), interprétations et valeurs attribuées à la douleur, anticipation, la suggestion, référence à des expériences passées douloureuses antérieures personnelles ou observées, décisions sur le comportement à adopter. La seule anticipation de la douleur suffit à élever le niveau de l'anxiété, et de ce fait l'intensité de la douleur ressentie ; par contre, une diversion peut la réduire ou l'abolir.

6.4. La composante comportementale :

Elle englobe les manifestations verbales et non verbales, observables chez la personne qui souffre (plaintes, cris, pleurs, gémissements, mimiques, postures antalgiques, ...). Ces manifestations réactionnelles à un stimulus nociceptif assurent pour une part une fonction de communication avec l'entourage. Ainsi, chez l'enfant, on connaît la séquence : pleurs, réconfort, soulagement. Les apprentissages antérieurs, fonction de l'environnement familial liés à l'âge et même au sexe peuvent influencer les réactions comportementales du sujet.

La composante comportementale correspond aussi à l'ensemble des manifestations physiologiques (paramètres somato-physiologiques) et motrices (immobilité, agitation, attitudes antalgiques, ...).

L'intrication des différentes composantes de la douleur nous renvoie à penser que la prise en charge du patient douloureux chronique révèle la dimension psychologique qui est toujours présente dans la douleur ainsi que l'affirme la définition : une « expérience sensorielle et

émotionnelle désagréable ». La dimension psychologique ne peut être confondue ni assimilée à l'origine psychogène.

7. Evaluation de la douleur chez l'enfant :

« Evaluer » est un terme consacré en matière de douleur chronique ; il souligne l'importance et la difficulté qu'il y a à apprécier une douleur puisqu'il s'agit là d'un phénomène éminemment subjectif ; c'est pourquoi les méthodologies d'évaluation de la douleur visent plutôt à standardiser les conditions de recueil de l'information qu'à mesurer, à proprement parler, les différents paramètres de la douleur ». J.Vibes (2001: 115).

La difficulté de l'évaluation de la douleur est de rendre objectif une expérience purement subjective. Pour ce faire, il est nécessaire qu'elle soit fondée sur l'observation et la communication de l'enfant.

Une méthode standardisée doit répondre à certains critères méthodologiques : elle doit être valide, c'est-à-dire bien mesurer ce qu'elle est censée mesurer ; sensible, c'est-à-dire détecter des variations utiles d'intensité ; fidèle c'est-à-dire que les mesures successives restent stables dans des conditions identiques.

Quand l'enfant peut s'exprimer, l'évaluation repose essentiellement sur la capacité d'écoute. Elle vise à établir la nature et l'intensité de la douleur. Nous pouvons connaître la douleur par ce qui est dit : langage et par ce qui est observé : comportement.

L'évaluation de la douleur est :

Qualitative et topographique : l'évaluation et la localisation de la zone douloureuse peut se matérialiser sur un schéma corporel.

Quantitative : l'enfant indique l'intensité de sa douleur. L'évaluation quantitative utilise des échelles basées sur la description verbale faite par l'enfant qui reste la méthode de choix tant qu'elle est possible ou l'observation du comportement par un soignant (hétéro-évaluation).

7.1. Buts de l'évaluation :

Les buts spécifiques de l'évaluation sont de décrire la douleur et les facteurs qui l'influencent, d'aider à diagnostiquer la douleur ; de prédire la nécessité d'un traitement ; d'homogénéiser les pratiques (uniformiser le langage entre les intervenants) ; d'évaluer l'efficacité des traitements et de déterminer l'impact des interventions sur le devenir de l'enfant. Elle permet de poser des procédures de soins. Pour ce faire, l'évaluation de la douleur se sert d'outils qui permettent de limiter la subjectivité des soignants et de fournir un score utile au suivi.

7.2. Les différentes méthodes d'évaluation :

Elles sont disponibles selon la situation. Le choix de l'outil d'évaluation dépend du type de la douleur aiguë ou chronique, de la possibilité de communication verbale ou non ; évaluation par l'enfant lui-même (auto évaluation) ou par un tiers (hétéro évaluation), en fonction de l'âge et du niveau cognitif. De nombreuses échelles de mesure ont été développées et publiées. Chez les plus petits, seule une hétéro-évaluation est possible, basée sur les échelles comportementales, à choisir entre l'âge de l'enfant mais aussi le contexte. A partir de 3-5 ans, une auto-évaluation est souhaitable.

Le niveau cognitif de l'enfant de plus de 5 ans permet à ce dernier d'analyser sa douleur, d'en percevoir plus finement l'intensité, de disposer de vocabulaire pour la décrire ; on pratique donc une auto-évaluation en fournissant à l'enfant un outil pour qu'il évalue lui-même ; Il est primordial de s'assurer de la bonne compréhension par l'enfant. Les critères de choix seront la bonne maîtrise et la préférence de l'enfant.

a/ Les échelles unidimensionnelles d'auto-évaluation :

Un seul type d'indicateurs est recueilli, par exemple, paramètres physiologiques, activité faciale ou modifications comportementales. Ces échelles globales identifient l'intensité de la douleur et évaluent le suivi mais ne permettent pas de comparaisons interindividuelles. Répétées aisément dans le temps, leur performance est améliorée par l'information et l'apprentissage du patient.

***L'échelle visuelle analogique (EVA) :**

Cette échelle fut utilisée pour la première fois en 1974 par Huskinson. Il s'agit d'une échelle ordinale, simple et facile à utiliser, qui se présente sous forme d'une ligne horizontale de 100 mm, orientée de gauche à droite et utilisée différemment de façon horizontale ou verticale. Elle comporte deux extrémités de la ligne qui sont définies par des qualificatifs avec les réponses comme la figure le montre de « douleur absente » et « douleur maximale imaginable ».

L'EVA est validée par rapport aux méthodes objectives d'évaluation de la douleur. Elle est considérée comme l'outil de référence, par sa simplicité, sa facilité d'utilisation, sa reproductibilité dans le temps. L'EVA est considérée comme l'outil d'auto-évaluation de référence chez l'enfant de plus de 6 ans. Entre 4 et 6 ans, il est recommandé de l'utiliser conjointement à une hétéro évaluation.

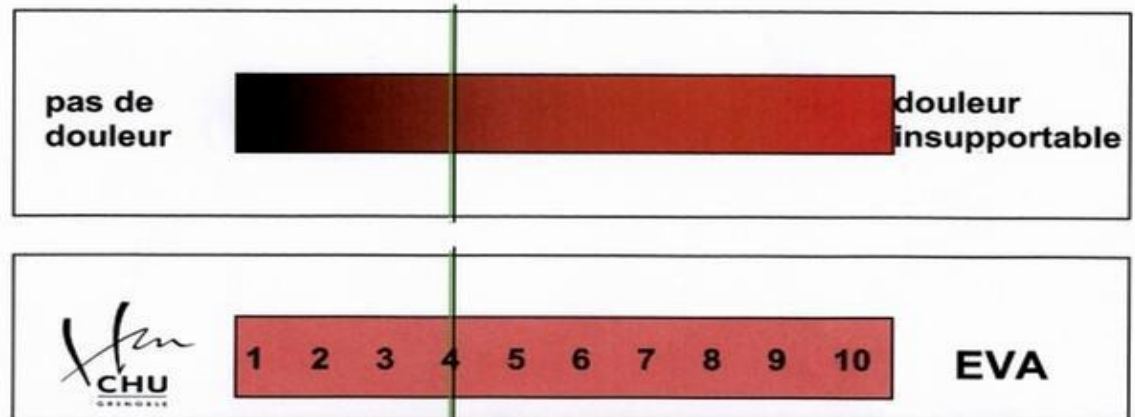


Figure 3 N Echelle Visuelle Analogique

EVA de 0 à 1 : indique un simple inconfort : Pas de traitement

EVA de 1 à 3 : indique une douleur légère nécessitant un traitement selon l'avis de l'enfant (palier 1)

EVA de 3 à 5 : Douleur modérée nécessitant un traitement systématique par palier. Si insuffisant : palier 2

EVA de 5 à 7 : Douleur intense : Traitement systématique par palier 1 et 2 associés. Si insuffisant : palier 3

EVA de 7 à 10 : Douleur très intense : Traitement systématique par palier 1 et 3 associés (selon le diagnostic)

***L'échelle verbale simple (EVS)**

C'est une échelle ordinale, habituellement constituée par 4 catégories ordonnées de descripteurs verbaux ; chacun est rattaché à un score de 0 à 3. Cette méthode est simple, compréhensible, réservée aux patients ayant une faible capacité d'abstraction. L'EVS peut être utilisée avant 4 ans. Combien as-tu mal ? Un peu, moyen, beaucoup, très fort, intolérable.

***L'échelle numérique (EN)**

Elle permet au patient de donner une note de 0 à 10 ou de 0 à 100. La note 0 est définie par « douleur absente » et la note maximale correspond à la « douleur maximale imaginable ». Cette échelle est très utilisée en pratique. Elle est adoptée par les soignants, du fait de sa simplicité et de l'absence de support.

Dis-moi combien tu as mal entre 0 et 10 ?

0 étant « je n'ai pas mal du tout »

10 « j'ai une douleur insurmontable et insupportable »

***Echelles de visages (FPS-R) Face Pain Scale :**

Elles sont très utilisées par les anglo-saxons pour les enfants de 2 à 4 ans à qui on présente une série de six dessins représentant des visages à des degrés divers de plaisir et de mécontentement.

On demande à l'enfant de choisir le visage qui exprime au mieux combien il a mal en ce moment. Cette échelle a plusieurs inconvénients : elle reflète plutôt l'aspect émotionnel du vécu de la douleur et risque d'être confondue avec une échelle de l'humeur.

L'échelle des visages est considérée comme l'outil d'auto-évaluation de référence chez l'enfant de plus de 4 ans. Montre-moi le visage qui a mal comme toi ?

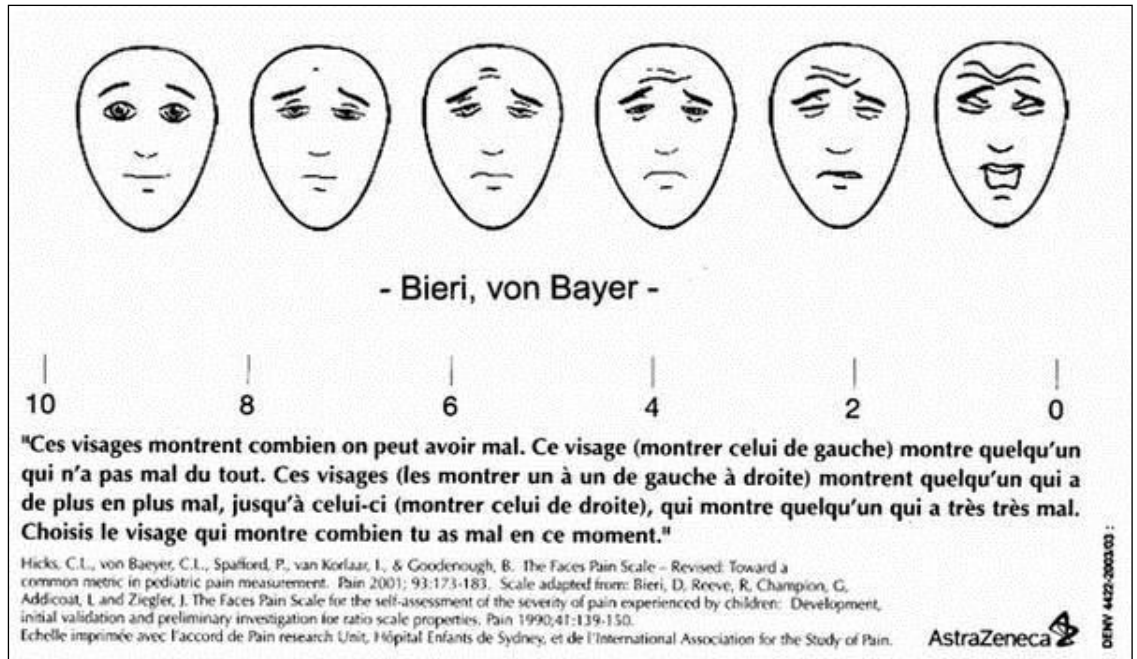


Figure 4 : Echelles de visages (FPS-R) Face Pain Scale

de 0 à 1 : Simple inconfort : Pas de traitement

de 1 à 3 : Douleur légère : Traitement selon l'avis de l'enfant (palier 1)

de 3 à 5 : Douleur modérée : Traitement systématique par palier 1

Si insuffisant : palier 2

de 5 à 7 : Douleur intense : Traitement systématique par palier 1 et 2 associés

Si insuffisant : palier 3

de 7 à 10 : Douleur très intense : Traitement systématique par palier 1 et 3 associés (selon le diagnostic).

***Le schéma du corps humain** : c'est une échelle intéressante ; on demande à l'enfant d'indiquer la ou les partie (es) douloureuses sur « un bonhomme » dessiné de face et de dos. Des feutres ou crayons de couleur permettent d'apprécier le niveau de l'intensité de la douleur. Le rouge et le noir sont les plus fréquemment choisis pour représenter la douleur importante. Là encore, à travers la localisation de la ou les parties douloureuses, l'enfant nous offre des informations sur sa douleur. Sa description nous donne des éléments non seulement sur le diagnostic de la douleur, mais aussi de l'étiologie.

***Poker Chip Tool** : c'est un ensemble de 4 jetons unicolores ; l'enfant choisit de 0 à 4 jetons, selon l'intensité de la douleur.

***Les anigo-cubes** : il s'agit de cubes dont la grosseur et la couleur sont fonction de l'intensité de la douleur.

b/ Les méthodes d'hétéro-évaluation :

De nombreuses autres échelles validées sont disponibles en fonction de l'âge de l'enfant, même nourrisson (échelle d'inconfort du nouveau-né EDIN, échelle Néonatal Facial Coding System NFCS, Douleur Enfant Gustave Roussy GEGR,...) ; les critères d'évaluation se basent sur les aspects comportementaux et les mimiques du nourrisson. Nous ne pouvons présenter en raison de la limite d'âge concernée de notre étude.

8. La signification de la douleur en fonction du niveau cognitif de l'enfant :

La douleur est une expérience dont le sujet fait l'expérience dès la naissance. Le nouveau-né découvre le monde à travers la douleur dont la première est provoquée par le premier remplissage des poumons d'air ; puis de son ventre vide quand il a faim, de l'absence de sa mère ou quand elle s'éloigne. La douleur est au cœur du nouage psychocorporel. L'émotion est au départ organique. Elle ne prend une dimension psychologique qu'à la mesure du degré d'évolution générale du sujet.

Le développement cognitif de l'enfant évolue parallèlement au fur et à mesure de sa connaissance. Plusieurs facteurs y sont impliqués : psychologiques, familiaux et socioculturels. Son vécu de l'expérience douloureuse évolue également d'un stade cognitif à un autre.

Aborder un enfant douloureux suppose l'importance de le différencier de l'adulte aussi bien dans ses aspects physiques qu'intellectuels. Dans un contexte de douleur, son niveau de développement cognitif conditionne le vécu et l'expression de celle-ci. Il faut tenir compte de l'âge de l'enfant et de son âge cognitif qui influe sur sa manière de comprendre la maladie et la douleur. En effet l'enfant a une conceptualisation de la douleur qui évolue en fonction des stades cognitifs tels qu'ils sont décrits par Jean Piaget, psychologue Suisse dont la théorie est incontournable. Il a décrit quatre stades que nous allons aborder en se référant au vécu de l'expérience douloureuse :

Le stade sensori-moteur (de 0 à 2 ans) : La temporalité est inexistante. Le début de cette période est marqué par des réflexes archaïques. La douleur envahit rapidement le bébé. Les réponses à la douleur apparaissent réflexes traduites par des pleurs et cris. Elles sont dominées

par la perception. La peur des situations douloureuses apparaît entre 06 et 18 mois de manière progressive.

Le stade des pensées préopératoires (de 2 à 7 ans) : L'enfant de cet âge est dans l'indifférenciation entre ses propres pensées et celles des autres. La maladie est perçue comme un phénomène extérieur. La douleur est vécue comme une punition. Pour l'enfant, « l'autre » est responsable de sa douleur (souvent les soignants). L'association du traitement au soulagement de la douleur n'est pas possible.

Le stade des opérations concrètes (de 7 à 11 ans) : avec la capacité de différenciation des autres ; la maladie est perçue, par les plus jeunes, comme « une contamination ». Elle est intériorisée chez les plus âgés, localisée dans le corps. Le rôle de chaque organe est mal défini par l'enfant. A cet âge, la peur de la mort et d'une atteinte de son corps nécessite qu'on le rassure.

Le stade des opérations formelles (après 11 ans) : La capacité d'abstraction donne à l'enfant d'autres possibilités de comprendre le monde. La maladie et la douleur peuvent être attribuées à cet âge, à des causes physiologiques et/ou psychologiques et correspondre à un mauvais fonctionnement d'un organe. L'enfant cherche à être informé sur sa maladie. Il est nécessaire de l'encourager à verbaliser ses affects et à parler de ses angoisses.

Tableau 1 : Douleur et maladie en fonction de l'âge

Stades cognitifs	Compréhension de la douleur et de la maladie	Conséquences sur les soins
<p>De 0 à 2 ans, stade des réflexes.</p> <p>Stade des 1ères habitudes motrices</p> <p>Le stade de l'intelligence sensori-motrice</p>	<p>L'enfant est dans l'illusion de toute puissance et s'attribue tout ce qui est bon. La douleur peut très rapidement envahir le bébé, car il n'a ni notion du temps ni celle du soulagement. Progressivement apparaissent la peur de situations douloureuses (entre 6 et 18 mois) accompagnées de manifestations de tristesse ou de colère. Ce n'est qu'à partir de 18 mois qu'il commence à localiser la douleur et la reconnaître chez les autres.</p>	<p>Il utilise des stratégies non cognitives pour faire face à la douleur (demande à l'adulte de souffler sur une égratignure ou de faire des câlins, ou des bisous, etc.)</p>
<p>De 2 à 7 ans : le stade de la pensée préopératoire</p>	<p>La pensée est toujours égocentrique, l'enfant a du mal à faire la différence entre ses propres pensées et celles des autres. Il ne peut se distancier de son environnement. C'est l'âge des pensées finalistes. La maladie est perçue comme un phénomène extérieur. La douleur est vécue comme une punition. L'enfant tient l'autre pour responsable de sa douleur. Il ne peut pas faire de différence entre la cause et la conséquence de la douleur, ni faire un rapprochement entre le traitement et le soulagement.</p>	<p>Il faut essayer de connaître les explications qu'il se donne d'autant qu'il ne cherche pas à les partager. C'est l'âge où il pense que la douleur peut disparaître par magie, par surprise, ...pommade magique, gélule magique, marque magique (pour le protoxyde d'azote).</p>
<p>De 7 à 11 ans : le stade des opérations concrètes</p>	<p>L'enfant commence à se différencier des autres. La maladie est perçue comme une contamination par les autres personnes ou intériorisée chez les plus âgés. La cause est cependant extérieure à l'enfant, et n'est pas toujours explicitée. La douleur est perçue comme une expérience physique localisée dans le corps. Il existe une confusion entre le rôle de chaque organe.</p>	<p>Il demande à être rassuré car il a peur de l'atteinte de son corps.</p> <p>Il faut lui donner des exemples sur la maladie et les traitements, avec des schémas ou des poupées. C'est l'âge idéal pour apprendre les techniques cognitivo-comportementales, lors des douleurs récidivantes et chroniques.</p>
<p>Après 11 ans : le stade des opérations formelles</p>	<p>La maladie et la douleur sont comprises de manière plus sophistiquée et peuvent être attribuées à des causes physiologiques et/ou psychiques et correspondre à un mauvais fonctionnement d'organe.</p>	<p>L'enfant peut faire face à certaines situations mais ne connaît pas toujours les stratégies cognitives pour le faire.</p>

"Compréhension de la douleur, de la maladie de ses répercussions sur les soins en fonction Des stades cognitifs" de Piaget et Twycross, 1998.
Fédération Nationale des centres de lutte contre la douleur
« Evaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer » Septembre 2003,

9. Perception de la douleur :

9.1. Le rôle de l'apprentissage des processus comportementaux par conditionnement :

9.1.1. Le conditionnement classique ou répondant :

Appelé aussi répondant car la réponse apprise est émise involontairement par le sujet. C'est un processus par lequel un organisme apprend à répondre d'une manière particulière, un stimulus qui, auparavant, ne produisait pas cette réponse. Le stimulus qui était jusqu'alors « neutre », devient capable de produire une réponse parce qu'il est associé à un stimulus pouvant susciter la réponse. *« Les recherches suggèrent que le conditionnement classique peut avoir un effet sur la perception de la douleur. Comme il a été décrit dans les théories de l'apprentissage associatif, un individu peut associer un événement particulier avec l'expérience de la douleur. Jammer et Tursky (1987) ont étudié la présentation de mots associés à la douleur à des personnes souffrant de migraine. Ils ont trouvé que cette présentation augmentait à la fois l'anxiété et la perception de la douleur et ils ont conclu que les mots avaient provoqué un changement dans l'humeur, qui induisait à son tour un changement dans la perception de la douleur »* J. Ogden (2008 : 300).

En 1890, Ivan Pavlov (1849-1936), psycho physiologiste russe, a découvert les réflexes conditionnés. Il a travaillé sur les actions réflexes du cerveau et a démontré le rôle de l'activité cérébrale sur le fonctionnement des glandes salivaires. Il conclut grâce à son expérimentation qu'un chien qui salive quand on lui présente de la viande, salivera de manière réflexe dès qu'il entendra le tintement de la clochette qui était associée à chaque fois qu'on lui présentait la viande. La salivation constitue alors une réaction inconditionnelle, inscrite dans la physiologie de l'organisme.

La nourriture qui provoque cette réaction est un stimulus inconditionnel. Cette expérimentation montre l'importance de la mise en condition dans l'association entre le stimulus et la réponse : il y a association entre un stimulus et une réponse. Ce principe symbolisé par : S – R.

Par ailleurs, les comportements acquis par conditionnement peuvent subir un phénomène d'extinction. L'expérience de Pavlov montre que si la clochette sonne plusieurs fois sans présentation de nourriture, la salivation cesse de se produire par phénomène d'extinction : c'est le déconditionnement.

L'approche comportementale explique que la douleur chronique et les comportements douloureux associés sont influencés par des processus de conditionnement ; la douleur chronique est pour cela un comportement appris. *« La dramatisation par exemple induit une intensification de l'état dépressif et une augmentation de la douleur et du handicap fonctionnel. Un coping*

passif (rester couché, restreindre ses activités etc.) induit une augmentation de la douleur et de la détresse ». M. B. Schweitzer (2002 :379).

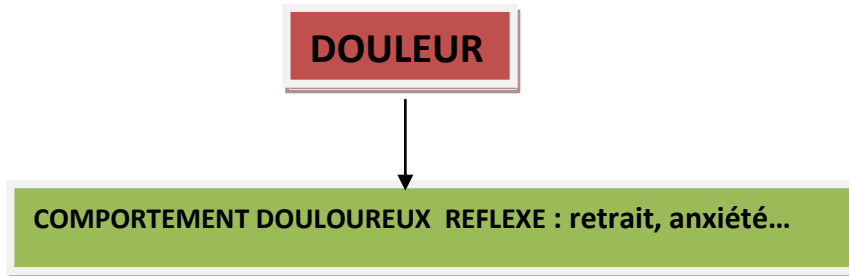


Figure 5 Modèle de conditionnement classique

9.1.2. Le conditionnement opérant :

Le conditionnement opérant se fait par l'intermédiaire des stimuli qui suivent une réponse donnée ou qui en sont la conséquence. Le comportement est modifié par ses conséquences. Le conditionnement opérant ou instrumental est un processus d'apprentissage impliquant le changement de la probabilité d'une réponse par manipulation des conséquences de celle-ci. Il permet une analyse du comportement observable dans ses relations et ses conséquences, et de ce fait, de clarifier toutes les variables en jeu. Le terme opérant ou instrumental est utilisé parce que très souvent, les réponses instrumentales agissent ou « opèrent » sur l'environnement.

Selon S.Perrot (2011), la première théorisation comportementale de la douleur a été proposée par Fordice en 1976, utilisant le modèle du comportement dit opérant ou Skinnerien.

Le comportement de la douleur peut favoriser des bénéfices secondaires ; la manière de se comporter, en état douloureux, peut elle-même induire une augmentation ou diminution de la perception douloureuse. « *Il a été suggéré que les comportements, la douleur sont renforcés par l'attention, la reconnaissance qu'ils perçoivent et à travers des gains secondaires, comme ne pas aller au travail. Le comportement de douleur renforcé positivement peut augmenter la perception de la douleur. Il peut engendrer aussi une baisse de l'activité et une perte musculaire, une baisse de contact social et une absence de distraction menant à un statut de malade, ce qui peut également augmenter la perception de la douleur* ». J. Ogden (2008 : 304).

Skinner stipule que la réponse opérante est une unité de comportement dont la production est la condition du renforcement. Le renforcement, est en ce sens, un événement dont l'apparition à la suite d'une réponse entraîne un accroissement de la probabilité d'émission de ladite réponse. Le comportement opérant va agir sur l'individu en entraînant des conséquences dont l'effet en retour peut induire un mécanisme d'apprentissage.

L'explication de ce modèle dans le cadre de la douleur peut s'appliquer de la sorte. L'argumentation s'appuie sur les liens Réponses-Renforcement déjà survenus et mémorisés qui ont un impact sur les probabilités ultérieures de la (mauvaise) réponse. Les enfants souffrant de douleurs récurrentes présentent le risque d'exagérer la symptomatologie de leurs douleurs parce que leur expérience d'épisodes répétitifs, fréquemment douloureux, souffre d'une adéquation étiologique correctement définie.

L'objectif d'un traitement en thérapie comportementale et cognitive est d'encourager les comportements adaptés et les niveaux d'auto-efficacité et de diminuer les comportements de douleur et l'incapacité excessive. Elles visent à améliorer le choix des stratégies de faire face et d'encourager un coping plus adapté.

« La recherche suggère que le conditionnement joue un rôle important dans la perception de la douleur. Les individus peuvent répondre à la douleur en manifestant un comportement de douleur (exemple : se reposer, grimacer, boiter, ne pas travailler). Un tel comportement de douleur peut être renforcé positivement (par de la sympathie, de l'attention, un congé), ce qui peut en soi augmenter la perception de la douleur ». J. Ogden (2008 :300).

L'approche comportementale a pour objectif de repérer puis de modifier les comportements de douleur de l'enfant en se basant sur le comportement opérant : un comportement disparaît s'il est toujours suivi d'une punition, alors qu'il persiste s'il est suivi d'une récompense. La mère est associée dans la thérapie comportementale (notamment pour ne plus favoriser les comportements douloureux).

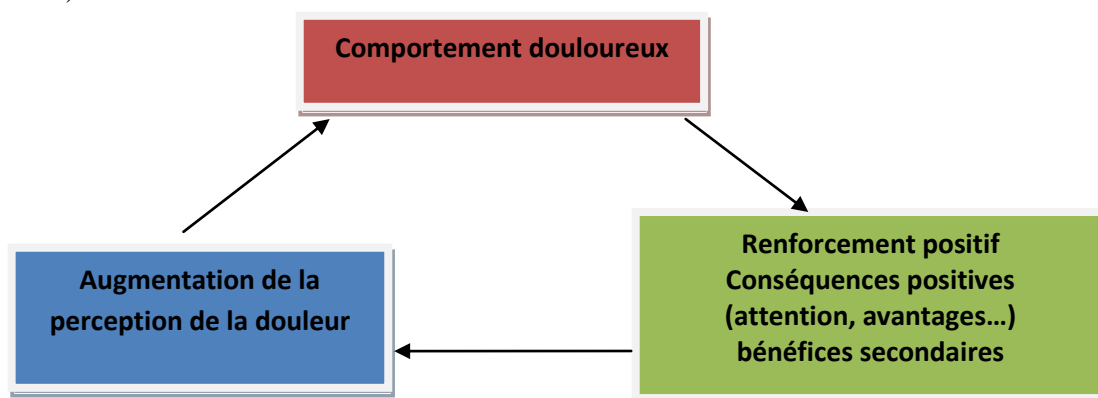


Figure 6 : Douleur et conditionnement opérant

9.2. Le rôle de l'apprentissage social :

Notre étude donne une occasion aux théories de l'apprentissage social d'expliquer l'impact des croyances dans la perception de la douleur. Elles nous offrent une compréhension de la douleur

en tant que phénomène biopsychosocial en tant qu'expérience personnelle et singulière pensée et vécue, mais aussi socio culturellement partagée.

Nous avons trouvé intéressant de développer dans notre recherche le locus de contrôle afin d'identifier sa nature interne ou externe dans la perception de la douleur chronique, et de voir s'il y a une différence dans l'explication donnée aux événements qui arrivent aux enfants douloureux chroniques. Dans un premier temps, nous allons envisager un bref l'historique du locus de contrôle et sa définition. Par la suite, nous allons définir deux concepts qui lui sont proches : l'attribution causale et l'impuissance apprise.

9.2.1. La théorie de l'apprentissage social de Rotter « Lieu de contrôle » :

Un concept psychologique développé par Julian Rotter en 1966 à partir de sa théorie de l'apprentissage social est le Lieu de contrôle. Dans sa théorie, il a avancé que « *la probabilité d'apparition d'un événement est conditionnée aux renforcements positifs ou négatifs* » M.Bouvard (1998 :201)

Rotter est le premier à avoir exploité en profondeur le concept de lieu de contrôle auquel il attribut un rôle capital dans la théorie de l'apprentissage social. Il a déduit à travers ses observations cliniques auprès de ses clients qu'un lieu de contrôle interne retrouvé chez les sujets attribuant leur réussite à leurs propres capacités mène à des comportements plus adaptés que ceux qui l'attribuent à la chance ou au hasard. Rotter nous avance dans sa théorie qu'une personne, de manière assez stable et durable, tend généralement à présenter de manière cohérente soit un contrôle plutôt interne soit un contrôle plutôt externe.

Nommé aussi locus de contrôle, il correspond aux différentes interprétations que chacun donne aux situations de vie qu'il rencontre. Il peut être interne (relié à la propre volonté de l'individu, ses efforts, ses désirs, ses capacités personnelles, ses connaissances) ou externe (relié aux autres, à la chance, au hasard, aux institutions, aux forces divines) dépendamment de notre explication des événements. Cette interprétation dépend aussi de la personnalité des individus.

9.2.1.1. Apport historique :

Behavioriste à la base, Rotter a élaboré le concept de locus de contrôle afin de confirmer que les déterminants du contrôle proviennent aussi bien de l'individu que de son environnement. Il a observé chez certains de ses patients suivis en psychothérapie qu'ils ne répondaient pas au modèle comportemental à cause de la présence d'idées dysfonctionnelles qui empêchaient leur

adaptation. La théorie de Rotter est par conséquent venue pour mettre fin au modèle comportemental de Skinner (1938) qui, en rattachant le comportement à l'action de l'environnement en se basant essentiellement sur le renforcement positif et négatif a éloigné la liberté et la part de responsabilité de l'individu.

Depuis Rotter (1966), plusieurs tentatives se sont proposées pour définir et mesurer le contrôle. La notion de contrôle est centrale à plusieurs modèles théoriques de fonctionnement humain se trouvant implicitement ou explicitement sous diverses appellations. Selon Bruchon Schweitzer (2002), parmi les diverses notions existantes, nous retenons : le lieu de contrôle (Locus of control) de Rotter (1966), Pearlin et ses collègues (1981) ont étudié le concept de maîtrise, le sentiment d'auto-efficacité de Bandura (1977), l'impuissance apprise de Seligman (1986), l'endurance de Kobasa (1979-1982) et l'attribution causale de Peterson (1984-1988).

B. Schweitzer (2002) définit le lieu de contrôle comme la croyance généralisée dans le fait que les événements ultérieurs (ou renforcements) dépendent soit de facteurs internes (actions, efforts, capacités personnelles), soit de facteurs externes (destin, chance, hasard, personnages tout puissants).

9.2.1.2. Définition du locus de contrôle :

Selon Rotter, une personne tend généralement à présenter de manière cohérente soit un contrôle plutôt interne et soit un contrôle plutôt externe, de manière assez stable dans le temps. Les sujets qui ont un locus de contrôle interne, se sentent responsables de leurs agissements et de ce qui en découle comme conséquences. Ils pensent qu'ils ont un contrôle de leur destinée, et réussissent le mieux leur vie éducative et professionnelle.

Les personnes à locus de contrôle externe accordent une plus grande importance aux facteurs environnementaux et situationnels. Elles pensent que les facteurs externes tels que la chance ou le hasard déterminent leur réussite ou leur échec et non leur effort personnel, et croient qu'ils sont victimes des situations qu'ils envisagent.

« Dans notre culture, quand un sujet perçoit un renforcement comme n'étant pas totalement déterminé par une certaine action de sa part, ce renforcement est perçu comme le résultat de la chance, du hasard, du destin, ou comme le fait d'autres tout puissants, ou bien encore comme totalement imprévisibles en raison de la grande complexité des forces entourant l'individu. Quand l'individu perçoit l'évènement (il faut entendre le renforcement) de cette façon, nous disons qu'il s'agit d'une croyance en un contrôle externe. Si au contraire, la personne considère

que l'évènement dépend de son propre comportement ou de ses caractéristiques personnelles relativement stables, nous disons qu'il s'agit d'une croyance en un contrôle interne (Rotter, 1966, p.1) » N.Dubois (1987 :34)

« En effet, le lieu de contrôle est une croyance générale, une évaluation cognitive, a priori, de ses propres capacités ; il constitue ainsi plus une dimension stable de la personnalité, à valeur prédictive, qu'un processus cognitif momentané, mis en œuvre dans une situation particulière. C'est pourquoi d'autres auteurs (cf.Nuissier,1994) ont souligné la nécessité de distinguer le locus of control (disposition cognitive générale) de l'attribution causale(processus cognitif spécifique à une situation donnée). » B.Quintard (1994 :44)

En effet, la théorie de Rotter met en évidence la complexité des comportements de l'individu. Elle nous permet également de comprendre la raison pour laquelle un sujet peut adopter un comportement donné plutôt qu'un autre, en se basant sur les attentes et les renforcements.

De ce fait, face aux situations stressantes et des problèmes rencontrés, chacun va réagir de façon personnelle et distincte. L'interne adoptera davantage des stratégies d'ajustement centrées sur le problème à l'opposé de l'externe qui va adopter des stratégies centrées sur l'émotion.

Le contrôle perçu est relié aux ressources personnelles, aux attributions causales est aux ressources sociales. Les ressources personnelles dépendent du lieu de contrôle c'est-à-dire des croyances de l'individu dans le fait que le cours des événements dépend ou non de ses comportements et compétences. *« Le contrôle perçu se réfère à la manière dont les indications apprécient le degré d'influence qu'ils peuvent avoir sur l'environnement. Ce concept concerne la croyance dans le fait que l'issue d'une situation ou d'un problème particulier dépend de soi ou de facteurs extérieurs. Le contrôle perçu fait partie de l'évaluation secondaire dans le modèle du stress cognitif de Lazarus et Folkman (1984) ». G.N.Fischer (1982 :2002).*

« Ce contrôle perçu jouerait un rôle protecteur en réduisant l'impact des événements stressants et en facilitant l'adoption des styles de vie sains. Au contraire, un faible contrôle perçu appelé parfois « perte de contrôle » ou impuissance perçue serait associée à un stress perçu plus intense, à une plus grande détresse et à une moins bonne santé physique (Honner,1998) » BruchonSchweitzer (2002 : 229)

« L'effet d'un renforcement ne relève pas d'un processus automatique(les conduites sociales ne sont pas façonnées systématiquement par leurs conséquences immédiates), il dépend de la perception ou de la non perception d'une relation causale entre le comportement et le

renforcement subséquent. D'où la définition du concept de contrôle interne- externe du renforcement comme représentation que le sujet a du rapport entre sa conduite et le renforcement (le contrôle interne correspond au cas où la relation causale est perçue, l'origine du renforcement étant imputée par la personne à ses capacités ou à ses caractéristiques personnelles, le contrôle externe correspondant au cas inverse où la relation causale n'est pas perçue, l'origine du renforcement étant attribué à des facteurs incontrôlables : hasard, chance, autres-puissants...) N. Dubois (1987 :42)

Ainsi, les individus peuvent attribuer leur avenir, leur réussite ou leur échec à des causes soit internes, soit externes. Le lieu de contrôle est reconnu comme un facteur important pour expliquer plusieurs comportements. Il constitue un déterminant dispositionnel du coping ; c'est ce qui nous a motivés à le prendre en considération dans la prise en charge de la douleur chronique chez l'enfant.

La notion du locus de contrôle nous renvoie à la théorie des attributions.

9.2.2. La théorie des attributions et de la cause attribuée de Seligman:

Fritz Heider (1944, 1958) qui s'intéressait à la notion d'attribution en psychologie sociale a apporté le concept d'attribution causale. Il cherchait à trouver les causes des comportements observés en les reliant soit à des causes personnelles (effort, intention, motivation) soit à des causes environnementales.

« Les attributions peuvent être définies comme des interprétations faites au sujet de la causalité des événements extérieurs du comportement individuel. Dans les conditions où le lieu de causalité est incertain un sujet va se poser la question pourquoi, et il va élaborer des explications. Ces explications vont ensuite être considérées comme une cause de comportement et des événements, indépendamment de toute logique. Ces jugements de causalité reflètent les schémas cognitifs » I.M Blackburn, J. Cottraux (2004 :33)

Le besoin d'inférer des attributions causales semble selon Heider, être en relation avec le besoin de l'individu d'exercer un contrôle sur son environnement physique et social, en essayant de donner des explications et de prédire les causes des comportements et des événements. Les individus attribuent des causes aux événements afin de rendre le monde prédictible et contrôlable, pour enfin le maîtriser. Plus l'attribution est externe et stable plus la contrôlabilité de la situation fait défaut et donc plus le stress est important.

« Il est clair que ce qui intéresse Heider (1958), Jones et Davis (1965) et Kelly (1967) c'est de décrire le processus par lequel les individus expliquent et interprètent les conduites et les états

émotionnels (qu'il s'agisse des leurs ou de ceux des autres), alors que ce qu'ils étudient Phares(1968), Rotter 1966 et Lafcourt1966 c'est une variable générale de la personnalité. Cette variable concerne le degré de relation causale que les individus établissent entre leurs conduites et/ou leurs caractéristiques personnelles(traits , aptitudes, attitudes) et les renforcements positifs et négatifs qu'ils reçoivent, c'est-à-dire ce qui leur arrive ou doit leur arriver dans la vie ». N.Dubois (2009 :10)

Martin Seligman(1975), psychologue américain considère que les troubles au niveau motivationnel, cognitif et émotionnel, sont consécutifs à la croyance du sujet à son incapacité de contrôler les événements suite à son expérience personnelle. Ainsi, il peut attribuer la cause d'un événement d'une façon inadéquate. Cette attribution du manque de contrôle peut être interne ou externe selon notre manière de percevoir la provenance des choses. Seligman considère que « *les attributions désignent les tentatives que nous faisons pour comprendre les causes et implications des évènements dont nous sommes témoins. Ces évènements, dans cette théorie, sont réduits aux conduites personnelles -les agissements de la personne qui pense- et interpersonnelles -les agissements des autres personnes-. Ainsi l'enfant et l'adulte tentent naturellement de trouver des causes à ce qu'ils font et à ce que les autres font : nous disons que nous possédons une « démarche intellectuelle causale ». Les conduites sont interprétées en invoquant certaines causes qui paraissent explicatives à celui qui les observe. On « attribue » aux conduites certaines causes ».* L. Vera (2007 :54)

Seligman a aussi élaboré la théorie de l'impuissance apprise ou résignation apprise. Cet auteur a découvert suite à une expérimentation que si l'on fait subir des chocs électriques à des chiens en les cloitrant dans un enclos, ils apprennent qu'ils sont impuissants et n'essaient plus de s'échapper même si la porte reste grande ouverte. Ce phénomène, connu sous le nom d'« impuissance apprise » ou de (learned helplessness), a rapidement servi de modèle de compréhension de la dépression humaine.

J.D Swendzen et C.Blatier (1996) avancent qu'après chaque incident négatif, l'individu commence par évaluer son degré de contrôle de l'évènement. Selon la théorie, lorsque les évènements passés ou en cours sont considérés comme incontrôlables, il y a de fortes chances qu'ils en soient de même des évènements semblables à venir, d'où le développement du sentiment d'impuissance chez l'individu. C'est ainsi que l'on considère l'anxiété comme étant le résultat du sentiment d'impuissance face à des menaces futures (évènements négatifs incontrôlables).

« En1975, il définit le désespoir acquis comme les conséquences négatives d'une expérience vécue par l'individu de la non maîtrise de son environnement, conséquences se manifestant à

*trois niveaux : au niveau **motivationnel**, le sujet ne manifeste aucune motivation à contrôler la situation, ce qui entraîne une chute de ses performances ; au niveau **cognitif**, le sujet est incapable d'établir un lien entre ses actions et leurs résultats ; au niveau **émotionnel** enfin, le sujet étant dans un état de désespoir, de dépression ».*N.Dubois (1987 :20)

L'attribution causale est donc un processus cognitif qui consiste à chercher les causes pouvant expliquer la survenue des événements.

Dans un contexte de douleur, l'enfant, en fonction de son « style d'attribution » qu'il a acquis de son entourage et à travers ce qui a été dit de lui, va avoir un style d'attribution positif (style explicatif optimiste) ou négatif (style explicatif pessimiste) qui va déterminer sa croyance à sa douleur. La restructuration cognitive va être une technique d'appoint pour modifier les attributions des responsabilités.

Le style d'attribution évalue les réussites et les échecs suivant un mode particulier :

- Le style d'attribution associé à l'absence de contrôle :
 - l'externalité : les réussites sont attribuées à des causes externes (chance).
 - L'internalité : les échecs sont attribués à des causes internes (manque d'habileté, d'aptitude, ...) ; l'enfant ne voit pas sa réussite et ne s'en sent pas responsable.
- Le style d'attribution associé au contrôle :

Ce style évalue les réussites et échecs en fonction de critères plus souples et objectifs.

- Les réussites sont attribuées à des facteurs internes (efforts, habiletés...).
- Les échecs sont attribués à des facteurs externes, parfois internes mais, situationnels.

Selon L.Vera (2004), le développement du style d'attribution dépend de plusieurs variables telles que l'âge de l'enfant, le type d'évènement auquel il est confronté, le discours des parents concernant les causes invoquées dans leur vision de la vie. La variable ayant un poids déterminant dans le style d'attribution associé à un manque de contrôle est la confrontation répétée à des événements dont il n'a pas le contrôle : l'impossibilité d'échapper à des situations pénibles, l'impossibilité de pouvoir changer ces situations. On peut supposer que l'enfant se sent sans moyen et sans espoir d'agir : il a un sentiment d'impuissance.

« Si certains auteurs ont souligné que le contrôle perçu est étroitement lié à certaines caractéristiques du contexte (attribution causale), et d'autres qu'il constitue une caractéristique relativement stable de la personnalité (LOC), il apparaît clair que ces deux perspectives reposent sur l'évaluation par le sujet de ses propres ressources personnelles. Selon les auteurs, le sujet qui perçoit une situation potentiellement stressante comme contrôlable évalue positivement ses ressources personnelles (Nuissier, 1994) » B.Quintard (1994 :46)

Comme l'attribution causale, l'impuissance apprise est une autre notion voisine de celle de lieu de contrôle.

9.2.3. Le sentiment d'auto-efficacité de Bandura :

Psychologue américain, Albert Bandura (1928-2021), fut le pionnier du concept d'auto-efficacité ou du sentiment d'efficacité personnelle qui s'inscrit dans la théorie de l'apprentissage. *« L'efficacité est plutôt une capacité productrice au sein de laquelle les sous-compétences cognitives, sociales, émotionnelles et comportementales doivent être organisées et orchestrées efficacement pour servir d'innombrables buts... L'efficacité personnelle perçue ne concerne pas le nombre d'aptitudes que l'on possède, mais ce que l'on croit pouvoir en faire dans des situations variées ».* A. Bandura (2003: 63)

Il s'agit donc de la conviction personnelle, indépendante des compétences réelles du sujet, qu'il peut lui-même réussir à adopter certains comportements requis dans des situations particulières.

M. Bruchon-Schweitzer (2002) définit l'auto-efficacité comme la croyance des individus en leur capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser certaines situations et y réussir. Cette croyance se subdivise en deux dimensions, l'attente d'efficacité (croire que l'on possède des ressources pour faire face, ce qui est proche de ce que l'on entend par estime de soi) et l'attente de résultat (croire que l'on va maîtriser une situation et atteindre ses objectifs, ce qui est proche du contrôle perçu).

Plusieurs recherches se sont développées pour comprendre l'impact du sentiment d'efficacité sur de nombreux aspects de l'activité humaine dans le domaine scolaire, professionnel, de la santé...

« La croyance des individus en leur efficacité a plusieurs conséquences. Elle influence leur ligne de conduite, la quantité d'énergie qu'ils investissent dans l'effort, leur niveau de persévérance devant les difficultés et les échecs, leur résilience face à l'adversité, le caractère facilitant ou handicapant de leur mode de pensée, le niveau de stress et de dépression consécutifs aux contraintes environnementales, et leur degrés de réussite » A. Bandura (2003 :12)

L'auto-efficacité est une composante de contrôle. Concernant notre étude, c'est le sentiment que l'enfant perçoit de sa capacité à agir sur sa douleur.

La répétition de situations dans lesquelles l'enfant ne peut pas contrôler sa douleur engendre un processus d'impuissance acquise. Cette impuissance perçue s'accompagne souvent de dépression, d'une augmentation de la douleur, de plus de conséquences dans les activités quotidiennes selon nos hypothèses de l'étude.

Le coping désigne ce que l'enfant met en œuvre pour s'ajuster à une situation perçue comme stressante, ici, la douleur. La croyance qu'il a de son efficacité et sa puissance font partie des facteurs dispositionnels, de son style de coping.

J.Ogden (2008) souligne que certains chercheurs ont mis l'accent sur l'impact de l'auto-efficacité dans la perception et la réduction de la douleur. Turk et al. (1983) ont suggéré que l'auto-efficacité face à la douleur pouvait être un facteur important pour déterminer le degré de perception de la douleur.

Rotter et Albert Bandura considèrent que le lieu contrôle est acquis par apprentissage social et par apprentissage par l'observation : l'apprentissage vicariant. L'observation des actions des autres et de leurs conséquences correspond à l'apprentissage vicariant. Ces apprentissages nous permettent d'attribuer les renforcements reçus à des facteurs internes ou externes et à développer un lieu de contrôle modulable aux différents âges de la vie en fonction des événements qui vont être expérimentés. « *Pendant la petite enfance, la famille joue à cet égard un rôle important sur les modèles et les renforcements qu'elle apporte. Des parents attentifs, gratifiants et cohérents (quant aux modèles de comportements attendus) facilitent le lieu de contrôle interne* ». Bruchon schweitzer (2002 :231)

La prise en charge de patient douloureux chronique révèle la dimension psychologique toujours présente dans la douleur ainsi que l'affirme la définition : « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable ». La dimension psychologique ne peut être alors confondue, assimilée à l'origine psychogène.

« *Voir ou imaginer des individus similaires à soi agir avec succès augmente les les croyances d'efficacité des sujets qu'ils peuvent eux-mêmes réaliser des activités comparables. Ils se persuadent que si les autres y arrivent, ils peuvent eux aussi élever leur performance* (Bandura, 1982 a ; Schunk, Hanson & Cox, 1987) » A. Bandura (2003 : 136)

Cet auteur parle aussi d'automodelage qui consiste à ce que l'individu observe ses propres réussites, obtenues dans des conditions spécialement organisées pour lui permettre de donner le meilleur de lui-même, constitue un diagnostic direct de ce qu'il est capable de faire. Cette forme de modelage renforce également les croyances d'efficacité personnelle.

« *Les personnes ne se basent pas seulement sur leur expérience pour obtenir des informations sur leurs capacités. Les évaluations d'efficacité sont partiellement influencées par des expériences vicariantes médiatisées par des réalisations modelées par autrui. Ainsi, le modelage*

constitue un autre outil efficace facilitant le sentiment d'efficacité personnelle » A.Bandura (2003 :135)

«Même ceux qui ont une grande assurance personnelle élèveront leur croyances d'efficacité personnelle si les modèles leurs enseignent de meilleurs moyens d'agir ».A.Bandura (2003 : 136)

« Des modifications dans les croyances d'efficacité régulent la motivation et l'action.Cependant, dans la vie courante, le développement de la capacité personnelle grace aux expériences de maîtrise est le moyen le plus puissant de générer un sentiment d'efficacité fort et résilient (Bandura,1986a,1988a). La capacité personnelle est obtenue en fournissant aux personnes les connaissances et les occasions de développer des sous-aptitudes et de s'affirmer par l'exercice du contrôle personnel. » A. Bandura (2003 :95)

Partant de ces principes de base, l'apprentissage par l'observation serait un déterminant de coping et de contrôle de la douleur chronique chez l'enfant.

9.3.Le rôle de la cognition :

« On entend par cognition l'acquisition des savoirs sur le monde : la perception, l'attention et la mémoire sont des phénomènes qui participent à cette acquisition » J.Cottreaux (2017 :61)

Les croyances sont des schémas interprétatifs sur la signification des symptômes qui conditionnent la perception qu'ont les patients de leur situation. Evaluer ce que pense un patient de la cause de sa douleur, de la gravité de sa maladie, de son retentissement, de son rôle et sa propre capacité à contrôler l'impact de la douleur sur sa vie, de ses attentes en termes de traitement et de soulagement, fait apparaître de nombreuses notions qui sont parfois dysfonctionnelles pour l'adaptation à sa situation et aux traitements proposés : dramatisation de la signification des lésions.

Les croyances « erronées » ou considérées comme dysfonctionnelles du point de vue médical sont des facteurs d'incapacité : elles forment un véritable barrage chez le douloureux chronique ; lorsqu'elles sont méconnues par le praticien, elles empêchent toute adhésion du patient à la réactivation qui lui est proposée alors que toute adhésion est le moteur de son traitement. La modification de ses croyances permet au patient d'adopter un rôle actif.Enfin, plusieurs croyances se sont révélées importantes face à la douleur. Il s'agit de :

Le catastrophisme : qui est définie comme une tendance à envisager le pire scénario, l'attente ou la crainte des conséquences négatives majeures d'une situation, même de moindre importance,

caractérisée par la présence d'amplification, de rumination, et d'impuissance (Sullivan et al, 2001). *«La dramatisation par exemple induit une intensification de l'état dépressif et une augmentation de la douleur et du handicap fonctionnel. Un coping passif (rester couché, restreindre ses activités etc... induit une augmentation de la douleur et de la détresse »* M. Bruchon Schweitzer (2002 :379).

Certains patients qui souffrent de douleur chronique ont tendance à la catastrophisation. J. Ogden (2008) rapporte que Keefe et al. (2000) ont décrit la catastrophisation comme impliquant trois composantes :

1. La rumination : une focalisation sur l'information menaçante à la fois interne et externe (« je peux sentir mon cou qui craque à chaque fois que je bouge »),
2. La magnification : il s'agit de surévaluer l'étendue de la menace (« mes os s'effritent et je vais devenir paralysé »),
3. L'impuissance : sous-estimer les ressources personnelles et environnementales qui peuvent atténuer le danger et les conséquences désastreuses (« personne ne sait résoudre mon problème, et je ne peux plus supporter la douleur »).

« La pensée catastrophique, un facteur cognitif qui vient moduler la réponse à la douleur, se définit par la perception d'un manque de contrôle intrinsèque, l'inquiétude vis-à-vis de l'avenir et la tendance à être accablé par la vie. Ce facteur a été défini comme un des éléments les plus importants liant la douleur chronique et l'humeur négative (Geisser et al. ; 1994) » S. Marchand (2009 :302)

Selon cet auteur, la pensée catastrophique peut également être considérée comme étant une mauvaise stratégie d'adaptation à la douleur. Il déduit en conséquence, qu'on trouve souvent un plus haut niveau de pensée catastrophique chez les gens souffrant de douleur chronique.

La diversion attentionnelle comme processus cognitif: La distraction n'est pas une forme passive de diversion de l'attention mais bien une forme active qui altère la perception de la douleur. Plus l'enfant parvient à être absorbé, plus sa douleur sera réduite.

« L'intervention cognitive atténue l'impulsion neuronale évoquée par le stimulus nociceptif. La distraction a été incorrectement perçue comme une simple tactique de diversion dans laquelle le sujet est totalement passif. Au contraire l'activation neuronale est bien présente et mesurable.

Elle seule garantit la réduction de la douleur. L'enfant n'ignore pas simplement la douleur, il la réduit ». (Tharstum, Zachariae et Herlin, 2001).

Les techniques de distraction ou de détournement de l'attention permettent une décentration. Ce sont les plus courantes des méthodes cognitives pour le soulagement de la douleur chez l'enfant. Les sens auditif et visuel sont particulièrement utilisés pour la distraction. Nous avons utilisé dans notre étude : la lecture, les jeux électroniques, les puzzles.

La focalisation de l'attention comme fonction cognitive sur la douleur a un impact sur son intensité. Plus l'attention est centrée sur la douleur, plus son intensité augmente. « *La plupart des travaux ont montré que l'attention portée sur la douleur peut exacerber la douleur alors que la distraction peut réduire l'expérience de la douleur. La focalisation de l'attention sur la douleur entraîne une capacité réduite à se focaliser sur d'autres tâches ; il en résulte une interférence attentionnelle et une perturbation. cette perturbation a été montrée dans une série d'études expérimentales qui ont indiqué que les patients avec un niveau élevé en douleur montrent de moins bonnes performances sur des tâches difficiles qui exigent plus de ressources, limitées pour eux (e.g., Eccleston, 1994 ; Crombez et al., 1998a, 1999)* ». J. Ogden (2008 :303).

9.4. Le rôle de l'affect :

L'émotion est définie par J.Cottreaux (2007) comme une réponse comportementale et physiologique, brève et intense, qui reflète et/ou révèle le vécu subjectif de la personne qui est affectée par un événement interne ou externe. Elle est donc déclenchée par une situation. Son vécu est subjectif car il correspond à un traitement de l'information et donc dépend d'une construction mentale à partir d'informations provenant du monde interne ou externe du sujet. Le modèle cognitif explique l'émotion comme une évaluation cognitive. « *Selon ce modèle, nous serions moins émus par les événements que par l'interprétation que nous en donnons* » J.Cottreaux (2001 :39) Ceci ramène selon cet auteur à la formule :

Évènement \implies Évaluation cognitive \implies Émotion

L'émotion est une des composantes de la douleur. « *Cette composante affective peut se prolonger vers des états émotionnels voisins comme l'anxiété ou la dépression. Cette proximité explique une règle d'approche de tout malade douloureux qui est d'évaluer systématiquement les niveaux d'anxiété et de dépression* » F.Boureau (1999 :267)

L'affectivité négative pourrait être à la base de l'amplification des symptômes de l'hypervigilance et de la détresse aussi bien physique que psychologique. Comme émotions consécutives à la douleur chronique, nous allons aborder la peur, l'anxiété et la dépression :

L'anxiété : C'est un affect pénible, une émotion désagréable qui s'inscrit dans deux registres. Elle est un ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes subjectifs somatiques et psychiques, par des modifications comportementales et par des signes physiologiques objectifs. C'est une réaction fondamentalement utile et essentielle. Elle est traduite par une appréhension et l'attente d'un événement imprévu, vécu comme désagréable. L'attente est accompagnée d'un sentiment de tension interne, une nervosité et une hypervigilance permanente. La menace paraît diffuse, plus lointaine et plus vague par rapport à la peur. Le sujet anxieux marque une baisse des performances, des difficultés de raisonnement et de concentration. L'anxiété est considérée comme pathologique lorsqu'elle n'est rattachée à aucune cause évidente et identifiable et quand aussi elle devient chronique.

« Sur le plan de la relation entre l'anxiété et la douleur chronique, on observe un mécanisme d'augmentation de la douleur. Les chercheurs ont également montré une corrélation directe entre les niveaux élevés d'anxiété et une augmentation de la perception de la douleur chez les enfants migraineux et souffrant de douleurs pelviennes et du dos (Feuerverter et al. 1987 ; McGowan et al, 1998). » J. Ogden (2008 : 301).

« Les personnes ressentent de l'anxiété quand elles s'estiment mal équipées pour gérer des événements potentiellement néfastes » A. Bandura (2003 :232)

La peur : Elle est liée à une situation bien précise, identifiable par l'individu. Elle comporte la plupart du temps un danger actuel ou imminent. Elle est ressentie comme pénible provoquant l'alerte de mécanismes d'adaptation, de défense et s'accompagne d'une activation plus ou moins intense du système nerveux central et autonome produisant une accélération des réactions physiologiques et une modification du comportement. La peur liée à la douleur peut créer une hyper vigilance envers la douleur.

La relation entre la peur et la douleur a été établie. Les croyances mènent à l'évitement de la douleur en tant que déclencheurs initiateurs de la douleur. Certaines recherches suggèrent également que la peur peut aussi être impliquée dans l'exacerbation d'une douleur déjà présente et peut transformer une douleur aiguë en une douleur chronique. *« Crombez et al. (1999) ont exploré les interrelations entre l'attention portée à la douleur et la peur. Ils ont observé que la douleur fonctionne en demandant un certain degré d'attention, ce qui résulte en une réduction*

de la capacité de se focaliser sur d'autres activités. Leurs résultats ont indiqué que la peur liée à la douleur augmentait cette interférence attentionnelle, suggérant que la peur, liée à la douleur, augmente la qualité d'attention exigée par la douleur »J. Ogden (2008 : 302).

La dépression : La dépression fait de nos jours l'objet de plusieurs recherches après avoir été niée du monde de l'enfant. Le dégagement progressif du « concept de dépression » chez l'enfant, a permis la reconnaissance de la réalité clinique de cette pathologie à un âge précoce et ce, grâce à Mélanie Klein avec « la position dépressive », René Spitz et Jean Bowlby avec « la dépression anaclitique ».

La dépression en cas de maladie reflète une situation où le corps n'est plus considéré comme une simple entité biologique. Elle représente l'association d'un ensemble de signes recouvrant un trouble de l'humeur traduit par une tristesse, un pessimisme qui envahi la vie mentale, un sentiment d'ennui, de perte d'intérêts, une irritabilité. Il existe chez le dépressif des affects et idées négatifs traduits par une autodépréciation et un sentiment de culpabilité. Des signes somatiques tels que les troubles du sommeil et de l'appétit, des plaintes somatiques sont retrouvés avec une inhibition psychomotrice traduite par une asthénie et une diminution voir une perte de l'élan vital.

Plusieurs auteurs ont trouvé une corrélation entre la douleur chronique et la dépression. Selon S.Marchand (2009), les troubles de l'humeur tels que la dépression engendrent des changements dans la perception de la douleur. Peu importe si c'est la dépression qui engendre une douleur ou vice-versa, il est démontré que les symptômes dépressifs, incluant la détresse psychologique, sont d'importants marqueurs prédictifs d'un épisode de douleur chronique. *« On rapporte que plus les symptômes dépressifs sont nombreux, plus les plaintes de douleur clinique augmentent (Adersson,1999). Aussi, le taux de dépression chez les gens souffrant de douleur chroniques est plus élevée que chez les sujets sains, la valence de troubles dépressifs se situant entre 30 et 54% chez les gens souffrant de douleurs chroniques (Banks et Kerns,1999). »*S.Marchand (2009 :300)

M.J.L.Sullivan et al publient en 2005 que la plupart des études qui utilisent des critères standardisés pour diagnostiquer la dépression dans les échantillons de patients souffrant de douleur chronique ont rapporté des pourcentages de prévalence entre 20% et 50%.

Une personne dépressive présente une autodépréciation et un sentiment d'incapacité. D'après A.Bandura (2003), la dépression peut réduire les croyances d'efficacité. Ces croyances abaissées affaiblissent à leur tour la motivation et produisent une faible performance, engendrant une dépression encore plus profonde dans une spirale descendante. A l'inverse, en élevant les

croyances d'efficacité qui augmentent la motivation et les performances, la bonne humeur peut mettre en action un processus affirmatif réciproque. L'humeur et les croyances d'efficacité sont liées à la fois de façon simultanée et prédictive.

« Les personnes ayant développé un système de soi négativement biaisé ont tendance à interpréter les événements de vie difficiles d'une manière pessimiste qui produit, aggrave et prolonge les épisodes dépressifs (Beck, 1984 ; Kuiper et Olinger, 1986, Peterson & Seligman, 1984 ; Rehm, 1988) » A. Bandura (2003 : 233)

Cet auteur (2003) nous montre que l'impact de l'humeur sur le jugement d'évaluation peut être modifié en changeant l'information fournie par l'état émotionnel lui-même. Il explique que si on modifie la signification d'un état émotionnel en l'attribuant à une source non émotionnelle ou à une source temporaire ou pertinente, l'état n'affecte pas le jugement évaluatif parce qu'il est considéré comme non informatif pour l'évaluation présente.

Le mécanisme d'efficacité personnelle que nous avons évoqué plus haut joue également selon A. Bandura (2003) un rôle capital dans l'autorégulation des états émotionnels. Cet auteur distingue trois principaux moyens par lesquels les croyances d'efficacité affectent considérablement la nature et l'intensité des expériences émotionnelles : le contrôle personnel sur la pensée, sur l'action et sur l'émotion. Le mode orienté vers la pensée dans la régulation des états émotionnels prend deux formes. La première concerne les croyances d'efficacité qui guident l'attention et influencent la façon d'interpréter les événements, de se représenter cognitivement et de s'en souvenir d'une façon bénéfique ou émotionnellement perturbante. La seconde forme d'influence se concentre sur les aptitudes cognitives perçues à contrôler les pensées perturbatrices quand elles font intrusion dans la conscience. Dans le mode d'influence orienté vers l'action, les croyances d'efficacité régulent les états émotionnels en soutenant les actions destinées à transformer l'environnement d'une manière qui modifie son potentiel émotif. Le mode d'influence orienté vers l'émotion implique l'efficacité perçue pour améliorer les états émotionnels désagréables lorsqu'ils sont activés. Ces moyens alternatifs de régulation de l'émotion sont bien mis en évidence dans l'exercice du contrôle de l'activation de l'anxiété, de l'humeur dépressive et des réactions biologiques au stress.

Enfin, *« Il est important de retenir que les facteurs psychologiques prédisent non seulement les réactions à l'expérience douloureuse ou la capacité à faire face à la douleur, mais qu'ils ont également une incidence sur l'évolution des symptômes de la douleur chronique. Le traitement*

de la douleur devrait donc toujours prendre en considération que les facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le développement de la douleur chronique (Flor et Turk,2006) »
S.Marchand (2009 :321)

Conclusion :

Traiter médicalement 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 afin d'optimiser l'efficacité et l'efficience du traitement médical.

II. LE COPING

1. Introduction :

Le modèle « transactionnel », développé par Lazarus sert d'arrière plan conceptuel à beaucoup de recherches actuelles sur le stress.

Dans notre étude, la douleur chronique induite par différentes pathologies : l'arthrite chronique idiopathique, le purpura rhumatoïde et l'hémophilie est considérée comme un agent stressant conduisant l'enfant à mettre en œuvre des stratégies d'ajustement ou des stratégies de coping. Qu'elles seraient alors les stratégies adaptatives ou non, mises en œuvre par l'enfant pour faire face à sa douleur ? Quelles sont les différentes transactions entre l'enfant et cette réalité stressante ?

Ce qui a motivé notre choix d'étudier le coping auprès d'une population d'enfants, est que le stress psychologique est un facteur de risque significatif et répandu pour la psychopathologie lors de cette étape de développement. La façon dont les enfants gèrent les stressors auxquels ils sont confrontés, a un impact crucial sur leur ajustement actuel et futur. Aussi, « *-Les stratégies de coping ont un effet direct sur certaines variables de la santé ; -elles ont un effet indirect en donnant lieu à un changement dans le comportement de santé ; -enfin, elles régulent et peuvent diminuer le stress lié à un problème de santé (Parker et Endler) »* Fischer (2006 :125).

Le processus de coping chez l'enfant et l'adolescent a été largement étudié, particulièrement durant les 30 dernières années. Lapointe et Marcotte 2001 ont évalué, à travers une étude, des relations entre les stratégies d'adaptation et l'humeur dépressive ; la symptomatologie dépressive

et les idées suicidaires chez l'adolescent. Silvia Carvalho, a publié dans la revue canadienne des sciences du comportement, en Mai 2009 41(2), 67-83, une étude sur le rôle que peuvent avoir les enfants dans leur adaptation à la séparation ou au divorce de leurs parents. Cette étude a permis la validation d'un modèle théorique du processus de coping de l'enfant face aux conflits conjugaux et à la séparation parentale. Les résultats démontrent que l'évaluation de la menace perçue, en regard de la situation, influence le choix des stratégies de coping et que les stratégies actives influencent l'efficacité perçue du coping chez les enfants. Les composantes du processus de coping des enfants sont particulièrement liées à leur adaptation psychologique.

Les recherches aboutissent à ce que le répertoire du coping s'acquière progressivement. Ainsi, les réponses de stress disponibles chez l'enfant, diffèrent de celles de l'adolescent et de l'adulte. Elles ont la particularité de dépendre du niveau de développement biologique, cognitif, émotionnel et social. Or, si les enfants ne possèdent pas encore toutes les stratégies de coping nécessaires pour faire face à une telle situation stressante, ils pourront être encore plus vulnérables à une telle situation.

Si, avant 6 six ans, les enfants mettent en œuvre des capacités de coping assez rudimentaires, traduites essentiellement par de stratégies d'évitement, d'agressivité ou de solutions simples de résolution du problème, ils utiliseraient par contre, assez peu de stratégies centrées sur l'émotion. Au-delà de six 6 ans, et avec la maturité psychologique, les stratégies utilisées se complexifieraient en s'orientant progressivement vers une meilleure gestion de l'émotion et l'utilisation de techniques cognitives. Il est à noter que les stratégies de coping utilisées par les enfants dépendent de plusieurs facteurs tels que le niveau du développement cognitif et social et les caractéristiques de la situation.

2. Historique :

C'est en se référant à des expériences sur l'animal, s'inspirant sur la théorie psychanalytique et plus précisément sur la psychologie du Moi, que le concept de coping a pris son origine.

L'approche expérimentale portant sur les animaux, considère le coping comme une réponse comportementale acquise face à une menace vitale. La colère par exemple provoque l'attaque ou la confrontation ; la peur induit la fuite ou l'évitement. « *Ainsi, des rats placés dans une cage à deux compartiments (un compartiment où ils reçoivent le choc et un autre où ils ne reçoivent rien) apprennent rapidement à fuir, voir à éviter le choc en se déplaçant dans l'autre*

compartiment dès que retentit le signal sonore avertissant l'arrivée du choc. Le critère essentiel du coping réussi chez l'animal est la survie (Dantzer, 1989) » I. Paulhan (1992 : 546).

D'après Lazarus, le coping chez l'animal est un mécanisme vital. Il consiste à agir pour contrôler les conditions environnementales aversives d'éventuels troubles psychophysiologiques et ce, principalement au moyen de comportements de fuite et d'évitement.

H. Harman(1958) a approfondit l'instance de la personnalité du Moi en s'inspirant de la théorie Freudienne qui propose trois composantes de la personnalité (Ça, Moi, Surmoi). Il a distingué le moi conflictuel ou irrationnel dont l'objectif serait la maîtrise des conflits internes, du Moi libre et rationnel qui représente le siège de nombreux processus tels que la perception, la pensée ou encore la mémoire. L'idée de Harman est de montrer qu'à l'opposé du Ça et du Surmoi, le Moi dispose de mécanismes autonomes qui lui accordent une fonction double qui consiste non seulement à s'adapter aux exigences des réalités extérieures mais aussi de maîtriser les conflits internes. Ce Moi permet alors au sujet de s'adapter à son environnement.

Cependant, la mise en relation du coping avec des notions psychanalytiques a nourrit plusieurs discussions. La psychologie du Moi a assimilé le coping à un processus proche du système défensif primaire et inconscient de l'appareil psychique tel qu'il est proposé par Freud.

3. Mécanisme de défense et coping :

Mécanisme de défense et coping sont des concepts qui ont évolué simultanément, puis ont connu une convergence et complémentarité les inscrivant dans des registres différents et indépendants.

Le concept de coping est du ressort de l'approche cognitive comportementale ; par contre, le concept de mécanisme de défense s'inscrit dans le champ théorique de la psychanalyse. Il serait donc important de différencier et nuancer ces deux concepts qui coexistent de manière complémentaire en chacun de nous. Cette coexistence permet de mieux comprendre le fonctionnement de l'individu ainsi que ses réponses aux conflits internes et externes qu'il peut affronter.

Mécanisme de défense est un concept employé par Sigmund Freud (1926) ; ce terme renvoie à une fonction d'adaptation inconsciente qui consiste à maintenir les pensées, les émotions et pulsions dangereuses dans les limites de l'acceptable. Pour Freud, ces défenses étaient liées à des troubles psychiques sous-jacents.

Les mécanismes de défense sont des réponses inconscientes du Moi face aux conflits intrapsychiques. Ils servent à protéger le Moi en cas d'affects désagréables ou douloureux. Leur activation est involontaire.

La découverte des mécanismes de défense par Sigmund Freud fut à travers l'étude de cas névrotiques (le déplacement dans le cas du petit Hans, le refoulement et la conversion dans le cas de Dora). Il a découvert par la suite que les mécanismes de défense peuvent avoir des fonctions positives et adaptatives.

S. Freud utilise le concept de défense pour désigner tous les procédés utilisés par le Moi dans les conflits et qui sont susceptibles de favoriser un état pathologique : une névrose. S. Freud avait décrit dix mécanismes de défense dont : le refoulement, la projection, la sublimation, le déplacement, la régression, l'annulation, l'isolation de l'affect, l'annulation rétroactive, le retournement contre soi, la transformation au contraire.

Anna Freud a apporté ses propres contributions théoriques en publiant, en 1936 « Le moi et les mécanismes de défense ». Mélanie Klein a, à son tour, apporté un nouveau quant à la chronologie en affirmant la précocité de l'apparition des mécanismes de défense telle que la projection, l'introjection et le clivage.

Pour résumer, on peut dire que les mécanismes de défense sont :

- Inconscients,
- Rigides et donc considérés comme des entités autonomes de la vie psychique.
- Indifférenciés, c'est-à-dire reliés à des conflits psychiques et à des événements de vie ayant survenus antérieurement,
- Distordus à la réalité, n'apparaissant pas de façon claire mais ils apparaissent de façon déformée, détournée et déguisée, exemple : rêves, lapsus, ...

Leur fonction est de réduire l'angoisse en la maintenant à un niveau tolérable.

Par contre, « *Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement ; elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). Sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement (ou par cette situation). Les stratégies de coping se différencient peu à peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes (volontaires) pour affronter des problèmes actuels (ou, récents)* » M. Bruchon Schweitzer (2002 :355).

4. Fondements théoriques du coping et définitions :

Il nous semble important d'évoquer les fondements théoriques et ce, pour mieux comprendre le fonctionnement du coping. Sa conceptualisation émane en effet des théories contemporaines sur le stress et de la théorie cognitivo-phénoménologique des émotions.

La notion de stress est née avec les travaux de Water Cannon 1935 qui a emprunté le mot « stress » des sciences physiques qui renvoie à l'image des matériaux qui se déforment sous l'action des contraintes. A la même époque, c'est à travers les travaux de Hans Selye (1956), physiologiste canadien sur le stress que le développement de ce domaine a pris son essor.

Selye, fondateur de la théorie du stress, fit l'hypothèse qu'une menace, c'est-à-dire un stress physique ou social, avait pour résultat de fuite ou de combat.

« Hans Selye désigne le stress comme une pression extérieure susceptible de modifier le fonctionnement de l'organisme. Le stress est un ensemble de réactions aspécifiques qui découlent de la confrontation de l'organisme à des situations auxquelles il doit faire face. Selye décrit ensuite une série de réactions en cascade : phase d'alerte, phase de résistance et phase d'épuisement. Ces phases sont engendrées par cette contrainte que constitue le stress » G.N. Fischer (2002 :97).

Le stress fut traité d'un point de vue biologique, c'est-à-dire que toute exposition de l'organisme devant les exigences accrues déclenche des réactions biologiques de stress. Richard Lazarus, chercheur et professeur émérite de psychologie à l'université de Californie, à Berkeley, né le 03 Mars 1922 et décédé le 24 Novembre 2002, s'est intéressé particulièrement au stress psychologique et au processus d'adaptation.

Le coping est un concept récent apparu aux années soixante et plus exactement en 1966 par Richard Lazarus. Pour lui, le stress se manifeste lorsque le sujet est confronté à des événements qui, selon lui, mettent en danger son bien-être, et devant lesquels il pense ne pas avoir de ressources suffisantes pour réagir. Le stress a pris trois conceptions distinctes :

- Le stress comme stimulus environnemental (agent externe : événement de vie),
- Le stress comme réponse biologique de l'organisme à un stimulus ou à une situation (réactions nerveuses et hormonales),
- Le stress comme réponse subjective (état interne de tension et évaluation subjective d'une situation jugée stressante).

« Le stress : « Transaction spécifique entre la personne et l'environnement qui est évaluée par le sujet comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger ou bien-être » (Lazarus et Folkman, 1985) in G.N.Fischer (282 :2002)

« La notion de coping, largement utilisée aujourd'hui, se réfère à la théorie cognitive du stress et est considérée comme un modérateur des processus qui affectent la relation entre un évènement stressant et les ressources dont dispose un individu pour lui faire face ». G.N Fischer, C. Tarquino (2006 :117).

« La notion de coping désigne un aspect du comportement humain par lequel un individu confronté à des évènements de vie difficiles et éprouvants cherche à leur faire face par des réponses adaptées » G .N Fischer, C. Tarquino (2006 :131).

En 1978 , Lazarus et Launier ont élaboré le concept de coping dans une perspective transactionnelle pour désigner les stratégies d'ajustement mises en œuvre pour pouvoir maîtriser ou tolérer une situation aversive. Il s'agit d'une interaction entre le sujet et une situation qui porte un caractère dynamique et peut évoluer en même temps que la situation se modifie. « Elaboré par Lazarus et Launier, le coping désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant pour maîtriser, réduire ou tolérer l'impact des exigences internes ou externes qui dépassent les ressources d'un individu ».

I. Paulhan (1992 :545).

Il s'agit d'une conception transactionnelle du stress et du coping qui ne sont ni des caractéristiques de la situation, ni des caractéristiques de l'individu, mais des processus dynamiques et non une action automatique et linéaire de type stimulus/réponse. La notion de transaction traduit une articulation dynamique, une négociation entre le sujet avec lui-même ou avec l'environnement. Le coping implique des actions réciproques entre sujet et environnement. Mis en œuvre par l'individu, le coping permettrait une éventuelle adaptation.

« Lazarus, en 1984, en collaboration avec son élève Folkman, ils publient « Stress, appraisal an coping ». Ils offrent une vue synthétique au coping en le définissant comme suit : « Un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux pour gérer des demandes spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées comme épuisants ou excédant les ressources de la personne » M. Bruchon- Schweitzer (2002 : 283).

L'individu ne subit pas l'évènement de vie qu'il soit aigüe ou chronique de manière passive, il essaie de faire face, d'où le verbe (to cope) qui signifie faire face. C'est un processus stabilisateur dans la gestion des évènements stressants ; il a pour but d'aider à maintenir une adaptation psychosociale ainsi que la réduction de l'intensité de la détresse qui découle de ces situations.

Devant une situation aversive, les réponses, réactions et comportements que l'individu met en œuvre afin de maîtriser, réduire ou tolérer la situation, désigne en effet ce qu'on appelle « le coping ». Les stratégies de coping mobilisent alors des ressources cognitives et comportementales et émotionnelles. Les formes de coping ne sont donc pas stables, ce qui fait leur différence des traits de personnalité.

« Lazarus et Folkman (1985, p.141) définissent le coping comme « L'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer les exigences spécifiques internes ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». M.Bruchon-Schweitzer (2002 :356).

En 1999, M.Bruchon-Schweitzer a introduit le concept de « stratégie d'ajustement » pour une traduction Française. Le coping peut dénoter :

- Des cognitions (réévaluation de la situation aversive, ou des ressources disponibles, restructuration cognitive, plan d'action, etc...),
- Des affects qui se traduisent par une expression ou une répression d'une émotion telle que la peur, la détresse, la colère...),
- Des comportements se traduisant par la recherche d'information, d'aide ou à résoudre le problème...).

Les réactions de coping sont fortement contextuelles. Elles évoluent en fonction des situations que peut rencontrer le sujet. Cependant, certaines personnes ont tendance à privilégier certaines stratégies plus que d'autres en fonction de ressources et de capacités individuelles et spécifiques qui se sont développées en fonction des différentes situations stressantes confrontées (processus contextuel et évolutif). Ces deux facteurs s'influencent mutuellement et selon des degrés différents, ils influencent le choix des stratégies de coping.

5. CLASSIFICATION ET DIFFERENTS STYLES DE COPING :

La classification des stratégies de coping reste un sujet de controverses.

5.1 La classification de Lazarus et Folkman (1980) :

Ils distinguent deux dimensions de coping :

Le coping centré sur l'émotion : (emotion focused coping)

Le coping centré sur l'émotion regroupe les stratégies qui visent à réguler l'émotion associée à l'évènement stressant. « *Le coping centré sur l'émotion désigne l'ensemble des efforts visant à atténuer et à supporter les états émotionnels déclenchés par la situation. Il existe de nombreuses expressions pour cette forme de coping : l'évitement (ne plus penser au problème), la*

distraktion, le déni, la dramatisation etc. Elles sont, la plupart, des processus orientés vers l'action intra-psychique » G.N. Fischer, G.Tarquino (2006 :122).

Cette stratégie comprend aux efforts que l'individu met en oeuvre pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation. La gestion des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale) :

- des processus d'ordre cognitif qui peuvent être modulés de différentes manières, destinés à réduire la détresse émotionnelle (évitement, minimisation, adaptation, prise de distance),
- des stratégies qui visent à augmenter la détresse émotionnelle (auto accusation),
- des efforts qui consistent à changer la façon dont la réalité est perçue par l'individu, sans essayer de la modifier : (réévaluation positive),
- des stratégies qui ont pour effet indirect que la situation prennent une nouvelle signification, (exercice physique, recherche de support émotionnel, médiation) : recherche de soutien social,
- l'évitement-fuite : (boire, manger, fumer...).

Le coping centré sur le problème (problem focused coping) :

Elles représentent une dimension qui se réfère aux actions qui sont déployées pour changer ou maîtriser quelques aspects d'une situation perçue comme stressante.« *Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ou augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face* ». M. Bruchon-Scheitzer (2002 : 357).

Le coping centré sur le problème comprend deux dimensions :

- La résolution du problème dont l'action consiste à changer directement le terme actuel de la relation du sujet à son environnement et ce, en élaborant un plan d'action et en cherchant des informations.
- L'affrontement de la situation et agir sur la base de celle-ci pour changer la réalité stressante.

Les stratégies centrées sur le problème peuvent être dirigées soit vers soi-même en modifiant sa propre implication en agissant par exemple sur un degré cognitif ou motivationnel appelé aussi par certains auteurs, coping vigilant ou encore actif soit vers l'environnement. « *Le coping centré sur le problème implique en revanche, des stratégies orientées vers le "management" de l'évènement* ». Henri Cabrol et Stracey Callahan (2004 : 100).

L'attention est portée sur la situation même. Il s'agit de la mise en place d'efforts et comportements actifs dans le but de la résoudre qui se traduit par la recherche d'un ensemble de moyens comme la recherche d'informations et d'aide.« *Selon Lazarus et Folkman (1984), le coping centré sur le problème serait orienté vers l'action, dans le but de changer la relation entre la personne et la situation par le biais des actions qui auraient du succès ou non ; dans ce cas, c'est le fait d'avoir tenté de faire quelque chose qui compte* ». H. Chabrol, S. Callahan (2004 :100).

En somme, la première dimension centrée sur l'émotion permet au sujet de gérer les émotions conséquentes au stress. Le but est de diminuer l'impact émotionnel du stress. La seconde dimension se réfère aux actions qui sont déployées pour changer ou maîtriser quelques aspects d'une situation perçue comme stressante. On trouve dans cette catégorie le coping des stratégies spécifiques tel que l'effort accru dans la confrontation de l'évènement qui se traduit par les efforts pour changer la situation, la planification ou l'analyse logique.

« Le coping centré sur l'émotion regroupe des stratégies qui visent à réguler l'émotion associée à l'évènement stressant. Le coping centré sur le problème implique en revanche, des stratégies orientées vers le "management" de l'évènement ». H. Chabrol et S. Callahan (2004 : 100).

5.2 Classification de Billig et Moos en 1981 :

Ils optent pour une classification en deux types de méta-stratégies :

- Stratégies d'évitement : (avoidant coping) qui correspond à un mécanisme passif, le sujet cherche à fuir la situation, à s'écarter du problème, à oublier afin de ne plus être affronté par des émotions négatives. Il réoriente son attention vers des aspects extérieurs à la tâche (ex : distraction, répression, faible vigilance, évitement, déni, fuite, fatalisme, la minimisation, la résignation).
- Stratégies d'affrontement ou vigilant : (approach coping) dans lesquelles les individus se mobilisent pour faire face à l'évènement, et pour agir sur celui-ci (je me concentre sur l'évènement plutôt que sur la peur). Elles incluent l'attention, la sensibilité, l'implication, la réévaluation, attitude non défensive, résolution de problème.

5.3 Classification d'Endler et Parker en 1990 :

ils proposent une classification de trois dimensions :

- Un coping centré sur la tâche à résoudre : (taskoriented coping) : l'individu confronté à une situation de stress se mobilise par analyser le problème, rechercher des informations supplémentaires et tenter de trouver une solution.
- Un coping centré sur les émotions (émotion oriented coping) : Le plus urgent pour les personnes déployant ces stratégies, serait de trouver des possibilités de modérer l'intensité des émotions négatives. (Ex : je m'isole, je fuis, je cherche à parler à quelqu'un).
- Un coping centré sur l'évitement du problème (avoidance oriented coping) : n'étant pas motivé ou jugeant n'ayant pas les possibilités d'utiliser les autres stratégies, le sujet décide de contourner le problème.

5.4 Classification de Paulhan et Bourgois en 1995 :

Ils distinguent le coping actif du coping passif.

H.Chabrol, S. Callahan (2004), définissent le coping actif comme une action qui consiste à modifier directement les termes de la relation personne-environnement par la mise en place d'efforts comportementaux actifs, consistant ainsi à affronter le problème pour le résoudre. A l'opposé du coping actif, on trouve le coping passif qui correspond au choix de ne rien faire ouvertement. Cette inactivité face à un stresser est souvent associée à un état émotionnel négatif, tel que la dépression. Elle peut être aussi liée à une attitude de déni.

Nous pouvons conclure à travers les différentes classifications qu'il y a une similitude entre les stratégies évitantes et le coping centré sur l'émotion et les stratégies vigilantes avec le coping centré sur le problème. «Elles aboutissent le plus souvent à deux (voir trois) stratégies globales ou méta-stratégies : coping centré sur le problème (ou actif ou vigilant) et coping centré sur l'émotion (ou passif ou évitant). Dans certaines études, c'est l'évitement qui apparaît comme troisième méta-stratégie (Ender et Parker, 1990), dans d'autres, c'est la recherche du soutien social ». (M. B Schweitzer 2002 : 364).

La recherche de soutien social :

Elle est considérée comme une troisième stratégie. Il s'agit des efforts de la personne pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui. Il peut s'agir d'une recherche de conseils, d'aide matérielle ou d'information, tout comme d'une recherche de soutien moral ou affectif, de

compréhension... Schwetzer et B. Quintard (2001 :122), nous rapportent que les malades présentant une polyarthrite rhumatoïde qui sont relativement satisfaits du soutien social prodigué par leur entourage présentent un meilleur ajustement psychologique que les sujets qui en sont peu satisfaits. Cette stratégie *« correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui et ne doit pas être confondue avec le réseau social ni avec le soutien social... (et qui sont les caractéristiques réelles ou perçues de l'entourage social). Or ici, il s'agit de tentatives effectives d'une personne pour obtenir une écoute, des informations ou encore une aide sociale. C'est donc bien une stratégie de coping (qui suppose l'activité du sujet) et non une ressource simplement existante ou perçue »*. M. B. Schweitzer (2002 :359).

6. Théorie cognitive du stress et coping :

D'après Lazarus et Folkman (1985), les stratégies de coping sont élaborées dans un processus transactionnel mettant en jeu des évaluations successives. L'approche transactionnelle du stress et du coping conçoit ce dernier comme un ensemble de réponses à des situations stressantes spécifiques. Le terme « transactionnel » se réfère à la relation dynamique, mutuellement réciproque qui s'opère entre le sujet et l'environnement. Lorsque cette relation est évaluée par le sujet comme excédant ses ressources et menaçant son bien être, alors on parle de coping. C'est un processus dynamique qui change en fonction des situations et en fonction de la façon dont l'individu l'évalue. Ces évaluations constantes entre l'environnement et l'individu modifient les efforts cognitifs et comportementaux. *« L'évaluation est un processus cognitif par lequel un individu estime la situation à laquelle il est confronté, ainsi que les ressources dont il dispose pour faire face »*. G.N, Fischer (2006 : 119).

On distingue deux formes :

6.1. L'évaluation primaire : ou stress perçu :

« L'évaluation primaire par laquelle l'individu évalue ce qu'il y a en jeu dans la situation. Il peut s'agir d'une perte (corporelle, relationnelle, matérielle...), d'une menace (éventualité d'une perte) ou d'un défi (possibilités d'un bénéfice) ». I. Paulhan, M. Bourgois (2008 :47).

6.2 L'évaluation secondaire : ou contrôle perçu :

Il s'agit d'un inventaire des capacités que possède le sujet qui va mettre en oeuvre ses ressources personnelles pour faire face à la situation stressante. Cette étape n'intervient que si la

précédente a généré un stress pour le sujet. Le but est de mettre en place un certain nombre de stratégies afin de réduire l'impact physiologique et psychologique de l'évènement stressant et de réévaluer la situation.

« Ce type d'évaluation met en évidence que c'est la façon dont un individu pense et juge, non pas seulement les ressources existant objectivement, mais également la capacité de les mobiliser qui va déterminer ses stratégies de coping. Cette évaluation donne en particulier à des options diverses qui vont être envisagées, comparées, triées : demande d'aide, recherche d'information, acceptation ou fuite par rapport à la situation, etc. Cette phase oriente les formes d'ajustements ultérieures, et cela, en raison de l'estimation qu'un individu fera de sa capacité à agir ou non sur la situation ». G.N, Fischer (2006 : 120).

La figure ci dessous de D. Servant (2007 :157) représente la proposition de l'approche cognitive du stress de Lazarus dans laquelle il met en évidence que l'intensité du stress ne s'explique pas par la réponse mais par l'évaluation et la signification donnée à la situation par l'individu. Ces dernières vont définir la présence ou l'absence de stress.

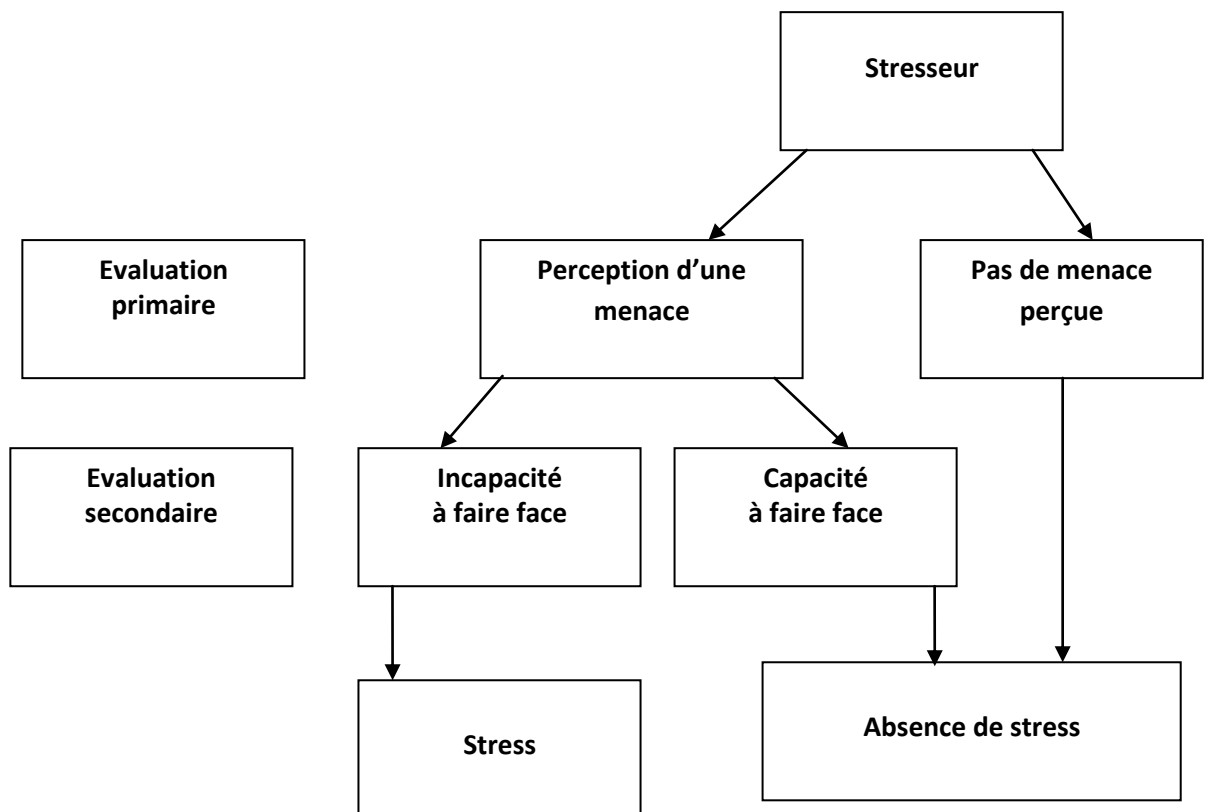


Figure 7 : la double évaluation du stress (Lazarus et Folkman, 1984)

L'évaluation cognitive est donc un phénomène subjectif, dont l'appréciation personnelle permet d'orienter les réponses face à la situation de stress. Lorsque la menace perçue est supérieure aux ressources, le stress apparaît.

7. Les facteurs déterminants du coping :

Dans les stratégies de coping interviennent un certain nombre de facteurs qui s'influencent mutuellement pour déterminer la façon dont le sujet va affronter la situation stressante.

Les auteurs ont des tendances différentes ; certains accordent l'importance aux déterminants dispositionnels reliés aux dimensions de la personnalité (caractéristiques cognitives et émotionnelles de l'individu), d'autres impliquent les caractéristiques situationnelles ou contextuels comme facteurs déterminants du coping.

7.1. Les facteurs contextuels ou situationnels :

Ils sont rattachés aux caractéristiques et particularités de la situation stressante qu'elles soient réelles ou perçues de l'environnement comme : le degré et la nature de la menace, la temporalité, la contrôlabilité, le contexte personnel et interpersonnel, (qualité du soutien social et disponibilité), la prédictibilité, l'ambiguïté et l'incertitude du problème. Par ailleurs, ces facteurs pris en considération dans le coping ne se limitent pas seulement aux caractéristiques objectives de la situation, mais ils sont liés aux caractéristiques subjectives telle que la situation est perçue.

« Les facteurs environnementaux ont un impact non négligeable sur l'évaluation que l'individu fait de ses capacités de contrôle, ce qui oriente le choix des stratégies de coping pour faire face à la situation. C'est pour cette raison que le coping est un processus changeant, momentané et qu'il est donc difficile de l'envisager comme un trait stable de personnalité » I. Paulhan (1992 :550).

7.2. Les facteurs dispositionnels :

Les auteurs qui prévalent les aspects de la personnalité montrent qu'il existe des styles de coping relativement stables qui déterminent les choix préférentiels des individus qui fait leurs différences individuelles. Chez l'adulte, les traits de personnalité orientent vers le mode de choix du coping.

Dans notre étude, vu que le processus maturatif n'est pas encore achevé et que la personnalité n'est pas encore structurée; le style d'attachement de l'enfant serait un facteur dispositionnel qui

déterminerait les choix préférentiels des stratégies de coping mises en œuvres par l'enfant face à une douleur chronique qui est considérée comme facteur stressant interne. En effet, comme nous l'avons déduit de notre étude précédente, un enfant ayant un style d'attachement sécure, a un coping actif, centré sur le problème ; par contre un enfant présentant un style d'attachement insécure ou ambivalent, a un coping passif, centré sur l'émotion.

« Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des évènements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci perçoit et les interprète, qui dépend des caractéristiques cognitives et conatives de chaque personne, ainsi que de son histoire (Cohen et al, 1983) » M.B. Schweitzer (2002 :361). Parmi les facteurs dispositionnels, on trouve :

Les facteurs cognitifs : dont les croyances de la personne (sur soi, ses capacités, ses ressources, le monde, ..), ses motivations générales, (valeurs, objectifs, intérêts), sa perception du lieu de contrôle (internalité/externalité) et plus généralement toutes les perceptions (auto-efficacité, optimisme, attributions). *« Les croyances tels que les croyances religieuses (l'évènement revêt le sens d'une épreuve imposée par Dieu et que l'on doit accepter) ou encore la croyance par l'individu en sa propre capacité de contrôle des évènements, ce que Rotter (1966) a appelé le « lieu de contrôle interne. »* I. Paulhan , M.Bourgois (2008 :47).

Les facteurs cognitifs englobent un ensemble de processus à partir et à travers lesquels on affronte un problème, un évènement, une situation difficile en fonction de la manière dont on les interprète, dont on les pense, dont on les perçoit, dont on les ressent.

Les facteurs conatifs : font référence aux traits de la personnalité plutôt stables dans le temps, ce qui expliquerait une certaine consistance des réponses de coping chez certaines personnes d'une situation à une autre. *« Ainsi, l'anxiété, le névrosisme et l'hostilité prédiraient des évaluations particulières (stress perçu, faible auto-efficacité perçue et des stratégies centrées sur l'émotion) ».* M.B. Schweitzer (2002 :360).

« Les personnes ayant une anxiété- trait faible perçoivent les évènements stressants comme moins menaçants et ont une plus grande prévision de contrôle que celles qui ont une anxiété- trait élevée » I. Paulhan , M.Bourgois (2008 :47).

- Par ailleurs, les sujets endurants pensent qu'ils sont capables d'agir sur le cours de leur vie, de surmonter les épreuves difficiles et de multiplier leur niveau de compétence dans la confrontation des évènements. *« L'endurance (hardiness) est un trait de personnalité caractérisé par la capacité de résistance d'un individu face à des situations particulièrement stressantes.*

Elle se traduit par des stratégies de coping actif basé sur la croyance dans sa capacité à maîtriser les évènements. Ce trait de personnalité, décrit par Kobasa (1982), comporte trois aspects : l'engagement, le contrôle et le défi ». G.N. Fischer (2006 :121).

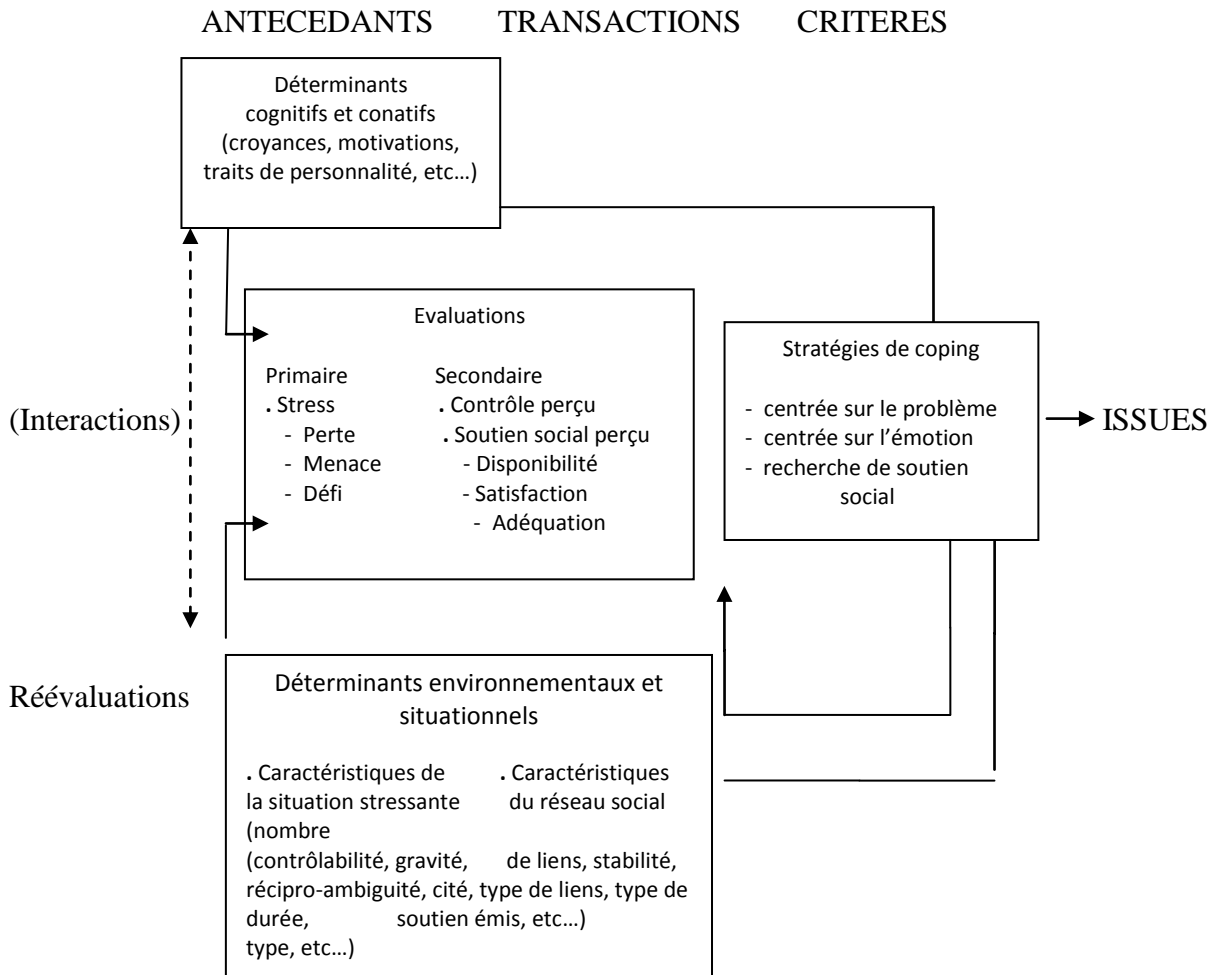


Figure 8 : Les stratégies de coping, aspects processuels et déterminants

8. Conclusion :

Le répertoire de coping s'acquière chez l'enfant de manière progressive. Ses réponses aux situations générant du stress diffèrent de celles de l'adulte. Les comportements du processus de coping des enfants sont particulièrement liés à leur adaptation psychologique. Notre étude porte sur l'enfant dont la personnalité n'est pas encore structurée. Les facteurs dispositionnels se réfèrent dans ce cas aux déterminants psychoaffectifs, cognitifs et conatifs (croyances, motivations...) qui doivent être pris en considération. « Les croyances auxquelles adhèrent les patients douloureux chroniques peuvent avoir une incidence sur leur préférence de coping, et,

*par voie de conséquence, leur vécu douloureux. A titre d'illustration, les personnes qui pensent que leurs douleurs sont mystérieuses et permanentes utilisent très peu de stratégies cognitives de « faire face » à la douleur efficaces (comme la distraction). Elles sont plutôt enclines à dramatiser, partant du principe que ce style de coping est inopérant. A contrario, les personnes qui croient que leurs douleurs chroniques sont compréhensibles et transitoires se sentent davantage capables de les gérer et tirent davantage profit des prises en charge cognitivo-comportementales qui leur sont proposées ».*F.Laroche, P.Roussel(35 :2012)

III. LES THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Introduction :

Les thérapies comportementales et cognitives sont nées dans les pays anglo-saxons à la fin des années 1950 et se sont développées progressivement en Europe et en France dans les années 1970.

« Les TCC représentent le point central d'articulation entre la psychologie de l'apprentissage, la psychologie du développement cognitif, la psychologie du développement émotionnel et la psychopathologie. En effet, ces thérapies ne s'attachent pas de façon étroite à l'étude d'un ensemble de réponses ajustées aux stimuli qui les déclenchent. Elles s'intéressent aux mécanismes d'acquisition des comportements normaux et pathologiques, les mécanismes étant les différentes formes d'apprentissage. La possibilité d'acquisition comportementale dépend de multiples agents dans le développement et malgré cette diversité, les TCC tentent de déterminer les chemins par lesquels un comportement a été acquis, les capacités cognitives étant reconnues comme conditionnant les possibilités d'apprentissage. Les TCC analysent d'une manière approfondie les nombreuses variables développementales, comportementales, émotionnelles et cognitives responsables des troubles psychologiques ». L.Vera (2009 :12).

La thérapie comportementale et cognitive est de plus en plus utilisée avec les patients souffrants de pathologies aussi bien mentales que somatiques. *« Elles concernent au premier plan les affections psychiatriques et les troubles psychologiques...mais elles trouvent aussi un champ d'application en médecine comportementale et préventive : douleurs chroniques, addictions, troubles liés au stress, acouphènes...Le praticien peut utiliser de nombreuses techniques, qu'il choisira en fonction du patient et de la qualité de la relation thérapeutique. »* J.Palazzolo (2007 :16)

Selon J.Cottreaux (2017), la douleur chronique est considérée comme une réponse opérante dont la modification peut être effectuée dans des cliniques de la douleur, qui combinent une approche par la thérapie comportementale et cognitive et les traitements pharmacologiques. Des interventions spécifiques de la TCC, telles que la relaxation, le biofeedback, la gestion du stress, le jeu de rôle, les méthodes de restructuration cognitive pour explorer et modifier les comportements de douleur et les interactions qui en résultent avec les autres et les soignants.

*« En effet, une méta-analyse (Morley et al., 1999) a démontré l'efficacité des TCC dans la douleur chronique. De trente études, elle a isolé vingt-cinq études de qualité suffisante. ».*J.Cottreaux (2017 :371)

L.Vera (2006) nous affirme que la différence majeure qui existe entre les modèles théoriques des TCC chez l'adulte et ceux concernant l'enfant, est la notion de renforcement ou d'apprentissage des conduites qui interviendront dans le développement cognitif, affectif et comportemental. Chez l'adulte, les fonctions psychologiques sont déjà constituées. Il s'agit donc surtout d'un travail psychothérapeutique de modification cognitive, comportementale et affective chez un individu déjà construit.

1. Les caractéristiques méthodologiques des thérapies comportementales et cognitives :

- Les stratégies des TCC se centrent sur le fonctionnement cognitif et comportemental du sujet, plutôt que sur une cause sous-jacente supposée. Le fonctionnement « inadapté » du sujet comme ayant été acquis essentiellement par des processus d'apprentissage. Les principes de la psychologie de l'apprentissage peuvent donc être utilisés pour modifier ce fonctionnement.
- La thérapie comportementale et cognitive implique l'établissement de buts clairement définis, et fixer des objectifs réalistes et précis, c'est-à-dire à la fois objectivables et quantifiables. Il s'agit de modifier telle situation, atténuer telle émotion ou changer tel comportement ou tel dysfonctionnement. Cette démarche permet d'apprécier les résultats des stratégies mises en place, et donc d'évaluer scientifiquement les résultats obtenus.
- Les caractéristiques relationnelles : Le thérapeute est actif et cherche à faire prendre un rôle actif au patient vis-à-vis de son trouble ; l'entretien implique une motivation mutuelle.

Le processus thérapeutique fait intervenir aussi bien le patient que le thérapeute. Ils sont tous deux acteurs importants. Il en découle un style relationnel très particulier retrouvé lors du

déroulement d'une thérapie comportementale et cognitive. L'aspect collaboratif de la démarche facilite la définition des buts contractuels et renforce systématiquement tout succès vers l'atteinte de ces buts. Le rôle du thérapeute est double s'inscrivant dans la prise en charge et dans la pédagogie. Le patient, au travers les tâches assignées, met en oeuvre entre les séances ce qu'il a appris. Son implication dans l'action est de ce fait fondamentale, au même titre que sa motivation au changement.

J.Palazzolo (2007) décrit l'esprit dynamique de la relation thérapeutique où le thérapeute adopte un style interactif (il explique, pose des questions, répond à celles du patient..). Il est pédagogue et explicite dans ses interventions ; collaboratif et égalitaire car il aide son patient à atteindre les mêmes objectifs. Elle est indiquée dans la douleur chronique.

➤ Les thérapies comportementales et cognitives permettent d'identifier, analyser et modifier les attitudes et représentations des patients ainsi que leurs comportements douloureux. La restructuration cognitive rejoint le principe et l'objectif de la modification des stratégies d'adaptation.

➤ Le comportement inadapté est considéré comme acquis par les processus d'apprentissage.

➤ Les TCC sont des méthodes thérapeutiques structurées dont la durée est généralement brève.

➤ Elles ont fait l'objet de plusieurs travaux dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs.

➤ Elles se centrent sur la nature du problème psychologique plutôt que sur une théorie ou une méthode.

➤ Elles accordent une grande importance aux méthodes et processus d'évaluation du sujet et de l'intervention.

➤ Elles utilisent des techniques précises qui ont été développées empiriquement.

➤ Elles visent directement le soulagement des difficultés. « *Le but principal des TCC chez l'enfant est la modification des comportements inadaptés ou pathologiques afin de lui restituer son autonomie et renforcer les fonctions organisatrices de sa personnalité. Vision constructiviste du changement chez le jeune où les fonctions psychologiques sont en cours de développement et défi thérapeutique afin de créer des stratégies thérapeutiques adaptées à l'enfant* ». L. Vera (2006 :13).

D'après J.Palazzolo (2007), l'approche cognitive est centrée sur les cognitions, c'est-à-dire les idées qu'un individu se fait à propos de lui-même, de son passé et de son avenir. De telles interprétations peuvent ainsi, largement déterminer les états émotionnels du sujet ainsi que son comportement. L'approche comportementale selon cet auteur consiste en l'utilisation –dans le but

de modifier une conduite inappropriée- des principes de l'apprentissage établis expérimentalement - les comportements inadaptés sont émoussés et supprimés, les comportements adaptés sont favorisés et renforcés.

2. Fondement théoriques des thérapies cognitivo-comportementales :

Deux courants ont façonné les TCC : Les théories de l'apprentissage (la vague comportementale) et les modèles cognitifs du traitement de l'information (la vague cognitive). Les TCC ont ainsi réuni les thérapies comportementales et les thérapies cognitives lors des années 70 en intégrant les techniques comportementales et celles du traitement d'information.

La troisième vague émotionnelle a débuté dès les années 1990 dont la thérapie dialectique comportementale de Marsha Linehan (2000) ; la thérapie des schémas de Young (2005) ; la thérapie de pleine conscience développée par Segal (2002-2006) et la thérapie d'acceptation et d'engagement de Hayes (1999).

Ces courants qu'ont connus les TCC, appelés aussi vagues se sont succédés chronologiquement pour arriver de façon superposées après s'être rencontrés d'où le nom vagues.

2.1. Les modèles cognitifs :

La naissance de l'approche cognitive s'inscrit au moment où le modèle théorique prédominant dans l'histoire de la psychologie, à savoir le behaviorisme ou comportementalisme, rend compte de ses faiblesses et de ses limites. C'est donc en partie le behaviorisme qui a donné naissance à la psychologie cognitive mais aussi en empruntant à des théories extérieures, telles que la théorie de l'information, la linguistique, ce qui allait devenir plus tard, l'intelligence artificielle avec l'avènement de l'ordinateur.

« L'approche cognitive en psychologie suppose l'existence d'un ensemble de processus mentaux entre le stimulus et la réponse : le sujet, après réception d'une information va mettre en place des processus de saisie, de codage, de stockage et d'utilisation de l'information. Au modèle béhavioriste S-R, se substitue un modèle cognitif prenant appui sur le paradigme du « système de traitement de l'information ». V. Bescher-Richard (2000 : 12).

Les théories cognitives se sont développées principalement avec l'apport d'Aaron Beck, 1959, sur la dépression qui est fondé sur la triade : cognition sur soi, sur le monde et sur l'avenir. Beck

fonda la théorie cognitive qui, par un ensemble de techniques, conduit à la mise en évidence et la modification des cognitions dépressogènes. « *Au sens large, la thérapie cognitive consiste en toutes les approches qui soulagent la souffrance grâce à la correction des perceptions et des auto-signaux erronés. Cependant, mettre l'accent sur la pensée ne doit pas ternir l'importance des réactions émotionnelles, qui sont généralement la source immédiate de souffrance. Il faut simplement admettre que nous atteignons les émotions du patient au travers de ses cognitions. En corrigeant les croyances erronées, il nous est possible d'atténuer ou de modifier les réactions émotionnelles excessives et inappropriées.* » A.Beck (2010 :172)

L'hypothèse principale pour A. Beck est que les pensées négatives contribuent à maintenir la dépression puisque les pensées et émotions dysfonctionnelles interagissent et se renforcent mutuellement. Ce qui constitue la base théorique des thérapies cognitives.

Ces thérapies se sont étendues ensuite à d'autres pathologies. Elles font références aux modèles cognitifs fondés sur l'étude du traitement de l'information : processus de pensées conscients et inconscients qui filtrent et organisent la perception des événements qui se déroulent dans l'environnement. La thérapie cognitive met l'accent sur le rôle des cognitions et des émotions et de leurs interactions dans la genèse et le maintien des troubles psychologiques. Il existe plusieurs niveaux de cognitions : les pensées automatiques, les erreurs de logique (ou distorsions cognitives), les schémas (ou postulats).

2.1.1. Les pensées automatiques :

Les pensées automatiques négatives sont les éléments de base de la thérapie cognitive. Elles peuvent apparaître sous forme de monologues ou dialogues internes, d'auto énoncés automatiques et négatifs qui donnent un sens aux situations vécues. Ces pensées paraissent réalistes au sujet ; La croyance dans la réalité des pensées est souvent optimale. « *Les pensées automatiques consistent en « un dialogue interne », ou des « monologues intérieurs » qui bloquent la communication interpersonnelle et reflète les émotions. Ces cognitions représentent donc la « voie royale vers l'émotion » selon l'expression de Beck. Elles permettent de libérer l'anxiété, la colère, la tristesse : sentiments que le sujet évite sans s'en rendre compte* ». J. Cottraux (2004 : 47).

D'après A.Beck (2010), le terme de pensées inadaptées s'applique à une idéation qui interfère avec ses capacités d'adaptation aux événements de vie de façon à rompre de manière incongrue

l'harmonie interne, et qui produit des réactions émotionnelles inappropriées ou amplifiées, qui sont génératrices de souffrance.

*« Les idées négatives du patient contribuent aux autres symptômes de la dépression, comme la tristesse, la passivité, l'autocritique, la perte du plaisir, et les envies suicidaires. Selon un cercle vicieux, la pensée négative, les affects désagréables et les motivations autodéfétistes se renforcent mutuellement ».*A.Beck (2010 :208)

Le but des thérapies cognitives est de désapprendre les schémas de pensées erronés ou négatifs pour les remplacer par des cognitions plus adaptées et positives. Elles ont pour principe que l'idée provenant de croyances erronées entretient la détresse émotionnelle de l'enfant. La restructuration cognitive est la technique la plus utilisée dans cette technique. Elle consiste à apprendre à l'enfant à modifier ses pensées dysfonctionnelles, à les remettre en question et à développer des pensées alternatives plus adaptées.

Les TCC ont pour objectif aussi de renforcer les motivations à ne plus avoir mal, d'apprendre l'autocontrôle et les stratégies de coping adéquates, de développer l'affirmation de soi.

2.1.2. Les distorsions cognitives :

« Elles sont représentées par un ensemble d'erreurs logiques qui peuvent être petit à petit mises à jour à partir de l'examen avec le patient de ses pensées automatiques ». I.M. Blackbrun. Cottraux (2004 :29).

Les pensées automatiques négatives, les postulats de bases, les règles et croyances centrales sont souvent présents malgré l'existence d'évidences contraires. Selon Selligman et coll(2005), dans le modèle de Beck, il est attendu que les erreurs cognitives biaisent l'information et accroissent la possibilité que les symptômes dépressifs se développent. Pour cela, il conviendra dans le cadre de la douleur de les repérer avec l'enfant et de déterminer également les différents biais cognitifs (ou erreurs de logique) qui contribuent à maintenir la manière de penser du patient :

- L'inférence arbitraire est l'erreur de logique la plus fréquente et la plus générale. Elle consiste à déduire sans avoir de preuves ; *« Il s'agit de conclusions qui sont faites sur la base d'informations inadéquates »* J.Cottraux (2017 : 90) ;
- La surgénéralisation : il s'agit d'élargir, et d'étendre à partir d'un fait ou d'un incident ou expérience désagréable isolée, toutes les autres situations problématiques : *« personne ne m'aime », « personne ne me comprend », « les traitements ne sont pas efficaces ».*

- La personnalisation qui consiste à ce que l'enfant s'attribue la responsabilité des évènements, surestime les relations entre les évènements défavorables et lui-même. « *Tout ce qui peut avoir trait à la vulnérabilité individuelle, l'échec, l'incapacité, à la dépendance, et à l'agressivité et / ou l'indifférence des autres sera ainsi relié automatiquement à la responsabilité personnelle du sujet* » J.Cottreaux (2017 : 90)
- La maximalisation ou magnification qui consiste à ce que l'enfant attribue une très grande valeur aux échecs tout en minimisant ses réussites. « *Elles consistent à attribuer une plus grande valeur aux échecs et aux évènements négatifs et à dévaloriser les réussites et les situations heureuses* » J.Cottreaux (2017 : 90)
- L'abstraction sélective : il s'agit à partir d'une situation donnée, de se focaliser sur un aspect ou un détail défavorable, de l'isoler de son contexte et de faire abstraction à tout le reste. Il en découle que la signification globale de la situation n'est pas perçue.

Les distorsions cognitives se traduisent cliniquement et en général par des évènements cognitifs marqués par un style de pensée dichotomique (tout ou rien). « *Le sujet s'enferme dans l'alternative du tout ou rien et se soumet à un ensemble d'impératifs catégoriques particulièrement tyranniques ; il n'est rien, s'il n'est pas ce qu'il devrait être ; il ne vaut rien, il n'a pas tout ce qu'il devrait avoir. Il n'y a pas de modulation possible entre les idéaux grandioses et souvent vagues, et le sentiment d'impuissance à les atteindre. Le sujet s'enferme alors dans l'inaction ; l'improductivité viendra secondairement justifier les postulats, car l'inactivité entraîne l'échec : c'est la prédiction négative qui se réalise. La pensée de l'échec entraîne l'échec dans la réalité.* » J.Cottreaux (2017 : 90)

2.1.3. Les schémas cognitifs :

La cognition est le produit de l'ensemble du traitement de l'information. La mémoire de l'individu est constituée d'informations qu'il a encodées tout au long de sa vie. Pour des raisons liées à des expériences personnelles, cet encodage privilégie des schémas de pensée plus ou moins réalistes et plus ou moins efficaces qui l'amènent à organiser et à vivre son expérience présente. La notion de schéma renvoie à la mémoire à long terme et à l'organisation des connaissances.

« *Le terme de schéma a été introduit en psychologie par Kant, dans la critique de la raison pure, puis repris par Piaget (1964) pour décrire la construction de la pensée. Les schémas dont parle*

Beck (1976) sont liés essentiellement à des émotions et sont faits de croyances et d'interprétations. » J.Cottreaux (2017 :61)

D'après Young 2013, les schémas cognitifs représentent les croyances profondes sur nous-mêmes et sur le monde qui sont acquises dans la tendre enfance. Ils possèdent trois caractéristiques. La première est que les schémas sont des thèmes qui prennent racine dans l'enfance et se répètent tout au long de la vie comme la méfiance, l'adandon, la dépendance... La seconde est le fait que les schémas ont un mécanisme autodestructeur ; il affecte notre identité, notre santé, notre humeur, nos relations avec autrui...enfin, la troisième caractéristique est que les schémas luttent pour leur survie.

*« Les schémas nous conduisent à voir certaines situations sous un angle erroné. Ils déclenchent nos modes cognitifs ».*J.Young, J.Kolosko (2013 :24)

La notion de schémas cognitifs s'est développée avec Jeffret Young, psychologue américain. Elle est issue de la thérapie cognitive qui fut mise au point par Aron Beck. Entre(1990-1999), Young s'est intéressé plus finement aux schémas cognitifs. Il a élaboré une nouvelle thérapie qu'il a nommé « thérapie des schémas ». Elle se base sur la reconnaissance et la modification des schémas dysfonctionnels. Cette approche thérapeutique originale est intégrative. Elle a combiné des techniques cognitives et comportementales à des techniques psychanalytiques, la théorie de l'attachement, la gestalt-thérapie et des techniques existentielle-humanistes.

« La thérapie des schémas est en plein essor, et son efficacité commence à être reconnue grâce à des études rigoureuses récentes (Giesen-Bloo, 2006) » L. Chaloult (2008 :13)

D'après I.Young (2005), il s'agit d'une expansion de la thérapie cognitive et comportementale qui insiste sur l'exploration de l'origine des problèmes dans l'enfance et l'adolescence, sur des techniques émotionnelles, sur la relation thérapeutique et sur les styles d'adaptation dysfonctionnels.

*« Les thérapies cognitives sont fondées sur la notion des schémas, structures imprimées par l'expérience sur l'organisme, stockées dans la mémoire qui traite l'information de manière inconsciente, c'est-à-dire automatique. Les schémas représentent des interprétations personnelles de la réalité qui influencent les stratégies individuelles d'adaptation dans la mesure où ils traduisent une attention sélective à des évènements ».*Q. Debray (2005 : 14)

Notre intérêt d'agir sur les schémas dans la prise en charge de la douleur chronique et le fait que chaque personne donne un sens, une représentation, une cognition à un affect. Il s'agit de schéma cognitif. La thérapie cognitive vise à modifier les pensées et les raisonnements dysfonctionnels, qui proviennent des schémas dysfonctionnels. La douleur induit une émotion qui est transformée en phénomène mental. Les schémas dont parle Beck représentent les interprétations personnelles de la réalité qui ont une influence sur les stratégies individuelles d'adaptation. J. Cottraux, 2007, définit le schéma cognitif comme une structure imprimée par l'expérience sur l'organisme qui va engendrer un traitement spécifique de l'information provenant de l'environnement ou des états somatiques.

J. Young (2005) définit un schéma inadapté précoce comme un modèle ou un thème important et envahissant. Il est constitué de souvenirs, émotions, cognitions et sensations corporelles concernant soi-même et ses relations avec les autres. Il se constitue au cours de l'enfance ou de l'adolescence et s'enrichit tout au long de la vie de l'individu. Il est dysfonctionnel de façon significative.

« Les schémas contiennent un ensemble de règles inflexibles ou « postulats silencieux » qui se présentent sous une forme impérative. Ces postulats sont implicites, rarement conscients, et guident les jugements que le sujet porte sur lui-même. La perte de l'estime de soi, l'indécision, le pessimisme, le désespoir irréaliste et l'apparition de rêves lugubres ne sont que la traduction clinique de la perturbation du traitement de l'information par les schémas. Le passage des schémas (structures profondes) vers des événements cognitifs (structures superficielles) se fait par l'intermédiaire des processus cognitifs dont la distorsion traduit une perturbation profonde et stable des mécanismes de la pensée logique ». J. Cottraux (2004 :84).

Les postulats peuvent se présenter sous une forme conditionnelle exemple : « si je suis malade, je n'ai pas de valeur et donc je suis rejeté » ; ou inconditionnelle et impérative par exemple : « je dois tout le temps et toujours être en bonne santé pour être aimée par tous le monde ».

« Les deux postulats principaux se traduisent par des règles de conduite (« je dois »).

- La soumission pour obtenir ou conserver l'affection des autres (« je dois toujours et partout être aimé sincèrement et approuvé par toutes les personnes que j'estime importantes sinon je ne vauds rien »). Si être en relation avec les autres risque d'aboutir à la perte d'approbation, le postulat va aboutir à un retrait social et au conformisme,

- *Le postulat perfectionniste (« je doit prouver tout le temps et toujours que je suis compétent dans la vie, sinon je ne vauds rien »).*J. Cottraux (2004 :170).

2.1.3.1. Le rôle des expériences précoces dans la constitution des schémas inadaptés :

J.Young (2005) a observé quatre types d'expériences de vie précoce qui concourent à la constitution des schémas inadaptés :

1/ La frustration des besoins fondamentaux tels que la stabilité, la compréhension et l'amour qui induit des schémas de Manque affectif ou d'Abandon.

2/ La traumatisation ou la victimisation où l'enfant est maltraité ou victimisé qui développe en conséquence un schéma de Méfiance /Abus, d'Imperfection/Honte, ou de Peur du danger ou de la maladie.

3/ L'excès de satisfaction des besoins : l'enfant choyé et hyperprotégé qui développe un schéma de Dépendance/Incompétance ou l'enfant n'ayant aucune limite d'autonomie qui développe le schéma de Droits personnels exagérés/Grandeur.

4/ L'internalisation ou l'identification sélective avec des personnages importantes ou l'enfant internalise certaines pensées, émotions, expériences et comportements et en fait des schémas et d'autres deviennent des styles d'adaptation.

2.1.3.2. Les schémas cognitifs inadaptés :

J.Young définit 18 schémas précoces inadaptés ; nous nous basons sur les 13 schémas de l'enfant que nous évaluerons selon l'échelle de Young à savoir : L'abandon, la méfiance, l'incompétence, la carence émotionnelle, l'isolement, l'autocontrôle insuffisant, le sacrifice de soi, sens moral implacable, l'attachement, la vulnérabilité, la dépendance, l'inhibition émotionnelle, et enfin la peur de perdre le contrôle.

La thérapie des schémas se déroule en deux étapes : une étape de diagnostic qui identifie les schémas inadaptés et informe leur action, la seconde consiste au changement qu'on appelle assouplissement. Selon J.Young (2005), un schéma ne disparaît jamais complètement. La thérapie permet d'obtenir qu'il soit moins souvent activé et que l'affect négatif qui l'accompagne soit moins intense et moins prolongé. C'est ce que nous avons envisagé de faire dans notre étude. Il s'agit d'introduire un recul vis-à-vis des cognitions dysfonctionnelles, d'apprendre au patient à

modifier sa manière de percevoir la douleur, à corriger la manière dont il l'interprète et à remettre en question ses cognitions pour arriver à des interprétations plus justes et plus réalistes.

3. Les stratégies thérapeutiques dans une TCC :

Pour la réalisation de notre travail, nous avons emprunté certaines techniques et stratégies des thérapies comportementales et cognitives dont les plus importantes sont :

3.1. Les stratégies visant à modifier les réponses physiologiques :

3.1.1. Apprentissage de la relaxation :

La relaxation n'a d'autres effets que le relâchement musculaire et l'évasion mentale par une diminution de l'activité du système nerveux sympathique. Son but est d'apprendre à obtenir un état de détente physique et psychique (contrôle de la respiration, de la fréquence cardiaque) permettant de réduire et de maîtriser les symptômes anxieux. Il existe différentes sortes de relaxation. La relaxation nécessite trois étapes :

1. Reconnaissance et identification d'une contraction puis relâchement musculaire correspondant. Cette prise de conscience s'effectue dans toutes les parties du corps.
2. Relâchement des muscles non concernés par l'effort.
- 3) Prise de conscience à tout moment de la vie quotidienne de toutes tensions musculaires à un trouble affectif ou émotionnel. Le sujet détend alors les muscles concernés et une répercussion positive se fait aussitôt sentir sur le mental. C'est la détente musculaire qui fait la détente psychique. Elle s'appuie uniquement sur une démarche d'observations objectives concernant le lien entre le tonus musculaire, les émotions et l'activité mentale et ne fait appel à aucune suggestion, ce qui la différencie du training autogène.

3.1.2. Apprentissage des méthodes de contrôle respiratoire :

C'est une méthode qui consiste à prévenir l'hyperventilation (respiration rapide et/ou profonde) qui par une diminution de CO_2 sanguin, provoque des symptômes (vertiges, sensation de faiblesse, palpitations, oppressions thoraciques...) pouvant augmenter l'anxiété par une interprétation erronée. D. Servant (2005) décrit la pratique de l'exercice qui se fait en position assise, les consignes sont les suivantes :

- expliquer le rationnel et l'intérêt de contrôler sa respiration ;
- procéder à l'auto-évaluation (compter le nombre de respirations sur une minute) ;
- contrôler le rythme : appliquer un rythme sur 6 s (3 s pour l'inspiration, 3 s pour l'expiration, puis 1 2 3 pour l'inspiration, puis 1 2 3 pour l'expiration, puis 1 2 3 pour l'inspiration et se dire mentalement « Relaxer ». Le but est d'aboutir à une fréquence de 10 mn ;
- privilégier la respiration abdominale en mettant une main sur la poitrine (qui ne bouge pas, et une main sur le ventre (qui gonfle) ;
- pratiquer une auto-évaluation journalière (grille hebdomadaire) ;
- s'entraîner tous les jours matin et soir ;
- utiliser dans la vie de tous les jours une fois la technique acquise.

3.2. Les stratégies visant à modifier les réponses comportementales :

Le conditionnement classique : modification des comportements douloureux en travaillant sur les facteurs de maintien tel que l'anxiété, en travaillant sur la relaxation afin de réduire les tensions musculaires.

Le conditionnement opérant : Le conditionnement opérant ou instrumental est un processus d'apprentissage impliquant le changement de la probabilité d'une réponse par manipulation des conséquences de celle-ci. Il permet une analyse du comportement observable dans ses relations et ses conséquences, et de ce fait, de clarifier toutes les variables en jeu. Le comportement de la douleur peut favoriser des gains secondaires ; la manière de se comporter, en état douloureux, peut elle-même augmenter ou diminuer la perception de la douleur. Le comportement de douleur renforcé positivement peut augmenter la perception de la douleur.

L'assignation de tâches à domicile : « *Elles représentent l'occasion pour le patient de transférer les habiletés et les idées de la situation thérapeutique à la vie de tous les jours* » L. Vera (2009 :100).

L'autoévaluation : utilisation d'échelles, du tableau de trois (situation, émotion, cognition), puis de quatre colonnes (la quatrième concerne l'idée alternative).

3.3. Les stratégies visant à modifier les réponses cognitives :

3.3.1. La restructuration cognitive :

« La restructuration cognitive permet avant tout de rendre la personne plus consciente de ses pensées et de ses croyances dysfonctionnelles, ce qui l'incitera à commencer à les modifier »

L. Chaloult (2008 :299)

Elle comprend plusieurs étapes : Après une démarche d'observation et d'identification, vient celle d'évaluation et enfin celle de modification des pensées dysfonctionnelles et des schémas sous-jacents.

1- Identifier les cognitions en les mettant en relation avec les émotions :

- En utilisant le modèle du tableau de Beck des trois colonnes : situation, émotion, cognition, pensée alternative:nous nous sommes basé sur une Fiche d'autoévaluation des pensées automatiques de Cottraux (2004).En situation de douleur par exemple, les pensées sont perçues comme produit cognitif, ce qui permet une distanciation. Son avantage est de prendre conscience puis réduire, les pensées perturbantes et désorganisatrices qui induisent des émotions négatives pour arriver enfin à favoriser des pensées positives qui incitent l'enfant à l'auto-efficacité et à la valorisation de ses capacités à jouer un rôle actif « qu'est ce que je peux faire ? ».
- Evaluer le niveau de croyance une fois que l'enfant a noté dans sa troisième colonne ses pensées automatiques associées à la douleur ; il associe son niveau de croyance : cette estimation est réalisée en utilisant une échelle en pourcentage de 0 (pour 'pas du tout convaincu') à 100% (pour 'absolument convaincu').
- Modifier les cognitions ne veut pas dire leur abolition mais une prise de distance afin de s'en protéger. Il s'agit pour l'enfant de réévaluer de manière plus réaliste et envisager d'autres interprétations possibles, en développant des cognitions alternatives. L'utilisation le modèle du tableau de quatre colonnes de Beck : situation, émotion, cognition, cognition alternative tout en réévaluant le degré de croyance sur un pourcentage de 0 à 100% serait favorable à l'accomplissement de cette tâche.

3.3.2. La méthode des flèches descendantes :

Elle consiste, à partir de monologue intérieur (pensées automatiques) habituel de la patiente, de demander quelle est la pire conséquence ; une fois le matériel verbal obtenu, on demande quelle

en sera la conséquence. Cette technique permet également de mettre en évidence les idées automatiques et de les mettre en relation avec les émotions éprouvées. « *La flèche descendante va dans le sens des pensées automatiques au lieu de les corriger ; ainsi, le postulat est mis à jour* » C. Mirabel-Sarron et B. Rivière (1993 : 89).

3.3.3. La méthode socratique :

D'après J. Cottraux (2004) cette méthode consiste à aider le patient à résoudre son problème sans prêcher ni imposer une solution. Il faut donc pratiquer le questionnement (l'ironie socratique : ironie en grec = question) plus que les jugements moraux ou donner des conseils directs. La forme interrogative est donc typique des interventions du thérapeute : « est-il bien toujours vrai que... ? » ; « n'y a-t-il pas d'autres solutions ? » ; « peut-on dire toujours cela ? » ; « est-ce une règle générale sans exception aucune ? » ; « si on considère le point de vue opposé, qu'est-ce qu'on pourra dire ?... »

- Le feed-back : il permet de lever les éventuelles ambiguïtés et d'éclaircir les attitudes émotionnelles. « *Il s'agit par définition, d'une rétroaction opérée par le thérapeute ou par le patient afin d'augmenter la probabilité de mise en œuvre d'un comportement. C'est donc un renforcement positif. Beck, dans son guide thérapeutique, utilise aussi ce terme dans un sens proche de reformulation. Ce feed-back, tel qu'il est défini par Beck, répond à plusieurs objectifs : il permet de s'assurer que thérapeute et patient suivent une même direction ; ils débattent bien le même problème* ». C. Mirabel-Sarron et B. Rivière (1993 :54).

4. Les aspects pratiques d'une thérapie comportementale et cognitive :

4.1. Les grandes étapes d'une TC :

- La phase A : il s'agit d'une phase évaluative sans intervention thérapeutique :
 - Recueil de données (entretien diagnostique, anamnèse...),
 - Entretien semi structuré d'analyse fonctionnelle et élaboration d'une hypothèse fonctionnelle de la compréhension du trouble (conceptualisation). « *L'analyse fonctionnelle (ou analyse comportementale) permet de définir et de comprendre le fonctionnement singulier d'une personne, actuellement et dans le passé. Il s'agit d'une approche qualitative... Le but de l'analyse fonctionnelle est de déterminer pour une séquence comportementale le déclenchement (antécédents) et les facteurs de maintien (conséquences) qui font qu'elle se répète dans un*

environnement donné...Principalement, trois systèmes sont explorés : le système moteur, le système cognitif, le système physiologique et émotionnel » J. Cottraux (2004 : 106).

La conceptualisation est l'hypothèse émise à propos psychologique du patient ; c'est la compréhension de la souffrance de l'individu en fonction des mécanismes comportementaux et cognitifs. L'analyse fonctionnelle a pour but de déterminer une ligne de base, une conceptualisation interactive qui relie le comportement problème aux cognitions, aux émotions ressenties, à ses antécédents et ses conséquences. L'analyse fonctionnelle s'avère indispensable pour définir une intervention thérapeutique efficace.

- Une évaluation quantitative des troubles à travers l'utilisation d'échelles psychométriques choisies en fonction du trouble, de l'âge.
- Elaboration d'un contrat thérapeutique (définition de l'objectif principal de la thérapie et la détermination des techniques utilisées).
- La phase B : il s'agit de la mise en place du traitement thérapeutique proprement dit et réévaluation des résultats.
 - La phase C : Elle consiste au maintien des acquis, prévention des rechutes.

Conclusion :

La thérapie cognitive et comportementale, par son approche centrée sur l'ici et le maintenant, vise à ce que l'enfant améliore sa qualité de vie en adoptant une attitude de décentration en retrouvant un sentiment de contrôle sur sa vie et en développant des moyens de faire face à sa douleur. Les TCC comme stratégies d'intervention, requièrent des changements cognitifs et émotionnels dont le but est d'accroître les possibilités d'autogestion de l'enfant, ce qui renvoi à adopter un coping actif.

IV THEORIE DE L'ATTACHEMENT :

Introduction :

L'attachement est un modèle important pour comprendre l'adaptation de l'enfant. Parmi les facteurs de vulnérabilité à l'anxiété et à la dépression, l'attachement a fait l'objet de plusieurs

études. Notre penchant sur la théorie de l'attachement est son apport théorique et ses nombreux concepts de base relatifs à l'étiologie des affects négatifs. La théorie cognitive de Beck considère notamment que l'anxiété et la dépression sont initialement déclenchés par des évènements négatifs.

Ce postulat théorique commun est étayé par les postulats empiriques révélant des processus cognitifs erronés communs à l'anxiété et la dépression.

Notre étude a pour objectif d'évaluer et comparer les styles d'attachement avec la perception douloureuse et par conséquent, avec la vulnérabilité anxieuse et dépressive, sachant que la douleur chronique peut en être le facteur favorisant. L'étude vise également à évaluer les liens entre la qualité des interactions mère/enfant, l'attachement et la perception douloureuse de l'enfant.

Le lien d'attachement mère/enfant fait référence aux aspects relationnels qui aident à réguler le stress de l'enfant ainsi que son sentiment d'insécurité. La qualité de la régulation des affects de peur par les liens d'attachement est fondamentale pour que l'enfant détourne son attention des problèmes de menace et de sécurité pour s'investir dans des accomplissements développementaux comme l'exploration, l'apprentissage et le jeu.

Les travaux de recherche dans le domaine de la théorie de l'attachement suggèrent que les stratégies d'intervention axées sur la qualité des interactions mère/enfant peuvent améliorer la relation d'attachement et ainsi de contribuer et prévenir l'apparition de problèmes d'adaptation chez les enfants malades chroniques. De ce fait, pourquoi pas dans la perception de la douleur chronique dans notre étude ?

1. Historique :

La notion d'attachement, en psychologie, se réfère généralement à la conceptualisation théorique du psychiatre et psychanalyste britannique John Bowlby (1907-1990). Il a fait ses études en médecine à Cambridge puis c'est à Londres qu'il s'est spécialisé en psychiatrie. Observant les enfants placés en orphelinat, Bowlby se rend compte que l'attachement est un aspect crucial du développement de la personnalité de l'enfant et détermine la façon dont il interagit avec autrui.

La théorie de l'attachement a connu un très grand succès en psychologie du développement. Elle est née à la fin des années cinquante, de la rencontre de la psychanalyse et l'éthologie, puis a connu un enrichissement ouvrant ainsi d'autres perspectives, notamment les sciences cognitives et la cybernétique : théorie des systèmes de régulation. Elle a suscité un nombre considérable de

recherches qui ont permis de rendre compte de l'importance des premières relations tout au long de la vie.

L'attachement n'apparaît pas comme une caractéristique propre au nourrisson ni à la personne qui s'en occupe ; mais plutôt comme un modèle d'interactions affective et comportementale. *« Durant le cours du développement normal, le comportement d'attachement aboutit à la constitution de liens affectifs ou d'attachement, au début entre l'enfant et ses parents, et par la suite entre un adulte et un autre adulte. Ces formes de comportement et le lien auquel elles conduisent sont présentes et actives tout au long de la vie (et ne sont pas du tout limitées à l'enfance comme d'autres théories le considèrent) »* J. Bowlby, (1984 :59).

« Bowlby (1988) a envisagé les applications de la théorie de l'attachement à la psychothérapie. En effet, de nombreux patients en psychothérapie présentent des modèles d'attachement désorganisés et non sécurisés...Jeffrey Young (2005) a fondé, en partie sur les travaux de Bowlby, sa classification des schémas et sa thérapie des schémas destinée aux patients borderline ». J Cottreaux (2017 :73)

Selon cet auteur(2017), le développement émotionnel de l'enfant part de l'attachement pour aller vers l'autonomie et l'individuation. Un attachement stable à la mère(ou un autre personnage) est un besoin émotionnel de base qui précède et favorise l'indépendance.« *La notion de modèle de travail interne est en grande partie fondée sur l'interaction entre l'enfant et la mère ou un autre personnage principal d'attachement. Si la mère reconnaît le besoin de protection de l'enfant, tout en respectant aussi son besoin d'indépendance, l'enfant sera à même développer un modèle de travail interne où il se reconnaît comme valable et compétent. L'on est proche du concept actuel du schéma cognitif.*»J Cottreaux (2017 :73)

2. Les fondements de la théorie de l'attachement:

La théorie de l'attachement fut élaborée les années cinquante dans un contexte de l'après guerre par John Bowlby. Engagé au début de la guerre comme psychiatre militaire, il s'est particulièrement intéressé aux conséquences des séparations précoces mère/enfant suite à quoi, il fut désigné par l'OMS pour mener une enquête et prendre en charge les orphelins de guerre.

En 1950, il devient consultant pour l'OMS concernant les questions de santé mentale des enfants sans foyers. Bowlby s'est d'abord intéressé aux effets de la carence de soins maternels sur le développement de la personnalité. Ses observations l'ont éloigné des conceptions psychanalytiques pour proposer un nouveau cadre théorique qui privilégie la relation

mère/enfant. Bowlby propose un modèle théorique du développement et du fonctionnement de la personnalité basé sur l'instinct qu'il distingue de celui de Freud basé sur la théorie des pulsions.

Pour S. Freud, le premier besoin de l'enfant est la nourriture sur quoi s'étaye la relation objectale. La théorie Freudienne de l'étayage décrit l'existence d'une pulsion primaire basée sur la satisfaction des besoins oraux et physiques, qui secondairement donnent naissance à une pulsion dirigée vers la création d'un lien d'attachement.

Bowlby énonce que le premier besoin de l'enfant est le besoin de contact avec l'autre. La construction des premières relations répond à un besoin biologique fondamental qui ne dérive pas de la satisfaction des besoins alimentaires. Ainsi la théorie de l'attachement primaire va à l'opposé de la conception Freudienne de l'« étayage », pour laquelle le lien affectif se construit secondairement, à partir de l'expérience de la satisfaction des besoins.

Il est défini par Bowlby en tant que fonction biologique qui vise la survie de l'espèce. C'est un lien affectif permanent, émotivement significatif, exclusif et provoquant la recherche de proximité. Le lien est réciproque entre mère/enfant et sera à l'origine de sécurité extérieure, mais d'abord intérieure. Les variables permettent de mesurer le type et le degré d'attachement chez l'enfant :

- 1/ Le besoin de proximité physique comme base de sécurité,
- 2/ La capacité d'exploration et d'autonomie,
- 3/ L'existence d'un rapport d'attachement en cas de stress
- 4/ La présence d'une réaction de protestation en cas de rupture.

2.1. Apport de l'éthologie :

Bowlby fut influencé d'autre part, par l'éthologie et sa méthode d'observation directe du comportement dans le milieu naturel; principalement par les travaux de l'autrichien Konrad Lorenz(1903-1989) sur l'empreinte chez les oies. Lorenz a pu montrer que les oies peuvent identifier leurs semblables, en particulier la mère, et la suivre (réaction de poursuite) après éclosion. Certains animaux comme l'oie, s'attachent de manière irréversible au premier objet en mouvement qu'ils voient ; expérience démontrée sur un leurre (canard en carton). Qu'elle soit biologique ou un objet de substitution, c'est au court de cette réaction de poursuite que le jeune canard apprend à identifier de façon sélective les caractéristiques de sa mère.

L'animal présente même des réactions de détresse en l'absence d'objet lui offrant un contact. Bowlby fut influencé aussi par un autre éthologue américain Harry Harlow (1958) qui a étudié l'impact de la privation de la présence maternelle chez les singes. Son expérience consistait à exposer les bébés macaques rhésus à différentes situations de maternage. Il laissait dans la cage deux substituts maternels : en peluche, en acier. Privés de leur mère, les petits s'attachent à une mère substitut en peluche qui procure un contact agréable et chaud ; Ils s'attachent plus si elle est mobile qu'à une mère substitut allaitante faite en fil d'acier dont le contact est désagréable. Il a souligné le rôle essentiel du contact tactile et conclu que la privation maternelle et l'isolement social ont une incidence négative sur les comportements individuels et sociaux à court et à long terme.

Dans le même sens, le psychanalyste René Spitz (1945), met l'accent sur les séquelles graves, consécutives à la séparation, dont les carences affectives et l'hospitalisme. Il observa aux Etats-Unis une centaine de nourrissons abandonnés qu'il identifia chez les bébés qui étaient séparés de leurs mères.

Bowlby conclut que le besoin d'attachement est primaire et occupe une place aussi nécessaire à la survie que le besoin de s'alimenter. L'hypothèse proposée par Bowlby repose sur la théorie du comportement instinctif. Elle postule que le lien de l'enfant à sa mère est le produit de l'activité d'un certain nombre de systèmes comportementaux qui ont pour résultat prévisible la proximité de l'enfant à sa mère.

Le système d'attachement paraît comme un système motivationnel, comportemental. La relation privilégiée qui lie l'enfant avec sa mère résulte de l'activation d'un certain nombre de comportements génétiquement déterminés, acquis au cours de l'évolution, et qui contribuent à la survie de notre espèce. Ces comportements d'attachement sont organisés en système, une notion empruntée à la cybernétique. Bowlby a tiré de la cybernétique cette idée centrale d'homéostasie, c'est-à-dire que l'être humain maintient son équilibre par une autorégulation en fonction de son environnement. Un système est constitué de comportements coordonnés qui ont des traits spécifiques est une fonction adaptative. La principale fonction du système d'attachement est de protéger l'enfant en permettant d'établir la proximité physique avec la mère. Bowlby a donc adopté un mode d'approche définie par quatre caractéristiques :

- Sa méthode est prospective, à l'opposé de l'approche psychanalytique qui se base sur la reconstruction rétrospective.

- Elle s'est focalisée sur un seul agent pathogène qui est la séparation avec la mère et les séquelles qu'elle peut engendrer.
- Elle s'est basée sur l'observation directe des enfants.
- Elle s'est inspirée et a utilisé des données de l'espèce animale.

2.2.Mary Ainsworth et la situation étrangère :

Mary Salter Ainsworth (1913-1999), élève de Bowlby, psychologue clinicienne canadienne, installe fermement la théorie de l'attachement à travers son étude empirique en Ouganda en 1954. Ses travaux ont éclairci le domaine des relations d'attachement et ont donné lieu aux types d'attachement que nous développerons plus loin. Ses expériences sur 28 bébés durant neuf mois, se sont basées sur l'observation directe appelée « situations étranges ». Son étude a porté sur les effets de séparation et de sevrage à partir de l'observation qui lui a permis de parvenir à catégoriser et à hiérarchiser divers schèmes de comportement.

En 1969, Ainsworth décrit pour la première fois la situation étrange dans une publication puis dans son ouvrage de 1978. Ce dispositif expérimental évalue de façon qualitative, le type d'attachement de l'enfant à l'âge de douze mois. Durant ce test de laboratoire, l'enfant est exposé à de très brèves séparations d'avec sa mère et mis en présence d'une personne non familière. Sept épisodes successifs, durant trois minutes chacun, s'enchaînent dans un ordre préétabli, censé activer le système d'attachement avec une intensité croissante :

- 1/ L'enfant est seul avec son parent dans la pièce d'expérimentation et d'enregistrement où se trouvent quelques jouets ;
- 2/ Ils sont rejoints par une personne inconnue de l'enfant comme du parent,
- 3/ La personne étrangère ayant capté l'attention de l'enfant, le parent quitte la pièce, laissant en présence l'enfant et l'inconnu(e),
- 4/ Le parent revient et l'inconnu s'en va,
- 5/ Le parent quitte lui-même la pièce 3 minutes plus tard, laissant l'enfant seul,
- 6/ L'inconnu revient,
- 7/ Le parent en même temps que l'inconnu s'en va.

Cette suite d'épisodes devrait engendrer une tension graduelle permettant à l'observateur de se rendre compte de la manière dont l'enfant organise son comportement envers la figure d'attachement, lorsqu'il fait l'expérience d'une situation troublante. Les épisodes sont filmés puis les comportements de l'enfant sont analysés de façon globale (catégorisation d'attachement) tandis que chaque épisode est coté grâce à des échelles interactives (qui concernent à la fois l'attitude de l'enfant et le comportement de l'adulte).

3. Les catégories d'attachement :

Les enfants sont ainsi classés selon trois catégories d'attachement :

- Les enfants sécures
- Les enfants insécures « évitants »
- Les enfants « ambivalents-résistants »

1/ Les enfants sécures : 66% des enfants manifestent un attachement dit sécure ; ils protestent lors du départ de leur mère ; ils n'activent leur systèmes d'attachement qu'en cas d'absence de la mère (danger potentiel). Ils s'interrompent du jeu pour manifester leur joie et retrouvent leur calme et leur envie d'explorer très rapidement, après le retour de la mère. *« Lors de la situation étrangère, les enfants dont l'attachement est « sécurisant » explorent librement la salle de jeu en présence de leur mère, faisant de nombreuses « vérifications » en jetant des regards en leur direction ou en émettant des vocalisations à leur intention et en partageant leur expérience avec elle (par exemple, montrer un jouet et vocaliser à son sujet). Leur exploration diminue toutefois lorsque la mère quitte la pièce et l'expression manifeste de la détresse lors des épisodes de séparations varie selon les enfants « sécurisants ». Cependant, ces enfants peuvent accueillir leur mère de façon positive à leur retour ou, lorsqu'ils sont en détresse ; rechercher le contact avec elle et l'utiliser de manière efficace afin de retourner à l'exploration ».*

L'enfant sécure accepte d'être consolé par la mère qui est réparatrice et répondante et sensible aux besoins de l'enfant.

2/ Les enfants insécurisés évitants : 22% manifestent un comportement dit « évitant » ; ils ne protestent pas ou peu lors du départ de la mère et réagissent peu à son retour (apparence indifférente) qui détournent leur attention de leur mère pour se focaliser principalement sur leur environnement. Leur apparente tranquillité, avec une absence de préoccupation pour leur sécurité, résulte d'une attitude défensive qui consiste à ne rien attendre d'autrui afin de ne pas

être déçu. Ils apprennent à ne pas prendre leurs sentiments en compte. Pour éviter de se sentir dépendants de leurs proches, ils tentent de se suffire d'eux-mêmes.

3/ Les enfants insécurisés ambivalents-résistants : qui exagèrent leurs signaux d'attachement pour attirer l'attention sur eux : ils montrent une grande détresse lorsque la mère quitte la pièce, et lorsqu'elle y revient. Ces enfants vivent une relation de dépendance avec leur mère, ce qui les empêche de s'investir ailleurs. « *Toutes les études menées depuis la création de ce protocole sont concordantes et retrouvent, malgré les différences culturelles, les mêmes proportions de répartition des types d'attachement dans les populations considérées à priori comme normales, ne consultant pas sur les troubles de l'enfant : environ deux-tiers d'attachement sécure, et un tiers d'attachement insécure, (« évitant » dans 20% des cas et « résistant » dans 10 à 20% des cas* ». A Guedeney, J-F Allilaire (2001 :31).

4. Les grands principes de la théorie de l'attachement :

La théorie de l'attachement se base sur les principes suivants :

- L'attachement est un phénomène instinctif et biologique : il est universel chez tous les humains. Le lien entre l'enfant et sa mère serait selon cette théorie l'expression d'un besoin d'autrui primaire, c'est-à-dire non dérivé d'un autre, s'appuyant sur des comportements innés, qui ont une fonction de protection du bébé, incapable d'assurer seul sa survie.

Le principe central de la théorie de l'attachement est que la relation réciproque mère/enfant est une fonction biologique. Elle vise principalement à accroître les chances de survie du nourrisson en l'incitant à rechercher la proximité de la personne qui s'occupera de lui. « *En tant que catégorie de comportement avec sa propre dynamique, le comportement d'attachement est compris comme étant distinct du comportement alimentaire et du comportement sexuel, et d'une signification au moins égale dans la vie humaine* ». J. Bowlby, (1984 :58). La seconde dimension centrée sur l'émotion permet au sujet de gérer les émotions consécutives au stress. Le but est de diminuer l'impact émotionnel du stress.

- La relation d'attachement prend en considération les aspects émotifs de la dyade mère-enfant. Selon Bowlby, il est important que l'enfant éprouve une certaine sécurité émotionnelle (felt security) et se forge des modèles internes opérants. La séparation non désirée avec la figure d'attachement déclenche habituellement une détresse émotionnelle.

La sécurité de l'attachement repose sur la réceptivité et l'accessibilité de la mère. Une fois établie, la sécurité de la relation de l'enfant avec sa mère ou un autre fournisseur de soin est très stable à long terme et permet, selon des recherches, de prédire d'autres aspects du développement infantile comme les compétences interpersonnelles et les aptitudes à la résolution des problèmes.

- l'aspect hiérarchique et sélectif de la relation : principalement focalisée sur la dyade mère-enfant, la théorie de l'attachement s'est ensuite étendue à celle constituée par le père et son enfant, puis à un ensemble de figures proches de l'enfant (fratrie, pairs, ...).

5. Les concepts de base du phénomène de l'attachement :

5.1. Le comportement d'attachement :

Selon N et A Guedeney (2002), il désigne des données observables. Comportements désignés à favoriser la proximité. Ils reflètent l'intérêt de l'enfant pour l'interaction comme les pleurs, le sourire, le babil, l'accrochage « *Outre l'aspect comportemental, la notion de comportement d'attachement se définit comme une unité fonctionnelle de comportement. Ce n'est pas la spécificité du comportement qui importe mais surtout le comment et la finalité de ce comportement* ». N et A Guedeney (2002 : 16)

La notion de proximité fait référence à une notion spatiale, qui est ici la distance modulable entre l'enfant et la figure d'attachement. Tout ce qui favorise la proximité, en donnant un sentiment de sécurité, appartient au comportement d'attachement.

5.2. La figure d'attachement :

La figure d'attachement est la cible des comportements d'attachement visant à obtenir la sécurité. Progressivement définie, elle désigne : « *Une figure vers laquelle l'enfant dirigera son comportement d'attachement. Sera susceptible de devenir une figure d'attachement, toute personne qui s'engage dans une interaction sociale animée avec le bébé et durable, et qui répondra facilement aux signaux et à ses approches* » N et A Guedeney (2002 : 17).

La théorie de l'attachement avance qu'en situation de détresse devant laquelle l'enfant ne peut pas composer, l'activation de son système d'attachement l'amène à rechercher la proximité de ses figures d'attachement, ce qui implique une réelle recherche de sécurité (souvent vers les parents). « *L'enfant a une tendance innée à s'attacher spécialement à une figure, ce qui signifie*

que, dans un groupe stable d'adultes, une figure deviendra une figure d'attachement privilégiée (Holmes, 1995) « N. A. Guedeney (2002 :17).

5.3. Le système d'attachement :

Il se réfère à un ensemble de comportements d'attachement et de systèmes motivationnels majeurs. Il y a un objectif externe à établir, la proximité physique avec la figure d'attachement en fonction du contexte. *« L'enfant contrôle son environnement immédiat (monitoring), interprète les indices en cas de détresse et d'effroi ; il recherche la proximité avec la figure d'attachement » N.A. Guedeney (2002 :17).*

Les éléments activateurs du système sont toutes les conditions impliquant un danger ou entraînant un stress (tout stimulus effrayant, par ex : la présence d'étrangers, la solitude, l'absence de la figure d'attachement, ...). L'élément extincteur du système ou stimulus de l'activation du système est la proximité avec la figure d'attachement ou le contact. Le système d'attachement est d'abord considéré comme un thermostat éteint ou activé, puis envisagé comme un système constamment activé en veilleuse : sous certaines conditions, le système d'attachement fortement activé, ce qui conduit l'enfant à chercher et à n'être satisfait que par le contact ou la proximité avec la figure d'attachement.

En revanche, lorsque les conditions sont perçues comme normales, l'enfant est libre, oriente ses activités vers d'autres buts, même si le système continue de contrôler l'environnement comme possible source de stress.

5.4. La notion de sécurité et de base de sécurité :

L'émotion qui a une importance secondaire dans les premiers travaux de Bowlby, agit comme cause première dans l'activation du système d'attachement. Bowlby a commencé la chaîne de causalité et revint aux processus perceptifs qui peuvent provenir de soit, de l'environnement ou de la figure d'attachement.

« Les émotions les plus positives spécifiques de la théorie de l'attachement sont le sentiment de sécurité (safety), la notion de bien-être et de confort qui en découlent. On pourrait ainsi dire que la proximité est un indice extérieur spatial qui renvoie à l'état intérieur de sécurité, qui est lui, un état émotionnel subjectif interne. C'est la double notion de proximité et de sécurité qui définit l'objectif externe et interne du système d'attachement » N. A Guedeney (2002 : 21).

La notion de sécurité amène au concept de base de sécurité qui signifie la confiance dans l'idée qu'une figure de soutien protectrice, sera réceptive, accessible et disponible, et ceci quelque soit l'âge de la personne. On voit comment la proximité physique, nécessaire au début de la vie, devient progressivement un concept mentalisé et émotionnel et rejoint celui d'accessibilité.

6. Le développement des relations d'attachement :

Les comportements d'attachement apparaissent progressivement au cours du développement, puis se modifient en évoluant avec l'âge. Pour Bowlby (1969), le développement de l'attachement peut être divisé en quatre phases :

- **Première phase** (de la naissance à 2-3 mois) : L'orientation et les signaux sans discrimination de figure. L'enfant émet des comportements d'attachement de manière indifférenciée sans distinction entre les différentes personnes de son entourage ; il s'oriente préférentiellement vers des stimuli venant de personnes qu'il ne distingue pas. On parle alors de *prés attachement*.

L'orientation vers une personne, la poursuite visuelle, le sourire et le babil sont autant de comportements qui sont déjà présents au cours de cette phase. Après 3 mois, l'intensité de ces réponses s'accroît.

- **Deuxième phase** (de 2 à 6-7 mois) : L'orientation et les signaux sont dirigés vers une personne discriminée (ou plusieurs) ; Le bébé commence à distinguer les différentes personnes de son entourage et il peut utiliser certains de ses comportements d'attachement pour obtenir la proximité physique avec une personne. Les comportements d'attachement sont plus souvent dirigés vers une personne en particulier, celle qui prodigue les soins nécessaires à l'enfant.

- **Troisième phase** (à partir de 7 mois) : C'est le maintien de proximité avec une figure discriminée au moyen de locomotion aussi bien que d'autres signaux : A partir de 7 mois, une relation d'attachement à une personne privilégiée, le plus souvent la mère, s'installe. Elle s'accompagne généralement de manifestation de détresse lors des séparations. En effet, la discrimination est de plus en plus marquée et le répertoire comportemental de l'enfant s'élargit. Par exemple, le bébé est devenu capable de suivre sa figure d'attachement et l'accueille avec joie à son retour. Il commence également à l'utiliser comme base de sécurité à partir de laquelle il explore le monde.

Cependant, on observe des changements dans les conditions qui suscitent les comportements d'attachement. Ainsi, les enfants apprennent peu à peu à repérer les circonstances d'un départ

imminent. Enfin pour Bowlby, au cours de cette phase, d'autres personnes peuvent être choisies comme figures auxiliaires.

- **Quatrième phase** : Après trois ans, les enfants deviennent de plus en plus capables de se sentir en sécurité à l'extérieur du milieu familial, avec des figures auxiliaires et en l'absence de la principale figure d'attachement. Pour Bowlby, cette assurance s'accroît avec l'âge bien que les comportements d'attachement constituent, après trois ans, une grande partie du comportement de l'enfant. Ensuite, l'attachement diminue mais persiste pendant les premières années scolaires. A l'adolescence, l'attachement aux parents diminue encore mais d'autres individus vont prendre une importance égale, voire plus importante que les parents.

« Au cours de l'adolescence l'attachement d'un enfant à ses parents diminue. D'autres adultes peuvent prendre une importance égale ou même plus grande que celle des parents, et l'attirance sexuelle pour les contemporains commence à entrer en jeu. Il en résulte que la variation individuelle qui était déjà grande devient encore plus grande ». J. Bowlby (1978 : 282).

*« Dans la maladie et le malheur, les adultes deviennent souvent exigeants à l'égard des autres ; en cas de danger inattendu ou de désastre, l'individu recherche presque toujours la proximité avec une autre personne connue et en laquelle il a confiance. Dans de telles circonstances, il est généralement admis que l'accroissement du comportement d'attachement est naturel ».*J. Bowlby, (1978 :283).

7. Les modèles internes opérants :

Dès son plus jeune âge, l'enfant intérioriserait des séquences d'évènements auxquels il a participé et formerait des attentes ou « modèles » relatifs au déroulement des relations avec des personnes nouvelles. Ainsi, l'enfant se représenterait les comportements et intentions des autres à la lumière de ce qu'il a connu dans son milieu familial. Bowlby parle de modèles (de fonctionnement interne) de soi et des autres et va s'inspirer du terme proposé par K. Craik, en 1943 : « Internal working model » (modèle internalisé/interne opérant).

Le principe d'un système de représentations sous-tendant l'attachement a permis une compréhension beaucoup plus sophistiquée des différences individuelles. En 1969, Bowlby a introduit le concept de « Modèle Interne Opérant », les « MIO », pour désigner les modèles de relation qu'a l'enfant avec son entourage familial. L'enfant retient l'effet sur les autres en émettant des signaux d'attachement ou des séquences d'interaction qu'il a eu avec ses proches.

On dit que ces modèles sont opérants, dans le sens qu'ils influencent la perception que l'enfant a de son environnement affectif et en cela, ils agissent sur son comportement.

Au fil des interactions avec son fournisseur de soin privilégié, l'enfant intériorise la relation et se forge « un MIO », qui englobe ses perceptions de lui-même et les attentes de sa figure d'attachement. Ce modèle influence la façon dont l'enfant interprète les événements, mémorise l'information et perçoit les situations sociales. Les MIO servent de schémas mentaux pour les relations futures. Ils déterminent les croyances d'un enfant par rapport au monde qui l'entoure. Il s'agit d'un système de croyances rigide, fixe et inconscient dont l'enfant se sert pour interpréter toutes ses relations : parents, pairs, fratrie, enseignants... L'enfant formerait simultanément un modèle de soi comme étant plus ou moins digne d'être aimé et un modèle d'autrui qui renvoie à sa perception des autres comme étant plus ou moins sensibles et attentifs à ses besoins.

Conclusion : Quand la mère est incapable d'être « suffisamment bonne », l'enfant ne parvient pas à installer sa sécurité affective sous le contrôle de la relation émotionnelle à l'autre. Il est alors carencé d'un besoin fondamental qui est celui de pouvoir « s'appuyer » sur une présence stable, rassurante, protectrice mais aussi et surtout « contenante ». Une mère sensible serait disponible et consciente des indices d'émotions les plus subtiles chez son enfant. Elle interpréterait correctement ces indices et éprouverait de l'empathie pour son enfant, ses réponses sont alors appropriées, ce qui reflète dans la qualité de ses interactions avec son enfant.

La douleur chronique est une condition entraînant un stress, élément activateur du système d'attachement. L'élément extincteur du système ou stimulus de l'activation du système est la proximité avec la figure d'attachement ou le contact. Le système d'attachement est d'abord considéré comme un thermostat éteint ou activé selon que l'enfant perçoit la situation comme menaçante ou pas, mais aussi et d'un autre côté si la figure d'attachement est en mesure d'être sensible et de percevoir à son tour le stress de l'enfant et d'y répondre de manière adéquate. Le système d'attachement, concept de l'homéostasie comportementale est fortement activé en cas de douleur et de maladie.

CHAPITRE III
METHODOLOGIE DE
L'ETUDE

CHAPITRE III

METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1. Introduction :

Dans ce chapitre nous exposons les procédures méthodologiques choisies pour mener notre étude. Nous aborderons successivement l'approche de l'étude, les instruments de mesure utilisés, les critères d'évaluation, le choix de la population, le protocole thérapeutique élaboré et appliqué et enfin les limites méthodologiques et terminons par les difficultés rencontrées lors de la réalisation de ce travail.

2. Méthodes de recherche :

L'approche méthodologique que nous avons utilisée dans notre étude est la méthode quasi-expérimentale.

Afin de vérifier l'efficacité d'une technique thérapeutique appliquée, des chercheurs ont proposé les protocoles de cas individuels qui permettent de montrer la relation causale entre une intervention thérapeutique et les résultats obtenus. En 1976 Hersen et Barlow ont proposé cette méthode qui consiste à prendre le sujet comme son propre témoin « *Les protocoles de cas individuels consistent à prendre le sujet comme son propre témoin et à l'évaluer au cours de phases tantôt d'une intervention, tantôt de diverses interventions comparées à des phases de non-intervention* » M-Bouvard, J.Cottraux (2010 :17)

Le protocole le plus utilisé en clinique est le protocole A-B, considéré comme quasi-expérimental, qui compare une ligne de base sans intervention (phase A) à une intervention psychothérapeutique (phase B). « *Protocole A-B quasi expérimental comporte au moins trois phases : • une ligne de base (ou de référence) qui apprécie le comportement avant tout traitement (phase A). Sa durée varie suivant la nature du problème étudié, ou le caractère éthique de la non-intervention...*

- *une phase de traitement où est mise en place la procédure thérapeutique (phase B) ;*
 - *une phase de suivi où est évalué le maintien des changements comportementaux obtenus. La comparaison par inspection des courbes représentant la variable choisie permet d'émettre l'hypothèse que c'est l'intervention thérapeutique qui a été responsable des résultats obtenus. »*
- Inserm (2004 :15).

Nous avons opté pour cette méthode dans la réalisation de notre étude. Elle répond aux objectifs de la recherche qui voudrait proposer, appliquer puis mesurer et vérifier l'efficacité d'un protocole thérapeutique de l'enfant douloureux chronique centré sur les thérapies comportementales et cognitives. Le choix méthodologique est motivé aussi par sa concomitance aux phases de la thérapie comportementale et cognitive que nous avons choisie dans l'étude.

La phase A : Il s'agit d'une phase pré-test. Elle est évaluative sans intervention thérapeutique.

La phase B : C'est la phase test, post-test. Elle comprend deux tâches : La première consiste en la mise en place du traitement thérapeutique proprement dit c'est-à-dire l'application du protocole thérapeutique de l'enfant douloureux chronique qui est centré sur les thérapies comportementales et cognitives. La seconde tâche post-test vise l'évaluation des résultats afin de vérifier l'efficacité du protocole thérapeutique.

La phase de suivi consiste en une continuité de la thérapie en fonction des cas dont le but et le maintien des acquis.

3 Déroulement des séances :

L'étude s'est déroulée au service de pédiatrie du centre Hospitalo-Universitaire de Sidi-Bel-Abbès. La prise en charge s'est étalée sur 12 mois. Le nombre des séances était de 20 pour chaque cas réparti en trois phases de la prise en charge. La durée de chaque séance était de 30 à 45 minutes chacune.

4 Les critères d'évaluation :

- la dépression
- les schémas cognitifs
- la douleur
- Le coping
- L'attachement
- Lieu de contrôle

5 Les instruments de mesure utilisés dans l'étude:

Nombreuses sont les échelles d'évaluation des symptômes, des comportements et des processus psychothérapeutiques qui mettent en relation les variables de l'étude. Nous avons sélectionné

celles qui répondent le mieux aux critères de notre échantillon ainsi qu'aux composantes du protocole que nous avons élaboré. Les instruments utilisés ont été validés.

5.1 L'échelle composite de dépression pour enfant (MDI-C) : de D.J.Berndt et C.F.Kaiser et de D.J Berndt et C.F Kaiser 1999 :

Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation dérivé de l'Inventaire Composite de Dépression pour Adultes (MDI ; Bernt, 1986) qui permet à l'enfant d'exprimer ses sentiments et croyances personnelles ; il nous permet ainsi d'accéder à son mode émotionnel et plus particulièrement à la dépression.

La version américaine de la MDI-C, étalonnée sur 854 enfants et adolescents, a été traduite en français ; il a été administré de manière collective sur 427 enfants et adolescents âgés de 8 à 17 ans répartis dans toute la France dans différents types d'établissements (collèges, lycées).

Le MDI-C est le premier test de dépression rédigé avec des groupes d'enfants dans un langage simple. Etalonné sur un groupe d'enfants et adolescents âgés de 8 à 17 ans. C'est une échelle qui permet en fonction de l'âge et du sexe d'établir un profil de huit dimensions.

Elle a une particularité de se centrer sur huit axes qui caractérisent les troubles de l'humeur.

L'échelle MDI-C se comporte de 79 items, présentés sous forme de courtes phrases rédigées dans un format de réponse de type vrai/faux. L'enfant est invité à cocher une des deux réponses proposées.

Elle permet d'obtenir des notes sur les huit sous-échelles ainsi qu'une Note Totale mesurant la sévérité globale de la dépression. Le score obtenu pour chacune des échelles se présente sous trois formes : une note brute, un percentile et une note T. Ces scores sont placés sur un profil qui facilite l'appréhension globale du MDI-C.

L'échelle MDI-C fut traduite en langue arabe par Melle S.Guenaneche dans le cadre d'un mémoire de Master 2 en psychologie, spécialité : Evaluation de la personnalité ; intitulé : « Calcul des caractéristiques psychométriques de l'échelle de dépression chez les enfants MDI-C. Etude pratique sur des élèves du cycle primaire et moyen de la commune de -Mouley Slisel- à Sidi-Bel- Abbès ».

L'échelle MDI-C fut appliquée sur un échantillon de 150 élèves âgés entre 08 et 17 ans.

L'analyse statistique a révélé que cette échelle possède un bon niveau de validité et d'un niveau de fidélité élevé. L'étude a conclu que l'échelle est adaptée sur une population d'enfants algériens.

Le temps de passation : est de 15 à 20 mn

Notre choix du MDI-C est motivé justement par les huit dimensions recherchées, qui sont notées séparément et qu'on pourrait mettre en relation avec les stratégies d'ajustement. Aussi, l'évaluation de l'anxiété et de l'estime de soi nous épargnent l'utilisation d'autres échelles qui alourdiraient la consultation et le travail. En effet, la note totale d'anxiété de la MDI-C a été fortement corrélée (69) aux résultats de l'échelle d'auto-évaluation de l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent : la R-CMAS.

Les huit sous-échelles mises en évidence à travers le MDI-C sont :

- *L'anxiété* : elle comprend 11 items mesurant les aspects somatiques et cognitifs de l'anxiété.
- *L'estime de soi* : elle comprend huit items qui traduisent la perception de soi.
- *L'humeur triste* : elle comprend huit items reflétant l'état affectif actuel de l'enfant.
- *Le sentiment d'impuissance* : elle renferme 11 items mesurant la perception qu'a l'enfant ou l'adolescent de sa propre capacité à gérer ses situations personnelles ou sociales.
- *L'introversion sociale* : elle comprend 10 items et reflète la tendance au repli sur soi face aux situations sociales et des contacts sociaux.
- *Faible énergie* : elle comprend 08 items et mesure l'intensité cognitive de l'enfant et sa vigueur somatique.
- *Le pessimisme* : elle renferme 09 items qui mesurent la vision qu'a l'enfant de son avenir et l'étendue de son découragement.
- *La provocation* : sous-échelle comprenant 13 items mesurant les problèmes de comportement et l'irritabilité.

Interprétation de la Note Totale et les notes aux sous échelles : Pour chacune des sous échelles MDI-C, y compris pour la Note Totale, il y a trois niveaux d'interprétation :

- les notes T comprises entre 56 et 65 : indiquent des niveaux symptomatiques en relation avec une dépression faible à modérée,
- les notes comprises entre 66 et 75 : indiquent des symptômes modérés à sévères,
- les notes supérieures à 75 : indiquent des symptômes sévères.

Chaque item pour lequel la réponse « dépressive » a été choisie (cette réponse est celle inscrite sur la feuille de cotation présente en annexes), il suffit de faire une croix dans la case correspondante. Puis pour chaque colonne, additionner le nombre de croix et reporter les totaux dans la case appropriée au bas de la page. Il suffit d'additionner ces totaux comme il est indiqué (A+A', SE+SE', etc.) pour obtenir les notes brutes des huit échelles de la MDI-C.

Il faut ensuite additionner les notes des huit échelles pour obtenir la Note Totale. Si la réponse à l'Indicateur de risque suicidaire (item 45) est « vrai », il faut cocher la case « positif » à l'endroit approprié et ajouter 1 à la Note Totale.

Il faut par la suite convertir les notes brutes en notes standardisées en utilisant la feuille de profil qui existe distinctement pour les filles et les garçons en sections d'âges différents. (Voir tableau des notes brutes, percentiles et notes T en fonction du sexe et de l'âge ainsi que la feuille de profil en annexes 6-7).

5.2. Le (Pediatric Pain Coping Inventory) PPCI : de Verni et al traduit et validé par Spicher ; instrument standardisé pour la mesure systématique de faire face à la douleur pédiatrique.

C'est un instrument standardisé d'évaluation des stratégies de faire face pour les enfants atteints de douleurs chroniques qui a vu le jour en 1996 au sein de l'école de médecine de l'université de San Diego, en Californie, aux Etats Unis pour sa version initiale en langue anglaise. La création du questionnaire repose sur le modèle bio-socio-comportemental en douleur pédiatrique. La traduction et la validation de la version francophone ont été réalisées en 2002 par P.Spicher dans le cadre d'une thèse de doctorat en psychologie à l'université de Fribourg en Suisse. Pour sa validation, l'inventaire de douleur IPPA fut appliqué sur une population de 267 enfants âgés entre 5 et 14 ans, ayant vécu des douleurs musculo-squelettiques conséquentes à des maladies rhumatismales. La version francophone comporte 41 items.

Il est à relever que le coping en matière de douleur a été largement étudié chez l'adulte dans le domaine des douleurs chroniques. Le CSQ (Coping Strategy Questionary) fut réalisé par Rosentiel et Keefe en 1983, remodelé par Lawson et Keefe en 1990.

Les recherches ont apporté leurs fruits, en 1989, Verni a développé le concept du modèle bio-comportemental en douleur pédiatrique.

Cet instrument comporte des questions ouvertes assurant une expression large des stratégies ; Il contribue à la compréhension conceptuelle des différences individuelles de la perception douloureuse.

Suite à une analyse statistique factorielle en composantes principales, le PPCI opte pour une solution à cinq facteurs :

- L'auto-instruction cognitive,
- L'auto-efficacité dans la solution des problèmes,
- La distraction,
- La recherche de support social,
- L'impuissance apprise.

Les résultats de cette recherche prouvent avec une évidence certaine que le PPCI est un instrument conceptuellement validé et comportant une fidélité interne suffisante pour l'estimation des stratégies de coping de faire face à la douleur pédiatrique.

Présentation de l'échelle PPCI :

C'est une échelle auto-évaluative. Elle est constituée de 41 items, formés de phrases courtes formulées avec des termes simples et clairs. L'enfant doit choisir entre trois réponses : jamais, parfois ou souvent. Les items répondent à cinq facteurs distincts :

1/ L'auto-instruction : cette échelle inclut des réalisations internes qui correspondent au niveau du développement cognitif de l'enfant (items : 12, 22, 23, 24, 31, 32, et 40 ; ex : 12 : je me dis que je dois être courageux, 23 : je prétends que je ne souffre pas).

2/ La résolution de problème : cette échelle inclut des actes manifestes qui permettent à l'enfant de contrôler sa douleur (items 1, 2, 11,15, 26,27, 30, 33 et 35 ; ex : 1 : je vais au lit, je demande un médicament).

3/ La distraction : cette échelle inclut les items qui tendent à détourner l'attention de l'enfant lorsqu'il expérimente la douleur (items : 6, 8, 9, 10, 14, 16, 17et 18 ; ex : 8 : je regarde la télé, 10 : je mange ou je bois quelque chose).

4/ La recherche d'un support social : cette échelle inclut les items qui montrent que l'enfant cherche de l'aide, du réconfort ou de la compréhension de la part de ses parents, des pairs ou des autres personnes (items : 3, 4, 7, 13, 28, 29, 37, 38 et 39 ; ex : 7 : je joue avec mes amis ; 39 : je demande à quelqu'un de me dire que ma douleur va partir et que je vais me sentir mieux).

5/ Le catastrophisme et l'impuissance apprise : cette échelle inclut des items qui font ressortir la victimisation et le sentiment d'impuissance dépassant la douleur (items : 5, 20, 21, 25, 36 et 41 ; ex : 5 : je cris ou je pleure ; 20 : je pense que ça va empirer).

Le questionnaire rempli, il suffit d'additionner les nombres entourés de 0 à 2, par facteur. Ainsi, on additionne le nombre des items : 1, 3, 4, 5, 8, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39 et 41 pour le facteur **F1** ;

Les items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 pour le facteur **F2** ;

Les items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 pour le facteur **F3** ;

Les items : 2, 11, 20, 32, et 34 pour **F4**.

Puis, grâce à la feuille d'étalonnage selon le sexe, on trouve les notes transformées selon la formule similaire de l'écart réduit qu'on doit alors reporter dans le graphisme de la feuille de profil, ce qui permet de visualiser d'un seul coup d'œil le profil du sujet lorsqu'il est face à la douleur.

Les intitulés des extrêmes sont à lire en fonction d'un sujet étalon du même âge et sexe, qui lui, se situe toujours à 0 dans l'échelle. Plus un sujet s'écarte de cette valeur standard, moins ses stratégies de faire face correspondent à celles d'un enfant de son âge et de son sexe. Cette différence peut être positive (il en fait plus) ou négative (il en fait moins).

Nous avons traduit et validé notre traduction par des examinateurs de l'université de Sidi-Bbel-Abbès dont les noms : Mme Chikh Fatiha Maitre de conférence (sciences de l'éducation); Mansouri Zouaoui Maitre de conférence (psychologie clinique); Nacer Chahinez Maitre assistante (Langues Françaises) et Ayed Asmara psychologue clinicienne CHU au Sidi-Bel-Abbès ; Le pourcentage ayant dépassé 80% a donné une validité de la traduction.

5.3. Echelle Visuelle Analogique (E.V.A) :

Description : Développée initialement sous forme de papier, l'échelle visuelle analogique (EVA) se présente sous forme de ligne horizontale ou verticale de 100mm, orientée de gauche à droite avec les termes « douleur absente » et « douleur maximale imaginable » aux extrémités. Le patient indique l'intensité douloureuse en traçant un trait (forme papier) ou en déplaçant un curseur mobile (réglette mécanique).

Le score de l'EVA correspond à la distance entre le début de la ligne (douleur absente) et le trait indiqué. La version pédiatrique de l'échelle utilisable à partir de six ans est habituellement présentée verticalement (« pas de douleur » en bas et « douleur très forte » en haut).

L'utilisation de l'échelle doit être expliquée à l'enfant. Pour aider les patients, il est parfois utile de confronter le malade à l'intensité d'expériences douloureuses antérieures à la notion de « douleur maximale imaginable ».

Lors des premières utilisations, il est nécessaire de vérifier la compréhension de l'outil (déplacement du curseur dans le bon sens) en empruntant par exemple un qualificatif de l'intensité douloureuse de l'EVS.

Utilisation : L'EVA permet des mesures ponctuelles de l'intensité douloureuse, à l'instant présent. Il est possible de l'utiliser de manière rétrospective sur une période de temps ou en fonction des situations (pire douleur ces huit derniers jours, l'intensité lors des accès douloureux, etc.) Quand une personne présente plusieurs sites de douleur, chaque douleur est évaluée séparément.

En pratique quotidienne, les versions suivantes de l'EVA permettent d'établir rapidement un « profil » d'intensité douloureuse.

L'utilisation de l'EVA facilite la transmission entre professionnels de la santé. De par sa conception, les scores d'EVA ne permettent pas de comparer les patients entre eux.

La sensibilité au changement de cet outil facilite le suivi dans le temps, des variations de l'intensité douloureuse (aggravation spontanée de l'impact d'un traitement. Pour les personnes hyperalgiques, en situation aiguë, il est parfois illusoire de vouloir obtenir un score d'EVA. L'évaluation sera rétrospective après soulagement de la douleur.

L'évaluation de l'intensité de la douleur est une étape importante dans la mesure où elle va en partie conditionner la stratégie thérapeutique.

C'est bien parce que la douleur est une expérience subjective que toutes les mesures que nous pouvons en faire, restent des mesures indirectes. Utiliser des outils valides permet un dépistage, une standardisation et une aide thérapeutique.

5.4. L'inventaire d'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA) d'Armsden et Greenberg :

Il s'agit d'une échelle anglo-saxonne d'Armsden et Greenberg, traduite de N. Touch et L. Sigel 2006. Traduite en langue arabe, l'adaptation et la validation de l'outil fut réalisée dans le cadre d'un mémoire en master 2 intitulé : « Calcul des caractéristiques psychométriques de l'échelle d'attachement à la mère » de K. Bouasria (2016). L'étude a porté sur l'application de l'échelle sur une population de 400 enfants de niveau moyen et secondaire à Sidi- Bel-Abbès en Algérie.

L'IPPA est une auto-évaluation qui permet d'apprécier la perception de la qualité d'attachement des sujets par rapport à leurs parents et leurs pairs. La version initiale comportait 28 items pour lesquels l'adolescent doit répondre par rapport à ses relations avec les parents et 25 pour lesquels il doit répondre aux questions concernant ses relations avec les amis proches.

Dans la version révisée, l'enfant doit répondre pour une première fois pour sa mère (25 items), pour son père (25 items), puis pour ses pairs (25 items) ; ce qui fait un total de 75 items.

L'échelle se veut étudier trois dimensions pour chaque questionnaire (père, mère, pairs), à savoir : - la confiance,

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

Dans notre étude, nous n'avons utilisé que la rubrique de la relation avec la mère en raison de notre objectif de l'étude qui est de relever les styles d'attachement avec la mère.

La cotation :

L'enfant doit répondre aux items en indiquant selon une échelle de 05 points :

- 1 : pour (presque jamais vrai) ;
- 2 : pour (pas très souvent vrai) ;
- 3 : pour (parfois vrai) ;
- 4 : pour (souvent vrai) ;
- 5 : pour (presque toujours ou toujours vrai)

Pour les parents, 4 items sont inversés : 3, 6, 9 et 14. Le score de chaque dimension (confiance, communication ou sentiment d'abandon) est calculé en faisant la somme des items qui la composent après avoir inversé les items indirects.

Pour le père ou la mère :

- La confiance est recherchée à travers les items : 1, 2, 3, 4, 9, 12, 13, 20, 21, 22.
- La communication est recherchée à travers les items : 5,6, 7, 14, 15, 16, 19, 24, 25.
- Le sentiment d'abandon est recherché à travers les items : 8, 10, 11, 17, 18 et 23.

Pour obtenir une note totale du questionnaire père, mère et pairs, il suffit d'additionner les dimensions confiance et communication, et inverser les notes obtenues à chaque item de la dimension sentiment d'abandon.

Dans la dimension parent, la dimension confiance différencie les adolescents « sécures » et « évitants » des adolescents « ambivalents ».

La dimension de sentiment d'abandon différencie les adolescents « sécures » des adolescents « ambivalents ».

Dans le questionnaire concernant les pairs, les dimensions confiance et sentiment d'abandon différencient les adolescents « sécures » des adolescents « évitants » et « ambivalents ».

Les résultats à l'IPPA corrélés avec des échelles d'anxiété et de dépression sont modérément négatifs avec la dimension « confiance » (parents et pairs), et positives avec la dimension « sentiment d'abandon » (parents et pairs).

Les corrélations avec la dimension de « communication » sont non significatives (Muris et al) in R M. Bouvard (2008 : 84)

5.5. Inventaire des Schémas précoces de l'enfant de Rusinek et Hautekeete :version abrégée du questionnaire de Young (1999).

Initialement, l'inventaire des schémas précoces inadaptés de Young comportait 205 items. Le questionnaire d'attitudes à cent soixante items sous le nom d'Inventaire des Schémas Précoces pour Enfants (ISPE) est une version abrégée de Schmith et al (1995). Les schémas précoces retenus sont au nombre de 13, et pour chaque schéma deux questions sont posées.

L'inventaire comprend 26 items qui sont des affirmations auxquelles l'enfant répond sur une échelle en trois points. L'enfant doit évaluer son degré d'accord. Les affirmations sont dirigées sémantiquement afin qu'une réponse « faible » est cotée 1 pour (presque jamais), ce qui revoie à comprendre que le schéma n'est pas présent. La réponse intermédiaire équivaut à 2 « parfois », et enfin la réponse « élevée » est cotée à 3 (très souvent) ; elle est interprétée par la présence et/ou l'activité du schéma. Les schémas 13 schémas inadaptés précoces identifiés par l'échelle sont:

L'incompétence : items 2 ; 12	Abandon : items 1 ; 20
Attachement : items 18 ; 21	La carence émotionnelle : items 3 ; 22
Vulnérabilité : items 18 ; 21	L'isolement : items 14 ; 26
L'autocontrôle insuffisant : items 4 ; 11	La méfiance : items 7 ; 13
Dépendance : items 8 ; 24	Le sacrifice de soi : items 6 ; 15
Inhibition émotionnelle : items 01 ; 25	Sens moral implacable : items 17 ; 19
Peur de perdre le contrôle : items 5 ; 23	

Cotation : les auteurs indiquent deux cotations. La première représente l'addition des notes obtenues aux deux questions correspondant à chaque schéma. La deuxième est de considérer les schémas actifs chez l'enfant ou l'adolescent. De ce fait, un schéma est considéré « présent » si l'enfant donne la réponse maximale « très souvent » aux items le concernant, ce qui donne une valeur de 6 points pour le schéma précoce inadapte présent.

Nous avons traduit en langue arabe et validé la traduction de l'inventaire des schémas cognitifs par un groupe enseignants bilingues de l'université de Sidi-Bbel-Abbès dont les noms : Youb Zahra (psychologie clinique), Mme Remmas Nassima (psychologie clinique); Saadeddine Fatma (Langues Françaises) et Ayed Asmara psychologue clinicienne CHU au Sidi-Bel- Abbès ; Le pourcentage ayant dépassé 80% a permis de valider la traduction.

5.6. Echelle lieu de contrôle pour enfant : Nowicki-Strickland (1973)

Le lieu de contrôle est mesuré à l'aide du « Children's Nowicki- Strickland Internal-External Control Scale » de Nowicki et Strickland 1973.

C'est un test unidimensionnel strictement concerné par le sentiment de contrôle sur la vie personnelle. Il est à noter que le modèle initial de cette échelle comporte 40 items. La forme abrégée utilisée dans l'étude se compose de 24 items seulement. Elle fut standardisée, traduite en langue arabe par F.A.F.Moussi et adaptée sur une population égyptienne en 1994.

L'adaptation de cette échelle fut réalisée lors d'une thèse de doctorat en psychologie clinique à l'université d'Oran durant l'année 2006-2007 par Izidi Karima portant le titre : « La perception des élèves de la gestion des rangs et leurs stratégies de faire face à la crise en fonction des variables : le sexe, le lieu de contrôle, le niveau de rendement ». Pour l'adaptation de l'échelle de lieu de contrôle, la chercheuse a recruté 72 élèves de niveau secondaire au lycée Raid Ferradj Es-Sénia. Lors de cette étude, il a été conclu que cette échelle présente un niveau suffisant de fidélité interne.

La construction des questions est basée sur la définition de Rotter du lieu (1966) de contrôle interne-externe. Les questions amènent l'enfant à se prononcer sur sa perception de contrôle à travers des thèmes qui décrivent des situations de renforcement dans les domaines :

- des relations interpersonnelles
- des motivations telles que l'affiliation,
- de l'accomplissement et
- de la dépendance.

Cotation : L'échelle de mesure, papier-crayon invite l'enfant à cocher une des deux réponses proposées. Les items sont présentés sous forme de questions rhétoriques « oui » ou « non » inscrite à la fin de chaque question.

L'épreuve est notée sur 24, chaque question valant 1 point.

La somme des réponses cochées « oui » fait tendre vers un lieu de contrôle extenal. Plus les valeurs tendent vers 24 plus nous sommes dans un lieu de contrôle external.

La grille de correction (Annexe 13) nous facilite cette tâche.

6. Le choix de la population :

Il s'agit d'une étude portant sur 05 enfants âgés entre 10 à 13 ans, dont une fille et quatre garçons traités et suivis au niveau du service de pédiatrie du centre Hospitalo Universitaire de Sid-Bel Abbès pour douleurs chroniques induites par des pathologies différentes.

Critères d'inclusion :

1-Patients et parents consentants

2- âgés entre 10 et 13 ans (âge correspondant à l'application de la thérapie cognitive de Beck et celle de la schéma-thérapie) selon le tableau des techniques thérapeutiques basées sur l'apprentissage cognitif de L. Verra (2009 :59).

3- Les échelles sélectionnées qui répondent aux composantes de l'étude sont applicables pour cette tranche d'âge.

4-Le type de douleur: Sont inclus dans l'étude les enfants souffrant de douleurs chroniques. Le choix de ce type de douleur est motivé par le caractère durable, permanent et répétitif ce qui permet son évaluation et son suivi. Il nous donne également le temps d'appliquer le protocole envisagé dans l'étude qui s'étale sur plusieurs séances (environ 20 séances pour chaque enfant).

- 5- Absence de toute autre intervention psychologique des patients recrutés dans l'étude.
- 6- Patients ne recevant aucun traitement antidépresseur au moment de l'inclusion.
- 7- Enfants non orphelins, ayant une mère.

7. Choix de l'approche cognitive et comportementale :

Dans notre étude, nous avons choisi l'approche cognitive et comportementale comme technique thérapeutique dans la prise en charge de la douleur chronique, induite par trois pathologies différentes. Notre choix est motivé par :

Son succès dans des études antérieures. *« En 2014, Lance et Mc Craken, du King's College de Londres, et Kevin Vowles, de l'université du nouveau Mexique, ont analysé 25 études mesurant l'efficacité des TCC orientées vers le contrôle de la douleur. Verdict : celles-ci diminuent l'intensité de la douleur et améliorent le fonctionnement social et émotionnel des patients, leur niveau d'activité et le catastrophisme. »*F.Henty et C.Wood (2017 :59)

- Les résultats probants auxquels nous sommes parvenus suite à notre travail ultérieur en mémoire de magister qui a porté sur les différences individuelles dans le choix des stratégies d'adaptation de l'enfant douloureux chronique,

- Le fait que cette approche soit indiquée dans la douleur chronique : Tableau des indications des TCC. J. Cottraux (2004 :15),

- C'est une thérapie de courte durée, elle peut être réalisée dans des délais répondant aux limites temporelles d'une thèse de doctorat.

-L'application des TCC dans le cadre de la douleur chronique a fait ses preuves. Ses bénéfices sont généralement reconnus en termes d'une amélioration des performances physiques, de la vie sociale et de la qualité de vie des patients. Qu'en est-il alors chez l'enfant ?

- Les techniques de cette approche (restructuration cognitive) sont favorables quant à l'adaptation des stratégies de coping de l'enfant face à la douleur. Elles répondent aussi parfaitement à notre objectif quant à la modification du lieu de contrôle dans les cas où il est externe. La restructuration cognitive nous amène également à assouplir certains schémas cognitifs qui alimentent les troubles d'adaptation tels que la dépression et l'anxiété. *« Les schémas influent sur les stratégies individuelles d'adaptation »*. J. Cottraux (2007 : 20).

- La thérapie cognitive et comportementale, par son approche centrée sur l'ici et le maintenant vise à ce que l'enfant améliore sa qualité de vie en adoptant une attitude de décentration en

retrouvant un sentiment de contrôle sur sa vie et en développant des moyens de faire face à sa douleur.

- Les TCC requièrent des changements cognitifs, émotionnels et comportementaux dont le but est d'accroître les possibilités d'autogestion du sujet. Il s'avère qu'en plus de la composante sensori-discriminative, ces trois aspects constituent les trois autres composantes de la douleur ; ce qui nous aide à cibler les actions thérapeutiques.
- Le caractère quantifiable et objectivable dans la fixation des objectifs nous a attiré quant au choix de cette approche. La réévaluation nous donne la possibilité de vérifier l'efficacité du protocole appliqué.

8. Protocole psychothérapeutique appliqué :

Notre protocole consiste à donner unedémarche de prise en charge de la douleur centrée sur l'application des thérapies comportementales et cognitives.

Les grandes étapes du protocole : la démarche thérapeutique selon notre protocole est répartie en trois grandes phases successives:

- La phase A : il s'agit d'une phase pré-test. Elle est évaluative sans intervention thérapeutique
- La phase B : C'est la phase test, post-test qui vise la mise en place du traitement thérapeutique proprement dit c'est-à-dire l'application du protocole puis l'évaluation des résultats afin de vérifier l'efficacité du protocole thérapeutique
- La phase de maintien des acquis, et la prévention des rechutes.

8.1. Phase A (phase pré-test):phase évaluative sans intervention thérapeutique :

Elle consiste à répartir les séances en trois grandes lignes en fonction des objectifs.

8.1.1. Les séances de 1 à 6 :

(selon les cas): Elles se basent sur l'étude des points suivants que nous allons développer successivement :

8-1- 1-1Signature du formulaire de consentement des parents (Annexe 2)

8-1-1-2 l'écoute et l'observation : L'observation est appuyée par une grille d'entretien (Annexe 3) et une grille d'observation (Annexes 4) une que nous avons conçues afin de réunir les données anamnestiques et d'examiner lors des hospitalisations les liens entre l'expression de la douleur, la sensibilité maternelle et les interactions mère/enfant lors du moment douloureux. La grille d'observation porte sur les points suivants :

- la communication et interactions de la mère à l'enfant
- la communication et interactions de l'enfant à la mère
- les comportements de la mère en terme d'autonomie /dépendance

8-1-1-3 le recueil de données anamnestiques (anamnèse, entretien diagnostic,...)

8-1-1-4 l'évaluation quantitative et application des échelles psychométriques choisies en fonction des critères ciblés de l'étude. Ainsi les scores obtenus permettent une appréciation et identification :

- **des schémas cognitifs** : les schémas de l'enfant relèvent-t-ils du domaine de l'incompétence, de vulnérabilité, rejet, de manque d'autonomie et de performance, d'orientation vers les autres ou alors de sur-vigilance et d'inhibition ?

Pour cela, nous utilisons l'inventaire des schémas précoces de l'enfant de Rusinek et Hautekeee

- **de la dépression** : évaluer son degré de sévérité par l'utilisation de L'échelle composite de dépression pour enfant (MDI-C).de D.J.Berndt et C.F.Kaiser

- **du style de coping** : quelle est la stratégie de faire face à la douleur utilisée par l'enfant ?
Centré sur l'émotion, sur le problème ou sur la recherche de soutien ?

Pour cela nous utilisons l'échelle Pediatric Pain Coping Inventory: de Verni et al traduit et validé par Spicher

- **du lieu de contrôle** : est- il external ou internal ? Nous utilisons l'échelle du lieu de contrôle pour enfant de Nowicki-Strickland

- **du style d'attachement à la mère** : est-il sécure ou insécure ? Nous appliquons l'IPPA (Inventaire d'Attachement aux Parents et aux Pairs d'Armsden et Greenberg).

1-5 Résultats et analyse de résultats

1-6 le diagnostic

8.1.2. Les séances de 6 à 8 :

Les aspects étudiés durant ces séances se basent sur les points suivants :- L'information psychopédagogique

- Le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles.
- L'analyse fonctionnelle
- L'établissement d'un contrat thérapeutique.

8-1- 2-1 L'information psychopédagogique :

Elle concerne les mécanismes physiologiques de la douleur mis en relation avec le ressenti personnel, l'émotion et la cognition. Nous expliquons à l'enfant de façon simple et explicite l'importance d'apprendre à tracer une ligne directe entre les émotions et la pensée ; que chaque pensée est associée à une émotion.

Nous donnons également des explications psychophysiologiques en relation avec l'humeur et l'anxiété. Les explications claires données à l'enfant et sa mère portent également sur la comorbidité de la douleur chronique, essentiellement l'anxiété et la dépression.

Nous présentons puis expliquons à l'enfant l'outil d'évaluation de la douleur qui est l'échelle visuelle analogique (EVA) en lui expliquant le mode et l'intérêt de son utilisation.

8-1-2-2 Le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles :

L'objectif de cette opération est d'arriver à une distanciation ou décentration telle qu'elle est décrite par A.Beck. « *Certains patients qui ont appris à identifier leurs pensées automatiques reconnaissent spontanément qu'elles ne sont pas fiables et qu'elles sont inadaptées. En observant régulièrement leurs pensées, ils deviennent de plus en plus capables de voir ces pensées avec objectivité. Le processus qui permet de voir les pensées objectivement est appelé distanciation.* » A.Beck (2010 :192)

Deux techniques seront utilisées pour le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles :

Le tableau des trois colonnes de Beck : L'auto-enregistrement (self monitoring) ou l'auto-enregistrement des cognitions se fait par écrit, en séance où l'enfant se trouve en possession de plusieurs exemples qui faciliteront le repérage des émotions et cognitions, mais aussi entre celles-ci comme tâche assignée. Cette méthode a pour effet de faire adopter à l'enfant un point de vue plus objectif par rapport à ses processus de pensée. « *Le sujet enregistre lui-même ses comportements problèmes ou ses cognitions dysfonctionnelles au moment où ils ont lieu, en-dehors des séances* ». J. Cottraux (2004 :120).

a) Une autre fiche d'auto-enregistrement est à remettre à l'enfant sur laquelle sont représentées trois colonnes :

-La première représente une graduation de la douleur de 0 (pas de douleur) à 10 (Douleur maximale) sur lequel l'enfant doit chiffrer l'intensité de la douleur qu'il ressent. Cette colonne concerne la situation étudiée dans notre travail, qui est la douleur.

-La seconde contient des bulles dans lesquelles il doit écrire le ou les sentiments qui accompagnent la douleur.

-La troisième colonne contient également des bulles différentes mais dans lesquelles il doit reporter l'idée, la pensée ou l'image mentale qui se présente à lui de manière spontanée et automatique au moment de la douleur.

Après la transcription dans la troisième colonne, la pensée automatique associée à l'émotion induite par la douleur, l'enfant doit apprécier son niveau de croyance. Cette estimation se base sur l'utilisation d'une échelle en pourcentage de 0 à 100% (d'aucune conviction à conviction totale). Une présentation du tableau sous forme de bulles prend un caractère ludique, ce qui amuse et facilite à l'enfant d'exprimer ses idées et sentiments (Tableau N°2).

Les objectifs visés par l'utilisation de cette méthode consistent à :

- comprendre la logique, le raisonnement ainsi que les croyances de l'enfant
- d'apprendre à l'enfant de s'auto-observer
- et de prendre conscience de ses émotions et de ses idées au moment de la douleur.

Tableau 2 : Les émotions et cognitions associées à la douleur

Douleur scorée de 0 à 10	Emotion	Cognition

b/ La méthode des flèches descendantes : c'est une technique proposée par Aron Beck. Elle consiste à partir de monologue intérieur (pensées automatiques) habituels du patient, de demander quelle est la pire conséquence ; on demande quelle en sera la conséquence. Cette opération nous donne un éclairage sur les postulats de base ou croyances c'est-à-dire les schémas cognitifs. « *La flèche descendante va dans le sens des pensées automatiques au lieu de les corriger ; ainsi, le postulat est mis à jour* » C. Mirabel-Sarron et B.Rivière (1993 : 89).

8-1- 2-3 Faire une analyse fonctionnelle :

L'entretien semi structuré d'analyse fonctionnelle et l'élaboration d'une hypothèse fonctionnelle permet la compréhension du trouble (conceptualisation). L'analyse fonctionnelle a pour but de déterminer une ligne de base, une conceptualisation interactive qui relie le comportement problème aux cognitions, aux émotions ressenties, à ses antécédents et ses conséquences. L'analyse fonctionnelle s'avère indispensable pour comprendre la souffrance de l'individu en fonction des mécanismes comportementaux et cognitifs. Elle permet aussi de définir une intervention thérapeutique efficace.

« *L'analyse fonctionnelle (ou analyse comportementale) permet de définir et de comprendre le fonctionnement singulier d'une personne, actuellement et dans le passé. Il s'agit d'une approche qualitative... Le but de l'analyse fonctionnelle est de déterminer pour une séquence comportementale le déclenchement (antécédents) et les facteurs de maintien (conséquences) qui font qu'elle se répète dans un environnement donné...Principalement, trois systèmes sont explorés : le système moteur, le système cognitif, le système physiologique et émotionnel* » J. Cottraux (2004 : 106). La grille d'analyse fonctionnelle nous permet d'avoir une meilleure vision des interactions entre les différentes composantes de la douleur, à savoir la composante cognitive, affective, émotionnelle et comportementale. Nous utilisons le modèle de la grille d'analyse SECCA de J.Cottraux : figure 6.3a (2004:112) afin d'observer directement et indirectement le comportement douloureux dans le but de préciser les conditions de maintien ; ce qui nous permettrait d'étudier les pensées, les images mentales, les monologues intérieurs qui vont accompagner et ou précéder la douleur.

Analyse fonctionnelle synchronique SECCA

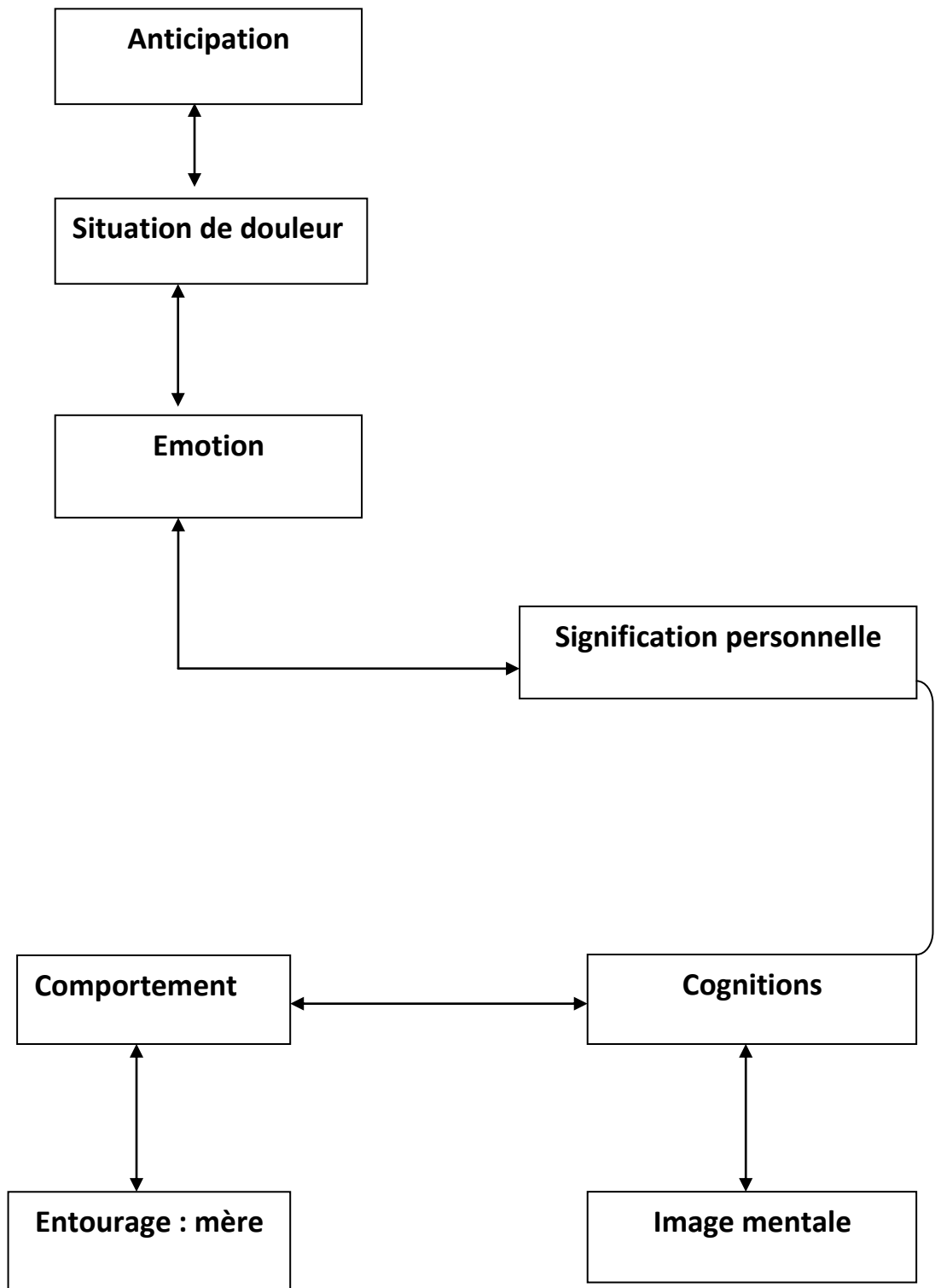


Figure 9 :Figure de l'analyse fonctionnelle J.Cottraux (2004:112)

8-1-2-4 Elaboration d'un contrat thérapeutique qui prend en compte la motivation de l'enfant au changement :

* Nous expliquons à l'enfant les principes, objectifs, stratégies et techniques utilisés en thérapies comportementales et cognitives ainsi que l'approche générale orientée schéma : « Votre façon de penser influence votre manière de percevoir la réalité, ce qui vous pousse à éprouver certaines émotions et sensations, ce qui à terme engendre certains comportements qui peuvent être problématiques ».

* il faut définir (informer et décrire la façon dont va se dérouler la TCC) ; le déroulement des séances ainsi que les objectifs que nous désirons atteindre ensemble.

* expliquer les étapes et les modalités de la prise en charge ainsi que ses délais.

* informer l'enfant que sa participation active aux progrès et le respect des recommandations, constituent un esprit de collaboration nécessaire dans la prise en charge. Il faut insister que l'accent est mis sur son implication ; qu'il est acteur dans la thérapie ce qui donne une interaction dynamique collaborative aux interactions.

8.2 Phase B (la phase test) : Application du protocole :

De 8 à 16 séances : Elles ciblent des techniques cognitives, comportementales et émotionnelles et s'organisent donc en trois groupes de stratégies thérapeutiques :

Les techniques cognitives : Elles visent :

* L'action sur la dépression par la restructuration cognitive

* L'action sur les schémas dysfonctionnels qui agissent sur les distorsions cognitives face à la douleur par restructuration cognitive et la technique de pondération.

* L'action sur la douleur par la distraction

Les techniques émotionnelles : Elles visent la diminution des réponses physiologiques dues à l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire et de la relaxation.

* L'apprentissage du contrôle respiratoire :

Pratiquement « l'exercice se fait en position assise, les consignes sont les suivantes :

- expliquer le rationnel et l'intérêt de contrôler sa respiration ;

- procéder à l'auto-évaluation (compter le nombre de respirations sur une minute) ;

- *contrôler le rythme : appliquer un rythme sur 6 s (3 s pour l'inspiration, 3 s pour l'expiration, puis 1 2 3 pour l'inspiration, puis 1 2 3 pour l'expiration, puis 1 2 3 pour l'inspiration et se dire mentalement « Relaxer ». Le but est d'aboutir à une fréquence de 10 mn ;*
- *privilégier la respiration abdominale en mettant une main sur la poitrine (qui ne bouge pas, et une main sur le ventre (qui gonfle) ;*
- *pratiquer une auto-évaluation journalière (grille hebdomadaire) ;*
- *s'entraîner tous les jours matin et soir ;*
- *utiliser dans la vie de tous les jours une fois la technique acquise. » D. Servant (2005 :101)*

* La technique de la relaxation de Jacobson : Afin de diminuer l'impact de la douleur, une intervention comportementale inclue des procédures facilitant l'adéquation physique et la relaxation mentale. La relaxation n'a d'autres effets que le relâchement musculaire et l'évasion mentale par une diminution de l'activité du système nerveux sympathique. Son but est d'apprendre à obtenir un état de détente physique et psychique (contrôle de la respiration, de la fréquence cardiaque) permettant la réduction et la maîtrise des symptômes anxieux.

Il existe différentes techniques de relaxation. Pour notre travail, nous avons choisi celle de Jacobson qui est motivé par le fait qu'à la différence du training autogène nécessitant plusieurs semaines d'apprentissage, la relaxation progressive de Jacobson s'apprend en quelques heures seulement. C'est une technique bien adaptée en raison de sa simplicité d'apprentissage et de la bonne adhésion des patients mêmes enfants. *«Aussi, il est bien connu que la relaxation permet de réduire le stress, l'anxiété, la détresse émotionnelle et la dépression qui peuvent exacerber la douleur. D'autre part, la relaxation favorise un sommeil réparateur et réduit la fatigue, ce qui peut aider à réduire la douleur et à améliorer la qualité de vie. » S.Marchand (2009 :227)*

La relaxation nécessite trois étapes :

1/Reconnaissanceet identification d'une contraction puis relâchement musculairecorrespondant. Cette prise de conscience s'effectue dans toutes les parties du corps.

2/Relâchement des muscles non concernés par l'effort.

3/ Prise de conscience à tout moment de la vie quotidienne que toute tension musculaireest reliée à un trouble affectif ou émotionnel. Le sujet détend alors les muscles concernés et une répercussion positive se fait aussitôt sentir sur le mental. C'est la détente musculaire qui fait la détente psychique. Elle s'appuie uniquement sur une démarche d'observations objectives concernant le lien entre le tonus musculaire, les émotions et l'activité mentale.

Les techniques comportementales :

Les réponses comportementales nous sont fournies par la grille d'observation qui nous offre la possibilité d'analyser le type de conditionnement de l'enfant à la douleur. Le conditionnement classique et opérant qui favorisent le déconditionnement du comportement douloureux :

Le conditionnement classique : L'approche comportementale explique que la douleur chronique et les comportements douloureux associés sont influencés par des processus de conditionnement ; la douleur chronique est pour cela un comportement appris. L'analyse des réactions comportementales se traduit en général chez l'enfant par l'évitement (s'arrêter de jouer, s'isoler, s'allonger, arrête l'activité, arrêter de bouger, pleurer...). Il s'agit à cet effet de déconditionner les comportements douloureux. Si l'enfant est conditionné à interrompre son activité au moment de la douleur, parce qu'il pense qu'elle va augmenter, il faut progressivement l'encourager à être de plus en plus actif. Chaque effort induisant un changement est récompensé. Cette approche permet également de diminuer les comportements douloureux et de favoriser un coping actif. Et ainsi retrouver le plaisir de « fonctionner ».

Le conditionnement opérant : il s'agit d'utiliser le renforcement positif pour encourager l'enfant à modifier ses comportements douloureux. « Les bonnes choses arrivent quand j'ai mal et pas autrement ». ex : ne pas aller à l'école, exemption de petites responsabilités, traitements de faveur affectifs, matériels...par rapport à la fratrie...L'implication thérapeutique consiste à limiter les bénéfices secondaires.

8.2.1 La démarche appliquée pour traiter la dépression face à la douleur :

« L'approche cognitive dans le but de contrecarrer la dépression consiste en l'utilisation de techniques qui rendent le patient capable de se voir comme un « battant » plutôt que comme un « raté », comme un plein de ressources plutôt que que sans espoir » A.Beck (2010 :208)

La mise en œuvre de la procédure thérapeutique consiste à mettre en évidence et traiter les distorsions cognitives (voir page 48) qui amènent à une lecture erronée de la réalité : celle de la douleur. Il faut relever :- les inférences arbitraires ; - la sur généralisation ; - l'abstraction sélective ; - la maximalisation ; - la minimisation ; - la pensée dichotomique ; - la personnalisation. La diminution du catastrophisme constitue une stratégie prioritaire dans la restructuration cognitive.

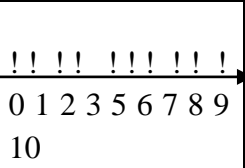
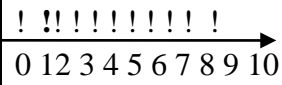
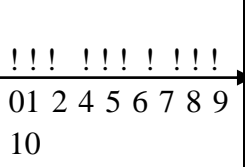
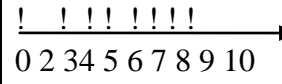
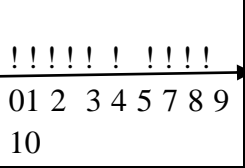
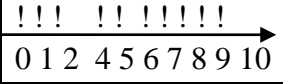
Techniques de la restructuration cognitive utilisées :

1-1 Le tableau des quatre colonnes de Beck : Cette technique est utilisée comme tâche assignée. Elle concerne des tâches à domicile. L'application de la restructuration cognitive favorise une modification des distorsions cognitives en utilisant le tableau des 4 colonnes de Beck : situation, émotion, cognition, cognition alternative tout en réévaluant le degré de croyance avec un pourcentage de 0 à 100%. (Voir tableau N°3)

Une fiche est pour cela remise à l'enfant sur lequel il doit continuer à s'auto-observer : observer ses pensées et émotions en inscrivant sur un tableau de quatre colonnes. La douleur représentant la situation de douleur, mais cette fois-ci avec une évaluation à l'EVA par une ligne graduée sur la colonne représentant la situation de douleur; la seconde colonne concerne l'émotion qui accompagne la douleur ; dans une troisième colonne il inscrit la pensée automatique avec degré de croyance ; dans la quatrième une idée alternative accompagnée d'une proposition d'activité ludique choisie préalablement par l'enfant. La douleur est ensuite réévaluée en fin d'activité (voir tableau ci-après). Les pensées alternatives doivent venir de l'enfant qui est ainsi invité à élargir la conception qu'il a du mécanisme de la douleur ainsi que des composantes qui la constituent. Elles permettent de ce fait d'apaiser les émotions négatives et pénibles surtout la culpabilité.

Il s'agit à travers l'idée alternative d'encourager un esprit investigateur qui remettrait en questions les pensées négatives élaborées par l'enfant comme si elles étaient des hypothèses. Il s'agit d'envisager d'autres interprétations possibles ainsi qu'un changement de discours interne en le reportant sur ce second tableau de quatre colonnes remis pour tâche assignée à domicile.

Tableau 3 : Les quatre colonnes de Beck

Situation de douleur de 0 à 10	Emotion	Cognition	Pensée alternative	Type de diversion et évaluation
				
				
				

1-2 La Méthode socratique : elle consiste en une discussion et questionnements aptes à amener l'enfant à modifier ses opinions et à percevoir d'autres alternatives. Il ne s'agit pas de contredire les propos et croyances de l'enfant mais de lui demander seulement de considérer les faits et d'envisager d'autres interprétations possibles et de se poser la question : « Comment pourrais-je analyser cette situation autrement ? » *« La forme interrogative est donc typique des interventions du thérapeute : »* « est-il bien toujours vrai que... ? » ; « n'y a-t-il pas d'autres solutions ? » ; « peut-on dire toujours cela ? » ; « est-ce une règle générale sans exception aucune ? » ; « si on considère le point de vu opposé, qu'est ce qu'on pourrai dire ? »... » J. Cottraux (2004 : 164).

L'intérêt par l'utilisation de la technique socratique serait d'atteindre ce qu'il est possible de considérer comme une cognition de surface, c'est à dire une règle, une habitude de pensée que l'on proposera de modifier.

Noter le Feed-back des séances : cela permet de lever les éventuelles ambiguïtés et d'éclaircir les attitudes émotionnelles. L'échange qui en découle, facilité par la reformulation et le feed-back, permet l'établissement d'une alliance thérapeutique.

8.2.2 La démarche appliquée pour traiter les schémas dysfonctionnels face à la douleur :

La thérapie des schémas se déroule en deux étapes : une étape de diagnostic qui identifie les schémas inadaptés et informe leur action, la seconde consiste au changement qu'on appelle assouplissement. Durant la seconde phase, il s'agit de :

-Faire penser les avantages et inconvénients du schéma cognitif dysfonctionnel.

-L'assouplissement des schémas par la technique de pondération ou travail de balance est une technique qui sert à évaluer les avantages et inconvénients du schéma. Le niveau de chaque argument est pondéré. L'objectif est d'amener l'enfant, par la compréhension des relations entre les éléments cognitifs (conscients) et émotionnels (inconscients) à accroître l'exercice de la volonté sur les mécanismes psychiques soumis aux schémas. L'enfant pourra alors arrêter d'être « au service » des schémas inadaptés.

Tache assignée : La tâche que l'enfant est amené à accomplir serait, en fonction des situations apportées d'énumérer les avantages et inconvénients des schémas identifiés préalablement en phase A du protocole. Il s'agit de peser le pour et le contre des conséquences du schéma et intégrer les bénéfices secondaires qui maintiennent le mode de pensée.

L'enfant repère les situations de la semaine durant lesquelles il ne s'est pas laissé entrainé par ses schémas dominants, durant lesquels il a eu conscience de ses pensées automatiques et les a remplacé par des idées alternatives.

Le tableau des quatre colonnes de Beck préalablement réalisé par l'enfant va nous servir de base. L'objectif de ce travail thérapeutique de revenir avec des situations problématiques résolues est de décrire les situations et faire la balance des conséquences positives / conséquences négatives des situations.

Un tableau de balance est remis à l'enfant sur lequel sont mentionnés les avantages et inconvénients des schémas. Les buts annoncés sont donc :

- Prendre conscience à l'enfant l'existence des schémas ;
- Prendre conscience du poids des inconvénients qu'ils imposent dans les situations de vie et entre autres quand ils sont suractivés en cas de douleur ;
- Prendre conscience de la technique de la balance pour agir sur l'assouplissement du schéma (serait-il plus avantageux ou désavantageux de conserver ces schémas).

8.2.3 La technique de décentration ou de diversion attentionnelle :

Les techniques de distraction ou de diversion attentionnelle sont les plus courantes des méthodes cognitives pour le soulagement de la douleur chez l'enfant. La distraction permet une décentration.

En sachant que le processus de modeling peut s'opérer sur une personne imaginaire. Nous nous sommes référé à l'histoire connue de «La petite vendeuse d'allumettes » de Hans Christian Andersen (1845), nous expliquons à l'enfant le phénomène neurophysiologique de la concentration et l'imagerie mentale sur l'inhibition du message douloureux. En fait, c'est l'histoire d'une petite vendeuse d'allumettes qui, le soir d'un hiver glacial, surmonte la douleur du froid et de la faim en construisant des images mentales agréables. En allumant chaque buchette d'allumette, elle s'imagine en famille autour d'un repas festif, devant une cheminée, ce qui a décentré son attention d'une réalité douloureuse à une réalité agréable grâce à laquelle elle a put s'adapter.

En fonction des centres d'intérêts de chaque enfant, nous avons proposé à chacun de réaliser une activité intellectuelle ou ludique nécessitant une attention soutenue de son choix au moment de la douleur.

L'enfant est appelé à évaluer sa douleur en utilisant l'EVA, avant et une demi heure après l'activité intellectuelle qu'il a choisi. L'intérêt en fait est de mettre à l'épreuve la concentration et la diversion attentionnelle dans la réduction de l'intensité de la douleur.

Les sens auditif et visuel sont particulièrement utilisés dans notre protocole pour la distraction. Les enfants munis en générale de tablettes ou de téléphones portables, ont opté pour les jeux électroniques, la lecture, les puzzles, jeu de carte...

La distraction n'est pas une forme passive de diversion de l'attention mais bien une forme active qui altère la perception de la douleur. Il s'agit d'un apprentissage de focalisation attentionnelle volontaire en utilisant les techniques de distraction. Plus l'enfant parvient à être absorbé attentionnellement, plus sa douleur sera réduite.

8.2.4 La démarche appliquée pour traiter le style de coping face à la douleur :

Le protocole mis en œuvre cherche à orienter l'enfant à adopter un coping centré sur le problème plutôt que sur l'émotion. Il incite à développer un sentiment d'auto-efficacité. L'affrontement de la situation et l'action sur la base de celle-ci a pour intérêt de changer la réalité stressante. « *Le coping centré sur le problème implique en revanche, des stratégies orientées vers le 'management' de l'évènement* ». Henri Cabrol et Stracey Callahan (2004 : 100).

Les stratégies centrées sur le problème (appelé aussi par certains auteurs, coping vigilant ou encore actif) sont des stratégies actives d'adaptation. Elles visent :

- ❖ la psychoéducation sur les mécanismes physiologiques cités préalablement dans la phase A du protocole afin de montrer à l'enfant le rôle actif qu'il peut avoir dans la modification de ses cognitions, émotions et comportements.
- ❖ l'orientation de l'enfant douloureux vers sa personne en :
 - modifiant son degré d'implication dans la prise en charge de sa maladie et de sa douleur. En fonction de sa maladie, il a des gestes ou actes à faire lui-même (tenir par exemple un carnet de prise de TRT médicamenteux, kinésithérapie, appliquer des poches de glace et autres,...)
 - agissant sur un degré cognitif ou motivationnel pour changer ou maîtriser la situation de douleur (utilisation du tableau des quatre colonnes de Beck ainsi que par les exercices de diversion attentionnelle).
 - Augmenter le fonctionnement et le plaisir de fonctionner. Valoriser les autres activités « si je ne peux pas faire telle chose, je peux faire telles autres choses ». Pour cela l'enfant peut faire un tableau sur lequel il rapporte toutes les activités, minimales soit-elles qu'il est en capacité de réaliser, celles qu'il peut partiellement et celles qu'il ne peut pas faire du tout.

- chercher les plaisirs au lieu d'écouter la douleur. L'attention de l'enfant est alors portée sur la situation même de la douleur. Il s'agit de la mise en place d'efforts et comportements actifs dans le but de la réduire. Ils se traduisent par la recherche d'un ensemble de moyens tel que : l'effort accru, la planification ou l'analyse logique. Ils permettent de retrouver l'autosatisfaction/plaisir. Exemple : fréquentation de la salle des jeux en milieu hospitalier ou participer à des jeux collectifs si l'enfant n'est pas hospitalisé afin de préserver son identité au milieu des pairs tout en augmentant la durée à chaque fois que possible.

- le modeling est un concept de l'approche de l'apprentissage social. Il souligne l'importance du concept de l'auto-efficacité à travers l'observation et l'identification aux comportements et réactions émotionnelles des personnes de notre entourage. La fréquentation des salles de jeux (en cas d'hospitalisation) ou endroits communs est un aspect exploitable dans la gestion de la douleur chez l'enfant. Les dynamiques de groupe pour les enfants consultés à titre externe peuvent parfaitement répondre à ce processus.

- Réduire la kinésiophobie en discutant avec l'enfant les comportements à adopter qui consistent de bouger à un degré confortable afin de rétablir progressivement la condition physique. « *Le projet d'incitation du patient à des activités améliore non seulement la motivation, mais aussi l'estime de soi. Le patient qui s'observe en train de réussir dans un objectif en tire une information cruciale qui va affecter les idées qu'il se fait sur lui-même. Ayant de lui une meilleure idée en terme de compétence à contrôler son environnement et d'efficacité dans les situations de vie quotidienne* ». A.Beck (2010 :209)

Les stratégies centrées sur l'émotion : La seconde dimension du coping centrée sur l'émotion permet à l'enfant de gérer les émotions négatives induites par le catastrophisme qui génère l'anxiété et la dépression dues à la douleur. Le but est de diminuer l'impact émotionnel de l'anxiété en utilisant deux techniques :

-le contrôle respiratoire et la relaxation cités plus haut comme techniques comportementales.

- le tableau des quatre colonnes de Beck révèle que le pourcentage accordé à l'émotion est systématiquement modifié suite à la modification des idées automatiques et croyances relatives à la douleur. L'enfant visualise de lui-même qu'en ayant des idées alternatives par rapport à sa douleur, les aspects émotionnels qui en découlent (peur, anxiété, dégoût...) vont parallèlement changer. Il réalise de ce fait qu'il est capable de gérer ses émotions.

8.2.5 La démarche appliquée pour traiter le locus de contrôle :

Le concept de lieu de contrôle de Rotter s'avère une notion fondamentale dans la compréhension du phénomène de perception de la douleur.

Le lieu de contrôle interne (ce qui arrive dépend du sujet) et le lieu de contrôle externe (les évènements sont attribués à des facteurs externes tels que la chance, le destin, le hasard, autrui...).

Plus le lieu de contrôle est externe et stable et donc incontrôlable plus le stress est important. La modification d'un lieu de contrôle externe en un lieu de contrôle interne permet de développer le sentiment d'auto-efficacité. L'auto-efficacité est une composante de contrôle. Elle est le sentiment que l'enfant perçoit de sa capacité à agir sur sa douleur. Son développement favoriserait un coping actif.

a/ Les techniques cognitives qui aiderait à l'accomplissement de cette tâche :

- Les méthodes socratiques
- Techniques des flèches descendantes

b/ Les techniques comportementales : Elles incitent l'enfant à l'entraînement à la compétence. Plus il s'implique plus il accroît son autonomie.

En évaluant les scores de l'intensité avant et après effort intellectuel soutenu, l'enfant réalise concrètement qu'il est capable de réduire sa douleur. Le lieu de contrôle devient interne. Il réalise, à travers cette méthode qu'il a des ressources non négligeables et des compétences qui lui permettent d'atténuer sa douleur. *« L'augmentation des attentes positives améliore la motivation. Cette motivation renforcée conduit elle-même à une nouvelle amélioration des performances. »* A.Beck (2010 :209)

Encourager l'auto-efficacité :

Le but principal des programmes d'autogestion est de donner à l'enfant un rôle actif dans le contrôle de la douleur. Le sentiment d'impuissance et d'incapacité se trouve réduit après la prise de conscience des émotions et comportements automatiques qui augmentent et/ou entretiennent la douleur. L'enfant s'engage à apprendre à utiliser un éventail de réponses de coping plus adapté.

L'analyse des réactions comportementales se traduit par l'évitement (va s'allonger, arrête l'activité, arrêter de bouger...), cognitives (prières) nous permet d'orienter vers d'autres modalités comportementales pour mettre fin aux styles de coping automatiques et mal adaptés.

Fixer des objectifs :

Les tâches assignées à domicile constituent un auto-renforcement positif:

- consolider les acquis
- Aider aux activités simples (exemple dresser et débarrasser la table, ranger ses affaires...)
- Réduire la dépendance sous ses formes différentes : vestimentaire et alimentaire, ce qui renforce l'autonomie et l'auto-efficacité et réhausse l'estime de soi,
- S'accorder des récompenses suite à chaque effort réalisé.

8.2.6. La démarche appliquée pour traiter le style d'attachement :

La douleur chronique est une condition entraînant un stress, élément activateur du système d'attachement. L'élément extincteur du système ou stimulus de l'activation du système est la proximité avec la figure d'attachement ou le contact. Le système d'attachement est d'abord considéré comme un thermostat éteint ou activé selon que l'enfant perçoit la situation comme menaçante ou pas, mais aussi et d'un autre côté si la figure d'attachement est en mesure d'être sensible et de percevoir à son tour le stress de l'enfant et d'y répondre de manière adéquate.

Le lien réciproque mère/enfant est source de sécurité extérieure, mais d'abord intérieure. Elle consiste à développer le soutien extérieur qui concerne la figure d'attachement principale qu'est la mère.

Quand la mère est incapable d'être « suffisamment bonne », l'enfant évolue dans un univers instable, il est alors carencé d'un besoin fondamental qui est celui de pouvoir « s'appuyer » sur une présence stable, rassurante, protectrice mais aussi et surtout « contenant ».

Une mère sensible serait disponible et consciente des indices d'émotions les plus subtiles chez son enfant. Elle interpréterait correctement ces indices et éprouverait de l'empathie pour son enfant, ses réponses sont alors appropriées, ce qui reflète dans la qualité de ses interactions avec son enfant.

Sur la base de ces données nous envisageons la démarche thérapeutique pour agir sur le style d'attachement de l'enfant en nous appuyant sur la théorie de J.Bowlby. La notion de base de sécurité signifie la confiance dans l'idée qu'une figure de soutien protectrice, sera réceptive, accessible et disponible. Ces trois notions vont constituer la base de notre action thérapeutique.

1/ Renforcer les liens d'attachement en intervenant sur les aspects relationnels de la dyade mère/enfant afin de modifier la perception de la douleur. Nous devons cibler et intervenir sur les points suivants :

a) **Sensibilité** de la mère à la douleur, qui vise :

- la sensibilité aux signaux de détresse et l'amélioration de l'écoute.
- Les réponses doivent en fait être adaptées, en un temps de réaction convenablement différé.
- Encourager la verbalisation en évitant certaines expressions « ça va passer », « ce n'est rien »
- Son attitude ne doit être ni dans l'amplification ni dans la banalisation mais dans l'écoute empathique qui offre une base de sécurité suffisamment contenante. « *L'empathie signifie que quelqu'un comprend votre univers personnel et reconnaît la valeur de vos sentiments* » J.Young, J. Klosko (2003 :135)

b) **L'accessibilité** de la mère au moment de la douleur : Il s'agit de maintenir un degré de proximité et de contact sécurisants surtout lorsque l'enfant manifeste de l'inquiétude ou de la détresse. Développer une communication positive avec empathie et authenticité et impliquer la mère dans les interactions réciproques.

c) **La disponibilité** : « *Pour Bowlby, le mot disponibilité veut dire que la figure d'attachement est à la fois accessible et prête à réagir positivement* » J.Cottraux (2007 :31)

- Faire preuve de disponibilité pour répondre aux besoins de l'enfant, surtout affectifs.
- Donner le temps et favoriser l'expression verbale des affects.

« *La croyance du sujet par rapport à la disponibilité de ses figures d'attachement détermine la réaction de ce dernier face aux situations éventuellement dangereuses, tout au long de sa vie*(Mehran, 2006) » J.Cottraux (2007 : 37)

2/ La mère doit distinguer sa propre subjectivité de celle de son enfant qu'elle doit reconnaître comme sujet à part entière. La prise de conscience que la douleur est un symptôme la sensibilise à mobiliser des ressources et d'avoir à son tour un coping actif.

3/ le conditionnement classique et opérant aident au déconditionnement du comportement douloureux. Le protocole de notre étude insiste sur le fait d'apprendre ou réapprendre à l'enfant à adopter un comportement lien avec son organisme quand il est sain. Les stratégies d'intervention sont axées alors sur l'implication de la mère, non pas en tant qu'individu mais comme acteur dans les interactions avec son enfant. Comme comportement adapté, la mère doit éviter de favoriser le conditionnement classique calqué sur le modèle Stimulus(Douleur) /Réponse(Passivité). Elle est invitée à accompagner son enfant à adopter des comportements

efficaces, adaptés à sa maladie (ex : appliquer des poches de glaces, faire de l'exercice, faire des massages...).

Le programme de conditionnement opérant sera basé sur :

a- la réduction des bénéfices secondaires dont le plus sont l'absentéisme. Il constitue en effet un facteur d'entretien de la douleur. Il s'agit de diminuer les comportements qui interfèrent avec la qualité de vie et d'augmenter les compétences comportementales.

b- les remplacer les bénéfices secondaires par un renforcement positif mais :

- qui encourage l'auto-efficacité
- qui encourage un coping actif

c- recommander à la mère d'exercer un renforcement positif verbal ou gestuel (conditionnement opérant) comme récompense affective à l'effort exercé par son enfant tout en verbalisant sa satisfaction.

4/ Déculpabiliser la mère: Il n'y a pas de « mauvaises » mères, il y a de « mauvais » comportements. Il s'agit de reconnaître l'investissement de la mère ainsi que tout les efforts qu'elle fournit pour la santé de son enfant (déplacements fréquents, frais, attentes prolongées lors des consultations et contrôles médicaux, les séjours à l'hôpital lors de l'hospitalisation...) mais qu'il faut donner de l'importance à la dimension affective. Un travail d'accompagnement, vu que c'est une maladie chronique, elle nécessite de réserver une place capitale à la dimension affective.

5/ Introduire le père dont l'implication doit être protectrice, empathique et efficace. Il accompagne et apporte du soutien aussi bien pour son enfant que pour sa femme dont les sacrifices doivent être reconnus.

En fin de cette phase B de la prise en charge, l'application du protocole est suivie d'une réévaluation. Il faut pour cela réévaluer les scores des échelles appliquées en phase pré-test puis comparer les résultats. Cette phase vise la vérification de l'efficacité du protocole thérapeutique. Ce matériel est évalué pour observer l'évolution favorable ou défavorable de la prise en charge.

8.3. La phase d'entretien:

Les séances de 16 à 20 : Elles visent :

- 1/ le maintien des acquis,
- 2/ la prévention des rechutes.

9. Les limites de l'étude :

Nous avons tenu, tout au long de l'élaboration de ce travail, à respecter une rigueur scientifique aussi bien par rapport aux aspects théoriques qu'au niveau de la méthodologie de recherche qui a guidé cette étude. Toutefois, sont à relever certaines limites à la réalisation de cette thèse :

- les limites se rapportent au nombre réduit des enfants inclus dans l'étude qui est de 05 seulement. Nous aurions souhaité inclure un nombre plus important mais en raison de la consistance du protocole qui met en œuvre plusieurs composantes, nous nous sommes suffits à ce nombre.
- Les limites spatiales : Afin de diversifier les lieux de recrutement et les étiologies de la douleur chronique, nous avons recruté dans notre étude 16 enfants atteints de cancer du Centre Hospitalier Spécialisé Amir AbdelKader d'Oran. Nous avons pu avancer avec 04 pour ne finir avec aucun enfant. Les raisons de la déperdition des cas se rapportent à :
 - Nos engagements pédagogiques nous ont contraints à programmer une séance par semaine au CEA seulement.
 - La programmation des patients pour la chimiothérapie ne coïncide pas systématiquement avec le jour de notre présence au centre.
 - L'état général fluctuant des enfants qui sont lors de certaines séances dans l'incapacité de coopérer alors que les TCC demandent une implication active du patient.
 - Les effets secondaires de la chimiothérapie ne permettant pas à l'enfant de coopérer au cours de la séance.
 - Le déplacement des patients vers d'autres structures hospitalières pour scanner, intervention chirurgicale ou autre.
 - L'altération de l'état de l'enfant et la dégradation de ses capacités interactives.

Enfin, une cause principale nous a fait renoncer à cette catégorie de douleur induite par le cancer est liée à la définition de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) qui exclue la cause maligne dans la douleur chronique en donnant la définition suivante :

«Une douleur chronique est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne. »ANAES février (1999 :15)

10. Les difficultés de l'étude :

- Les caractéristiques des thérapies comportementales et cognitives qui sont structurées imposent une organisation régulière d'une vingtaine de séances. Cette régularité fut le motif de la déperdition de 20 cas recrutés dans l'étude.
- Les parents ne sont pas toujours disponibles pour accompagner leurs enfants au CHU.
- Les critères de choix de l'échantillon nous ont limités quant au recrutement des patients.
- les difficultés se rapportent aux instruments de mesure appliqués : la traduction en langue arabe et validation de certains instruments utilisés a constitué un souci majeur dans notre étude.

11. Conclusion :

Nous nous sommes proposé dans ce chapitre de présenter les procédures méthodologiques que nous avons suivies dans la réalisation pratique de l'étude. Nous avons exposé minutieusement toutes les étapes du protocole mis en œuvre dans prise en charge de la douleur chronique chez l'enfant qui s'est basée principalement sur les techniques cognitives et comportementales tout en respectant les différences individuelles et les particularités de chaque enfant et de chaque pathologie.

PARTIE PRATIQUE
CHAPITRE IV
APPLICATION DU
PROTOCOLE

PARTIE PRATIQUE
CHAPITRE IV
APPLICATION DU PROTOCOLE

INTRODUCTION

Nous allons dans ce chapitre présenter l'aspect pratique de notre étude. Après avoir élaboré le protocole thérapeutique, nous procédons à son application sur cinq enfants portant des pathologies différentes. Nous précisons que dans notre travail, la maladie n'est pas un critère de choix. Sont inclus dans l'étude cinq enfants dont quatre garçons et une fille, présentant des douleurs chroniques consécutives à des pathologies différentes : Hémophilie, Arthrite idiopathique juvénile, Purpura rhumatoïde.

Nous présentons successivement le cas de Safia, suivi de Tarik, Sofiane, Iheb et enfin Kamel. Nous allons décrire minutieusement les différentes phases que nous avons suivi avec chacun des enfants tout en respectant les différences individuelles et les niveaux d'action de la prise en charge.

1. CAS N° 1 SAFIA :

1.1. PHASE A : phase évaluative (dépourvue de toute intervention thérapeutique) :

1.1.1. Le déroulement des séances :

Les séances se sont étalées sur une durée de sept mois et demie du 08 Novembre 2016 au 25 Juin 2017 avec une périodicité de 1 à 2 séances hebdomadaires durant le premier mois, puis d'une séance par semaine durant les six mois qui ont suivi.

Elles se sont déroulées au service de pédiatrie du CHU de Sidi-Bel-Abbès lors des périodes d'hospitalisation de Safia, puis nous avons poursuivi les séances à domicile en raison du manque de disponibilité du père. Nous profitons également des RDV de contrôle médical pour assurer les consultations.

Nous nous sommes rapprochés de Safia pour le premier entretien lors de son hospitalisation. Elle était en compagnie de sa mère. Après lui avoir expliqué le rôle de la psychologie dans la prise en charge de la maladie et de la douleur chronique, Safia et sa mère ont été aussitôt favorables pour un suivi. Lors de la seconde consultation le père a marqué son intérêt pour la prise en charge en le concrétisant par la signature du formulaire de consentement.

1.1.2. Description des séances :

1.1.2.1. Les séances de 1 à 4 :

Elles se sont basées sur l'étude de quatre points que nous allons développer successivement :

1/l'écoute et l'observation : Notre observation fut appuyée lors de l'hospitalisation de Safia par une grille (Annexe N°4) que nous avons conçue afin d'examiner les liens entre l'expression de la douleur ainsi que la sensibilité maternelle et les interactions mère/enfant lors du moment douloureux. La grille porte sur les points suivants :

- la communication et interactions de la mère à l'enfant
- la communication et interactions de l'enfant à la mère
- les comportements de la mère en terme d'autonomie /dépendance

2/le recueil de données anamnestiques s'est basé sur une grille d'entretien (Annexe 3) que nous avons élaboré afin de rassembler le maximum de données.

3/l'évaluation et application des échelles

4/le diagnostic.

1.1.2.1.1. L'écoute et l'observation :

Safia est âgée de 10 ans, originaire et demeurant à Sidi-Bel-Abbès. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois ; ses petits frères sont âgés respectivement de cinq et deux ans ne traitant pour aucune pathologie. Elle est scolarisée en quatrième année primaire ; ses résultats sont satisfaisants (entre 8 et 9/10 de moyenne) ; son rendement nous dit Mme B a légèrement baissé ce trimestre 7,5 en raison des hospitalisations.

Safia présente une silhouette très fine et une apparence peu soignée. Elle est pâle, son regard est triste. Tête baissée, elle se tord les doigts quand elle parle. Nous remarquons une onychophagie. S'exprimant sur un ton monocorde, de manière très brève et d'une voix très basse elle s'est montrée peu spontanée.

Les relations sociales sont très réduites. Safia dit qu'elle est souvent seule et retirée « Ma mère ne me laisse pas sortir pour jouer, elle a peur pour moi ». « Je n'ai pas de chance, je me sens différente des autres filles... elles sont en bonne santé ...elles peuvent jouer... courir, je les regarde du balcon... je les envie ».

Aucune activité extra scolaire n'est pratiquée. Safia est dispensée de l'activité sportive scolaire sous indication médicale. Même à l'école, elle ne doit pas sortir en cour de récréation « j'ai peur qu'ils me poussent, et qu'ils me font tomber ».

Dés qu'on aborde le sujet de son rendement scolaire qui a légèrement baissé depuis le début de cette année, ses yeux larmoient « Si c'était pas la maladie, j'aurais eu une meilleure moyenne ... ma maladie et mes absences sont la cause ».

Safia est décrite par sa mère comme sensible et très attachée à son père. Avec ses frères, elle n'a pas de patience nous dit-elle, elle est souvent en conflit avec son frère cadet « je ne sais pas, je crois qu'elle le jalouse »

Madame B est âgée de 34 ans. Son niveau d'instruction de troisième année secondaire lui a permis d'exercer dans l'administration pendant huit mois seulement. Actuellement, elle n'exerce aucune profession. Mr B est âgé de 43 ans, d'un niveau d'instruction secondaire, est employé dans une entreprise.

La famille vit dans un appartement suffisamment confortable. Le niveau économique est moyen. Le couple semble harmonieux utilisant des méthodes éducatives compatibles. Il n'a connu aucune crise de séparation. Le père s'implique fortement à la prise en charge de sa famille ; principalement à Safia depuis qu'elle est malade. Mme B décrit son mari comme affectueux et dévoué.

Histoire de la maladie :

Selon les dires de la mère, les premiers signes de la maladie ont commencé le début au mois de Juillet 2016 avec la sensation de douleur au niveau des chevilles. Les parents n'ont pas consulté pensant que les douleurs étaient induites par le processus de la croissance osseuse « elle me disait j'ai mal mais je n'ai pas fait cas ». En Octobre, sont apparus des douleurs avec œdèmes au niveau de la cheville gauche. Une consultation privée a posé l'indication d'une hospitalisation. Safia fut hospitalisée le 07/11/2016 pour arthralgies et purpura. Une éruption cutanée en regard du poignet et du genou. En examen articulaire Safia présentait des douleurs au niveau des articulations méso-carpo-phalangiennes. Elle s'est présentée avec une impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs causée par les hyper arthralgies malgré une force musculaire bien conservée. Après examens divers, le diagnostic de Purpura Rhumatoïde fut alors posé.

1.1.2.1.2. Recueil de données anamnestiques :

Safia est née d'une grossesse désirée ; les circonstances de sa naissance se sont déroulées normalement sans incident pré, péri ou post-natal.

Elle fut allaitée au sein jusqu'à un mois, puis allaitement artificiel exclusif. Les antécédents pathologiques ne sont marqués d'aucune maladie significative. Le calendrier vaccinal fut suivi correctement. Selon les dires de sa mère, le développement psychomoteur de Safia a connu un rythme développemental se situant dans les limites du normal : acquisition de la posture assise à 06 mois ; la marche à quatre pattes entre 11 et 12 mois ; les premiers mots à 18 mois ; l'acquisition de la propreté aussi bien nocturne que diurne fut acquise à entre trois et quatre ans.

Safia fut placée dans une école coranique à l'âge de quatre ans ce qui lui a facilité l'apprentissage des chiffres et lettres en classe préparatoire nous rapporte Mme B. Sa socialisation fut sans difficulté. Scolarisée à 06 ans, Safia s'est bien adaptée au milieu scolaire. Ses résultats furent aussitôt bons. Avec ses pairs, Safia préfère être seule nous dit-elle parcequ'elle se sent rejetée « quand je propose un jeu à mes copines, elles ne font pas cas, mais quand d'autre proposent, elles le prennent en considération ».

Les passes temps de Safia sont consacrés à diverses activités surtout individuelles. Mme B nous dit qu'elle s'énerve en jouant avec ses petits frères, qu'elle n'aime pas partager et qu'elle ne veut pas qu'on touche à ses affaires depuis qu'elle est malade.

L'occupation favorite de Safia est l'expression écrite. Souvent elle joue au médecin en utilisant un vieux clavier d'un micro-ordinateur de son père, mis dans le balcon avec les vieilleries mais sa mère lui interdit « à cause du froid, je ne la laisse pas sortir au balcon... avec le clavier, elle s'oublie ».

Mme B décrit sa fille « elle est très gentille n'ayant jamais causé de problèmes ni à la maison ni à l'école mais depuis sa maladie, elle a changé... elle est irritable, un rien l'énerve... à moi-même elle me répond violemment, parfois avec insolence». Lors de son hospitalisation, Safia manifeste de la culpabilité envers ses parents. La mère nous rapporte qu'elle lui répète souvent « ghbentkoum » (je vous cause des ennuis).

Sa position d'ainée dans la fratrie fait qu'elle était souvent responsabilisée par sa mère durant de brèves absences, à prendre soin de ses deux petits frères. « Depuis qu'elle est malade je ne peux plus lui confier cette tâche ».

1.1.2.1.3. Evaluations, application des échelles et interprétation :

Les échelles appliquées dans le cas de Safia sont :

- ◆ L'IPPA : L'inventaire de l'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA)
(rubrique réservée à l'attachement à la mère seulement)
- ◆ Le PPCI : Inventaire du faire face en douleur pédiatrique
- ◆ Le MDI-C : l'échelle composite de dépression pour enfant
- ◆ Echelle de lieu de contrôle
- ◆ Inventaire des schémas précoces pour enfants

1. 1.2.1.4. Résultats des tests pratiqués :

Résultats de l'échelle de dépression MDI-C :

Les notes brutes transformées en Notes T aux huit échelles de la MDI-C sont les suivantes :

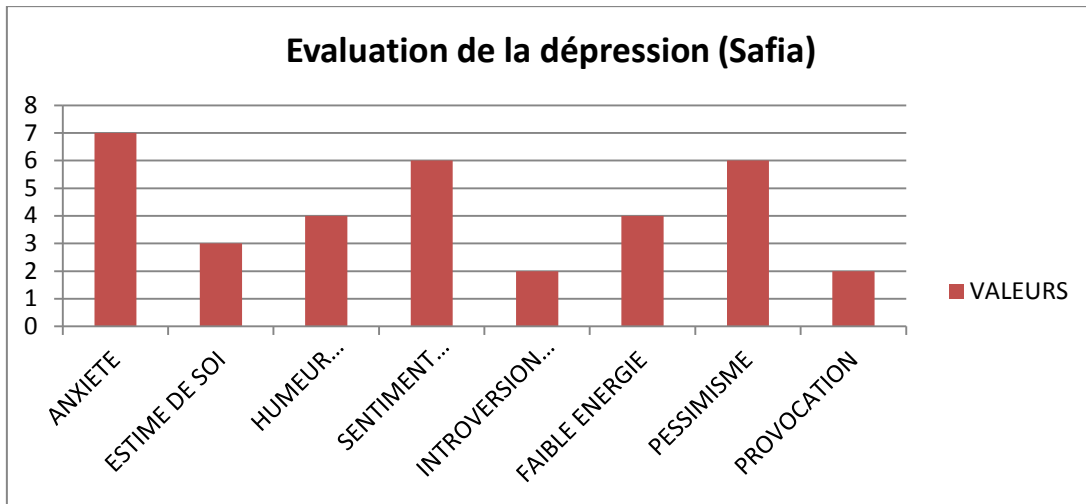
- Anxiété = 7 qui équivaut à une Note T de 63
- Estime de soi =3 qui équivaut à une Note T de 59
- Humeur triste =4 qui équivaut à une Note T de 63
- Sentiment d'impuissance = 6 qui équivaut à une Note T de 67
- Introversi on sociale =2 qui équivaut à une Note T de 58
- Faible énergie =4 qui équivaut à une Note T de 61
- Pessimisme =6 qui équivaut à une Note T de 67
- Provocation =2 qui équivaut à une Note T de 51

L'interprétation des résultats selon le MDI-C montre que les Notes T comprises entre 56 et 64 indiquent des niveaux de symptomatologie en relation avec une dépression faible à modérée.

Dans le cas de Safia, le score global est de **34**, il correspond à **une Note T= 64** sur le tableau d'étalonnage (Annexe 6)

Au MDI-C, il serait en faveur d'une dépression modérée puisque le score est élevé plus vers la modération que vers la faiblesse.

La reproduction des scores sur l'histogramme permet de mieux visualiser les valeurs des huit sous-échelles.

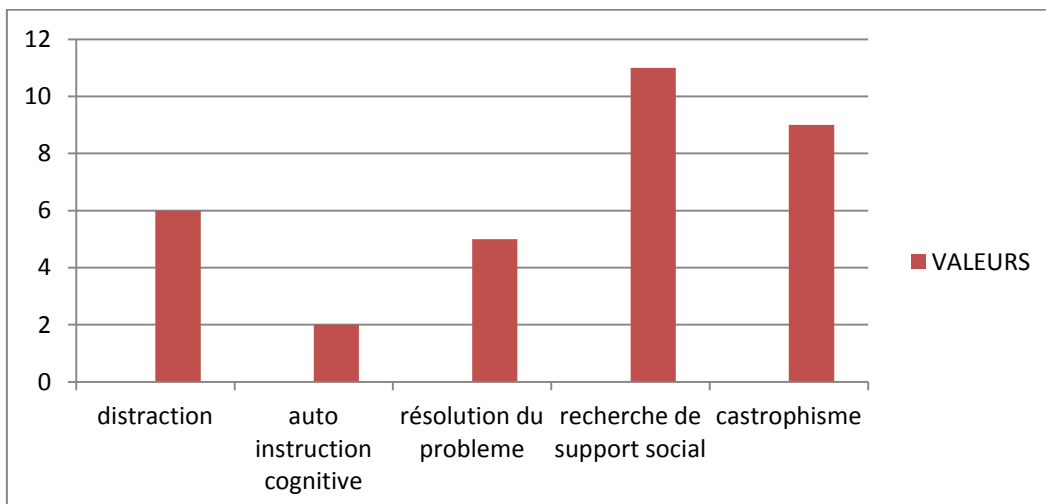


Histogramme 1 : Sous échelles de dépression (Safia)

Résultats de l'échelle du coping face à la douleur (PPCI) de Safia :

Les scores obtenus sont :

- la distraction =06
- l'auto instruction cognitive =02
- la résolution du problème =05
- la recherche d'un support social = 11
- le catastrophisme =09

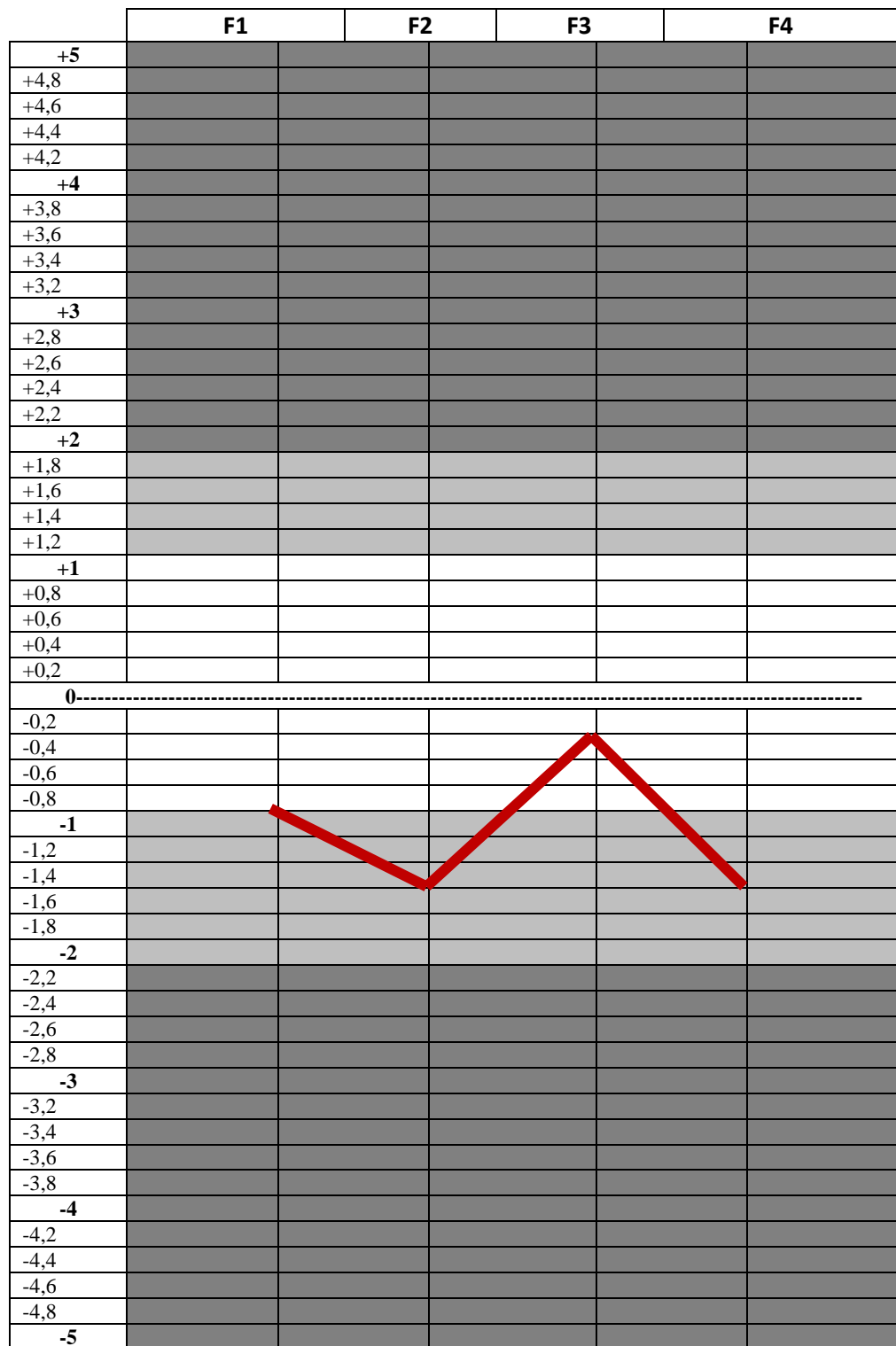


Histogramme 2 : Sous échelles de coping (Safia)

- Le facteur **F1** obtenu après addition des scores des items : 1, 3, 4, 5, 8, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39 et 41 = **15** qui correspond à **-0.8** en note transformée selon la table d'étalonnage (Annexe 9)
- Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **6** qui correspond à **-1.4** en note transformée selon la table d'étalonnage.
- Le Facteur **F3** est obtenu après l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **7** qui correspond à **-0.2** en note transformée.
- Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = 3 qui correspond à **-1.4** en note transformée selon le tableau d'étalonnage.

La reproduction des chiffres sur la feuille de profil N°1 (page 134) nous permet de visualiser un tracé qui met en apparence une zone située en dessous de la ligne 0 ce qui indique l'utilisation de stratégies inadaptées face à la douleur chronique.

Feuille de profil N°1



Légende : (F1) Recherche de support social

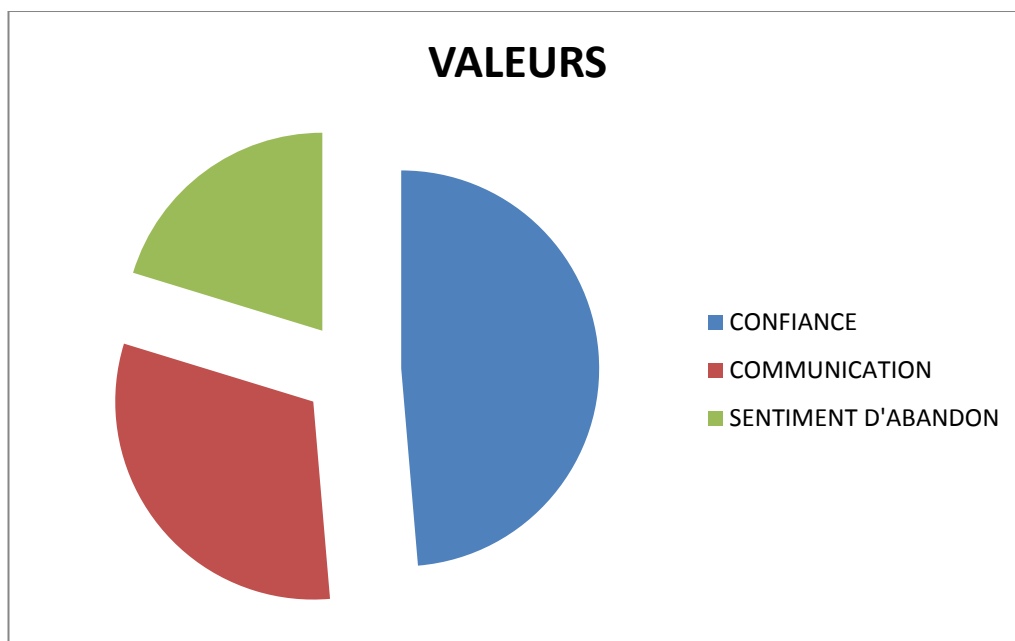
(F2) Recours à l'auto instruction cognitive

(F3) Recherche de distraction

(F4) Recherche d'efficacité

Résultats de l'Inventaire de l'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA) (rubrique attachement à la mère seulement) :

- Le score obtenu en confiance = **36**
- Le score obtenu en communication = **23**
- Le score obtenu en sentiment d'abandon = **15**



Secteur 1 : Evaluation des composantes du Style d'attachement(Safia)

Afin d'obtenir un score global de sécurité, il suffit d'additionner les scores de confiance et de communication, puis diviser la somme pour obtenir une moyenne.

La moyenne des scores de confiance et de communication est de **3,1**.

La moyenne du score de sentiment d'abandon est de **2,5**

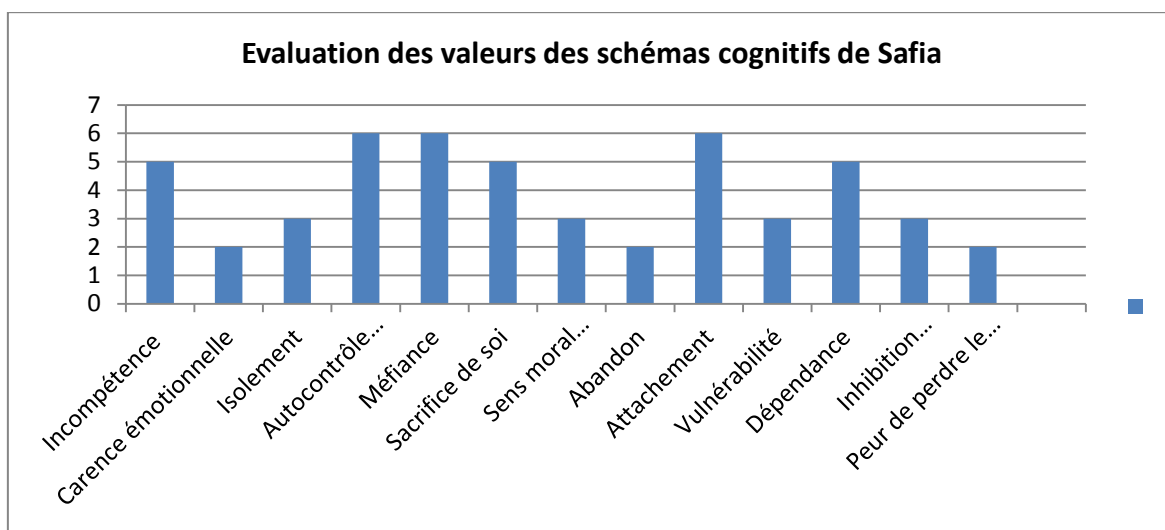
Le protocole de Safia indique une élévation de la moyenne des scores de confiance et de communication et une baisse de la moyenne du score de sentiment d'abandon; ce qui permet de dire que Safia a un style d'attachement « sécuritaire ».

Résultat de l'échelle de lieu de contrôle :

Plus les valeurs augmentent vers **24** (valeur optimale), plus le lieu de contrôle tend vers l'internalité. Inversement, si la valeur baisse vers le **0**, elle implique un lieu de contrôle externe. Dans le cas de Safia, le score obtenu est de **10**. Il est de ce fait en faveur d'un lieu de contrôle externe.

Résultat de l'échelle des schémas cognitifs inadaptés:

Schémas	Score
Incompétence	5
Carence émotionnelle	2
Isolement	3
Autocontrôle insuffisant	6
Méfiance	6
Sacrifice de soi	5
Sens moral incapable	3
Abandon	2
Attachement	6
Vulnérabilité	3
Dépendance	5
Inhibition émotionnelle	3
Peur de perdre le contrôle	2



Histogramme 3 :Evaluation des schémas cognitifs (Safia)

L'addition des notes obtenues aux deux questions relatives à chacun des schémas nous indique l'activation de ce schéma. Un schéma est considéré « présent » si le sujet donne la réponse maximale très souvent (3 points) aux deux items correspondant au schéma. Les schémas présents prenant 6 points dans le cas de Safia sont : l'incompétence, l'autocontrôle insuffisant, la méfiance, l'attachement. Sont classés en deuxième position les schémas de sacrifice de soi et de dépendance qui prennent la note de 5 points.

Discussion des résultats :

Les émotions relevées dans le vécu douloureux de Safia sont négatives. Elles proviennent d'une idéation négative qui génère le pessimisme.

Dans l'échelle de dépression MDI-C, les scores des sous-échelles de pessimisme et du sentiment d'impuissance prennent les Notes T les plus élevées T=67. Elles tendent vers la sévérité.

Le sentiment d'impuissance et d'incapacité porte le score le plus élevé (6) pour une Note T = 67. Elle est supérieure à 56 (seuil de sévérité). Cette même note est également retrouvée en pessimisme, reflétée par les propos de la patiente : « je ne guéris jamais », « je n'ai pas de chance ». Elle répond positivement à l'item 8 « je suis malheureuse » et à l'item 40 « je me sens triste ». Le résultat laisse comprendre que Safia se sent incapable et souhaite avoir plus d'appui de la part de son entourage familial. Les schémas d'incompétence et de dépendance le confirment avec un score de 5 pour une note maximale de 6. L'échelle de coping face à la douleur chronique met également en évidence le même résultat vu que le plus haut score est celui de la recherche du soutien social (11). Le score de faible énergie = 04 équivaut à une note T de 61 supérieure à 56. Elle indique une apathie et manque d'activité qui accompagne souvent les dépressions.

En terme d'incompétence, l'échelle des schémas cognitifs confirme ce sentiment dont le score = 5 sur une note maximale de 6, ce qui confirme l'activation de ce schéma. Le contenu de ce dernier oriente Safia vers la croyance en un niveau d'aptitude et de réussite inférieur à celui des autres. L'échelle de dépression montre que l'humeur triste et l'anxiété portent une Note T = 63. L'autocontrôle insuffisant retrouvé dans l'échelle des schémas est scoré à 6 (score maximal). Il explique l'énervement facile de Safia évoqué par la mère de la patiente.

Enfin, le score d'introversion sociale = 02 prend une note T de 58 sup à 56 traduisant un malaise dans les situations sociales et un manque d'ouverture aux autres. Signe aussi de dépression.

Safia vit sa maladie comme une faiblesse, une perte, une exclusion « je me sens différente des autres filles, elles peuvent jouer dehors, courir sauter, moi je les regarde du balcon, je les envie » ; « je n'aime pas quand mon père me prend devant mes camarades », « quand mes camarades de classe sortent en récréation et que je reste seule dans la classe je me dis qu'elles doivent parler de moi et dire qu'elle est malade ».

Le catastrophisme et le sentiment d'incontrôlabilité soulignent une idéation négative : « les médecins ne savent pas soigner ma maladie », « c'est une maladie grave ». Le catastrophisme est en effet une variable qui détermine les réactions émotionnelles dépressives. Safia a tendance à envisager le pire scénario, « mes vaisseaux vont éclater » l'attente ou la crainte des

conséquences négatives de la douleur est caractérisée par la présence d'amplification et de rumination négatives. Ce mode de fonctionnement cognitif est mis en évidence dans l'échelle de coping face à la douleur. Il se concrétise par un score de (9) et se classe en deuxième position après le score de la recherche du soutien social (11). « *la dramatisation par exemple induit une intensification de l'état dépressif et une augmentation de la douleur et du handicap fonctionnel.* » M. Bruchon Schweitzer (2002 :379).

Lieu de contrôle dans le cas de Safia est external « a cause de ma maladie, ma moyenne a baissé » « les médecins ne savent pas ».

« *les sujets dits « externes » perçoivent les éléments comme étant sous contrôle de forces extérieures à eux-mêmes : le hasard, la chance, le destin, ou des personnes plus puissantes qu'eux* ». I.M. Blackburn et J. Cottraux (1988 :34).

Plus elle est dans l'externalité moins elle mobilise ses capacités et ressources personnelles pour faire face à la douleur et à la maladie. Cela se confirme par l'activation du schéma cognitif d'incompétence qui est chiffré à 5 pour une note maximale de 6.

1.1.2.1.5 - Diagnostic :

Depuis trois mois, Safia présente les symptômes suivants :

- Une humeur triste.
- Une irritabilité lui posant des problèmes relationnels avec sa mère et ses frères
- Une fatigabilité et activités ludiques réduites
- Des troubles de sommeil traduits par un sommeil discontinu,
- un manque d'appétit avec notion de perte de poids
- Troubles neurovégétatifs (nausées, douleurs abdominales et souvent céphalées...)
- Anxiété
- Culpabilité
- Manque d'intérêt pour l'apparence
- Lenteur psychomotrice parfois agitation.
- Troubles cognitifs (difficultés de concentration et de mémorisation)

Selon les critères diagnostiques du DSM V, Safia répond aux critères diagnostiques A , B (2), et C qui fournissent une description claire des troubles d'adaptation qui est dans le cas de Safia de type mixte avec anxiété et humeur triste ; portant le code 309.28 (F43.23)

1.1.2.2. Les séances de 4 à 8 :

Elles furent destinées à l'information et l'éducation concernant le mécanisme de la douleur mis en relation avec l'émotion et la cognition. De façon explicite, nous lui avons montré l'importance d'apprendre à tracer une ligne directe entre les émotions et la pensée ; que chaque pensée est associée à une émotion. Nous avons donné également des explications psychophysiologiques en relation avec l'humeur et l'anxiété. Nous avons introduit par la même occasion l'application de la relaxation selon la méthode de Jacobson ainsi que la méthode de contrôle respiratoire (voir page 113-114). Le premier essai fut pratiqué à domicile où les conditions de calme et détente étaient réunies.

Nous avons expliqué le principe ainsi que l'intérêt de l'évaluation de la douleur en nous appuyant sur l'échelle numérique de 0 à 10. Les aspects étudiés durant ces séances se basent sur les points suivants :

- Le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles.
- L'analyse fonctionnelle
- L'établissement d'un contrat thérapeutique

Aucune intervention thérapeutique n'a été réalisée à ce stade.

1.1.2.2.1 Le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles :

Deux techniques sont utilisées dans le protocole pour le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles :

1-Le tableau des trois colonnes de Beck : Une autre fiche d'auto-enregistrement (monitoring) fut remise à la patiente sur laquelle sont représentées trois colonnes : Situation, Emotion, Cognition.

- La première colonne représente une graduation de la douleur chiffrée de 0 à 10 sur lequel Safia doit indiquer l'intensité de la douleur qu'elle ressent. Cette colonne concerne la situation étudiée dans notre travail, qui est la douleur.
- La seconde contient des bulles dans lesquelles elle doit mentionner le ou les sentiments qui accompagnent la douleur.
- La troisième contient également des bulles différentes dans lesquelles elle doit reporter l'idée, la pensée ou l'image mentale qui se présente à elle de manière spontanée et automatique au moment de la douleur.

Après avoir noté dans la troisième colonne la pensée automatique associée à l'émotion induite par la douleur, Safia doit apprécier son niveau de croyance. Cette estimation se base sur l'utilisation d'une échelle en pourcentage de 0 à 100% (d'aucune conviction à conviction totale).

Dans le protocole, nous avons proposé la présentation du tableau sous forme de bulles qui facilite à l'enfant l'expression de ses idées et sentiments qui accompagnent la douleur.

Les objectifs visés à ce stade est d'apprendre à la patiente de s'auto-observer et de prendre conscience de ses émotions ainsi que de ses idées (voir tableau N° 4)

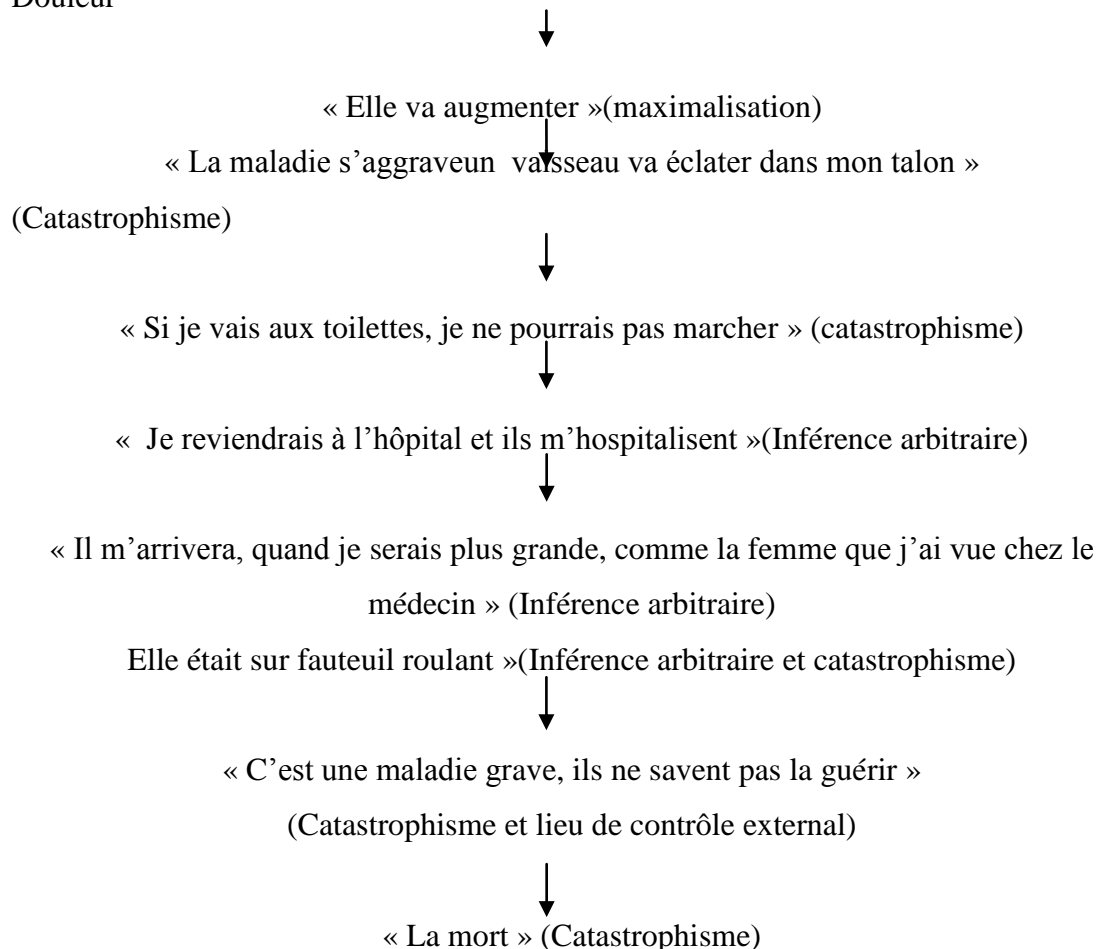
Selon A. Beck 2010, une personne qui peut examiner ses pensées automatiques comme des phénomènes psychologiques et non comme si elles étaient identiques à la réalité pratique la distanciation. C'est l'objectif à travers l'assignation de cette tâche.

Tableau 4 : Les émotions et cognitions associées à la douleur de Safia

Douleur scorée de 1 à 10	Emotion	Cognition
<p>!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Anxieuse 90%</p>	<p>Je vais avoir plus mal 100%</p>
<p>!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Peur d'apparition d'autres plaques cutanées 80%</p>	<p>le médecin n'a peut être pas su me donner le TRT ou'il faut</p>
<p>!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Peur 100%</p>	<p>la maladie va s'aggraver 100%</p>
<p>!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Tristesse et irritabilité 90%</p>	<p>la douleur va augmenter, d'autres plaques vont apparaitre 80%</p>
<p>!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Je ressens de la peur 80%</p>	<p>Un vaisseau sanguin va éclater dans mon talon 90%</p>
<p>!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Triste 70%</p>	<p>Je ne vais pas pouvoir marcher 100 %</p>

2-La seconde manière de repérer les pensées automatiques dysfonctionnelles est celle des flèches descendantes :

Douleur



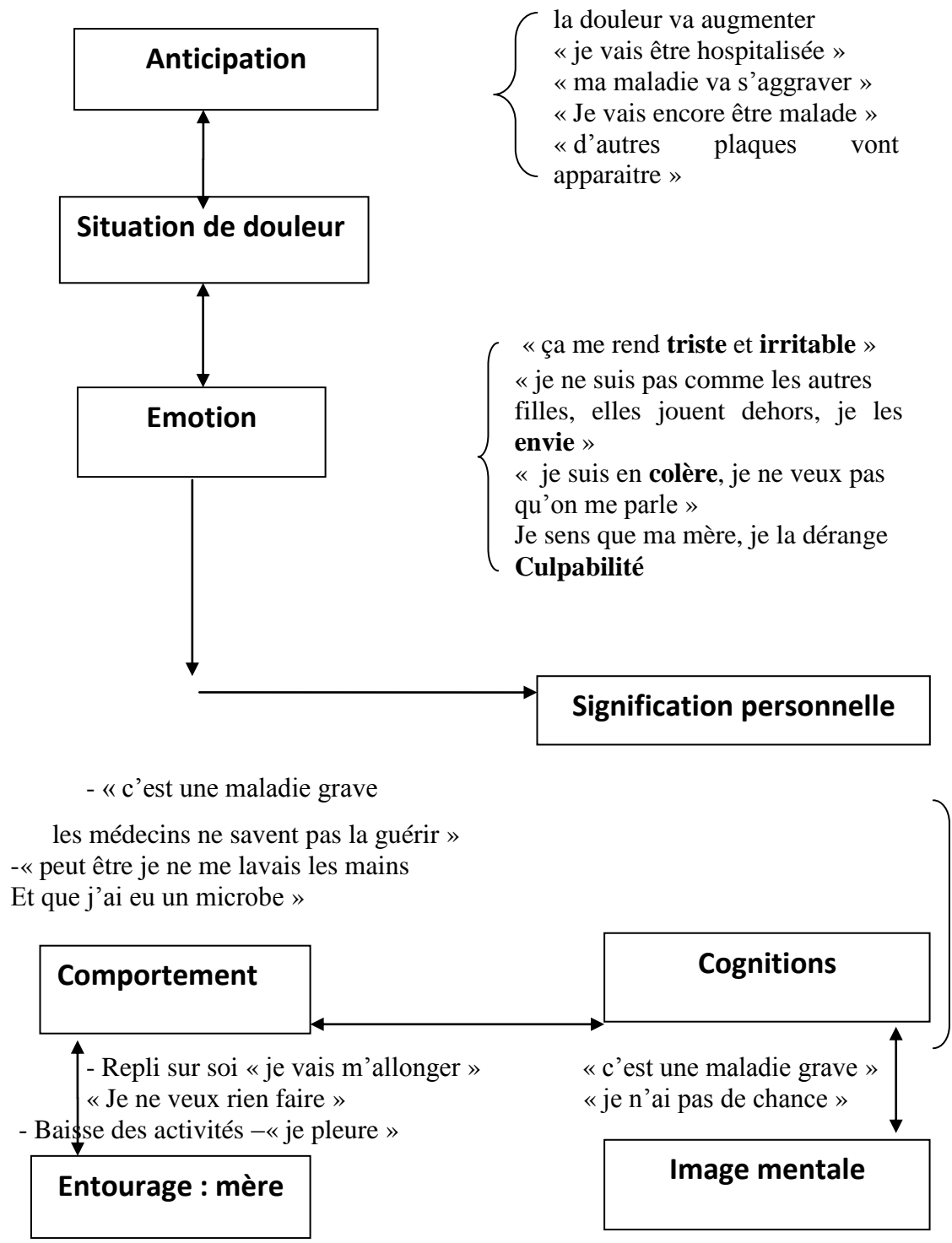
Le feed-back : au terme de ces séances, la patiente souligne apprécier cette manière de travail structurée. Elle se montre coopérative et très motivée.

Grace au remplissage des diverses fiches des colonnes de Beck et de la méthode des flèches descendantes, Safia a pris vite conscience des conséquences de ses pensées automatiques négatives sur son comportement et son humeur. Elle a compris que lorsqu'elle a mal, ça la rend anxieuse, triste et en colère parce qu'elle pense de manière illogique, systématiquement négative ; et sans se rendre compte, elle agit à son propre détriment

1.1.2.2.2 L'analyse fonctionnelle :

Il est primordial dans le protocole d'utiliser le modèle de la grille d'analyse SECCA de J.Cottraux : figure 6.3a (2004:112) afin d'observer directement et indirectement le comportement douloureux. Le but est de préciser les conditions de maintien ; ce qui nous permettrait d'étudier les pensées, les images mentales, les monologues intérieurs qui vont accompagner et /ou précéder la douleur.

Analyse fonctionnelle synchronique



Sur protection et comportement d'évitement un vaisseau va éclater dans mon talon »
 « je ne veux pas la laisser jouer dehors, « d'autres plaques vont apparaître »
 j'ai peur pour elle »
 « Fais comme à l'hôpital, va t'allonger,
 Ne fais rien, ne touche à rien du tout »

1.1.2.2.3. L'établissement du contrat thérapeutique:

Comme prévu dans le protocole le contrat thérapeutique centre quatre points essentiels qui ne peuvent faire abstraction de la motivation de l'enfant au changement :

* Nous avons expliqué à Safia les principes, objectifs, stratégies et techniques utilisés en thérapies comportementales et cognitives.

* Nous l'avons informé sur le rôle de son implication active sur les progrès à réaliser dans un esprit de collaboratif. Il fallait aussi l'informer que l'accent est mis sur le respect des recommandations.

* Nous avons défini (informé et décrits la façon dont va se dérouler la TCC) ; le déroulement des séances ainsi que les objectifs que nous désirons atteindre. Nous avons pour cela donné des explications claires à Safia et sa mère sur la co-morbidité essentiellement, l'anxiété et la dépression dans l'expérience de la douleur chronique:

- Agir sur la dépression par la restructuration cognitive
- Assouplir les schémas dysfonctionnels
- Agir sur le lieu de contrôle qui est external par la restructuration cognitive
- Diminuer l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire et de la relaxation

* Nous avons défini les étapes et les modalités de la prise en charge ainsi que ses délais de cette dernière que nous avons estimée de six à sept mois.

Safia s'est montrée très favorable à la prise en charge. Avec enthousiasme, sa mère nous a proposé la possibilité de poursuivre les séances à domicile. Son mari n'étant pas disponible et pour des raisons professionnelles, la garde de ses deux autres enfants âgés de 5 et 2 ans ne lui permet pas les déplacements réguliers à l'hôpital.

1.2. PHASE B (APPLICATION DU PROTOCOLE THERAPEUTIQUE) :

De 8 à 16 ème séances Elles ciblent des techniques cognitives, comportementales et émotionnelles dont l'objectif est d'aider la patiente à agir sur sa douleur

1.2.1. Les techniques cognitives : Elles visent :

- * L'action sur la dépression par la restructuration cognitive
- * Assouplissement des schémas dysfonctionnels face à la douleur
- * L'action sur le lieu de contrôle par rapport à la douleur
- * L'action sur la douleur par la distraction
- * Favoriser un coping actif

La démarche appliquée pour traiter la dépression face à la douleur : La mise en œuvre de la procédure thérapeutique consiste à mettre en évidence et traiter les distorsions cognitives qui amènent à la lecture erronée de la réalité : celle de la douleur. Nous les avons relevés chez Safia à partir des tableaux de trois et quatre colonnes ainsi que de la technique de flèches descendantes:

- Les inférences arbitraires : Safia utilise des erreurs de logique qui l'incitent à déduire sans avoir de preuves. Ces erreurs se traduisent cliniquement par des événements cognitifs qui sont marqués par un style de pensée non fondé. « il n'a pas su me soigner », « le médecin ne m'a pas donné le traitement qu'il faut », « les traitements ne sont pas efficaces » « Peur que la douleur augmente » « d'autres plaques vont apparaître » « j'irai à l'hôpital et on m'hospitalise » « il n'y a que moi qui suis malade, les autres filles jouent, sortent dehors, courent », « le TRT avec les plantes est plus efficace ».

- La maximalisation Safia : attribue une très grande valeur à sa douleur ainsi qu'à sa maladie conduisant à un catastrophisme idéationnel. En effet les idées qui accompagnent la douleur sont : « c'est une maladie grave » « La maladie s'aggrave un vaisseau va éclater dans mon talon » « c'est une maladie grave, ils ne savent pas la guérir » « Il m'arrivera, quand je serais plus grande, comme la femme que j'ai vue chez le médecin, elle était sur fauteuil roulant » « je reviendrais à l'hôpital et ils m'hospitaliseront »

- La sur généralisation : il s'agit d'élargir, à partir d'un fait ou d'une situation d'autres incidents problématiques, « il n'y a que moi qui suis malade, les autres filles jouent, sortent dehors, courent » « A cause de la maladie, ma moyenne de ce trimestre a baissé » « je n'ai pas de chance »

- la personnalisation : La personnalisation qui consiste à ce que l'enfant s'attribue la responsabilité des événements, surestime les relations entre les événements défavorables et lui-même. « Peut être je ne lavais pas bien mes mains »

Techniques de la restructuration cognitive utilisées :

Le tableau des quatre colonnes de Beck : Cette technique est utilisée comme tâche assignée. Elle concerne des tâches à domicile. L'application de la restructuration cognitive favorise une modification des distorsions cognitives en utilisant le tableau des 4 colonnes de Beck : situation, émotion, cognition, cognition alternative tout en réévaluant le degré de croyance sur un pourcentage de 0 à 100%.

Une fiche est pour cela remise à Safia sur lequel elle doit continuer à s’auto-observer, observer ses pensées en inscrivant sur un tableau de quatre colonnes. Sur la première colonne, est représentée une évaluation de la situation de douleur à l’EVA par une ligne graduée de 0 à 10; la seconde colonne concerne l’émotion qui accompagne la douleur ; dans une troisième colonne elle inscrit la pensée automatique avec degré de croyance ; dans la quatrième une idée alternative accompagnée d’une proposition d’activité ludique choisie préalablement par Safia qui est très manuelle, aime la lecture et les jeux électroniques. La douleur est ensuite réévaluée en fin d’activité, une demi-heure après (voir tableau ci-après).

Les pensées alternatives doivent venir de l’enfant. Nous invitons Safia à élargir la conception qu’elle a du mécanisme de la douleur ainsi que des composantes qui la constituent. Il s’agit d’encourager un esprit investigateur qui remettrait en questions ses pensées négatives élaborées comme si elles étaient des hypothèses. Il s’agit d’envisager d’autres interprétations possibles ainsi qu’un changement de discours interne en reportant sur ce second tableau de quatre colonnes remis comme tâche assignée à domicile.

Tableau 5 : Tableau des quatre colonnes (Safia)

Situation de douleur de 0 à 10	Emotion	Cognition	Pensée alternative	Type de diversion et évaluation
<p>!!!!!!! →</p> <p>0 1 2 3 5 6 7 8 9 10</p>	Triste et envieuse 3/10	« Tous les élèves sortent en récréation, ils jouent dans les flaques d’eau de pluie »	« Si je sors je porterai des vêtements plus chauds » Tristesse 1/10	Devoirs scolaires !!!!!!! → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>!!!! !!!!! →</p> <p>0 1 2 4 5 6 7 8 9 10</p>	Irritable 4/10	« Pourquoi moi » 60%	« D’autres enfants sont aussi malades comme moi » Irritabilité 1/10	Lecture d’un conte puis jeu à la poupée !!!!!!! → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>!!!! !!!!! →</p> <p>0 1 2 3 4 5 7 8 9 10</p>	Peur 2/10	« D’autres plaques vont apparaître sur ma peau » 60%	« Je fais ce que le médecin m’a demandé de faire » Peur 0/10	Dessin et jeu électronique !!!! !!!!! → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>!!!!!!! !!! →</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p>	Tristesse 5/10	« si J’ai écouté... , je ne lavais pas mes mains, j’ai attrapé un microbe » 60%	« il m’arrive d’obéir et de tomber malade » Tristesse 1/10	Travail manuel (Confection d’une boîte en carton) !!!! !!!!! → 0 1 2 3 4 6 7 8 9 10
<p>!!!! !!!!! →</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p>	Tristesse 4/10	« Je ne veux pas retourner à l’hôpital, le TRT avec les plantes est plus efficace » 40%	« si je respecte le TRT je ne retourne pas à l’hôpital » Tristesse 2/10	Devoirs scolaires !!!! !!!!! → 0 1 2 3 5 6 7 8 9 10

Le Feed-back des séances : la technique du tableau des quatre colonnes a permis à Safia d'éclaircir les attitudes émotionnelles. L'échange qui en découle, facilité par la reformulation et le feed-back, a favorisé l'établissement d'une alliance thérapeutique.

La démarche appliquée pour assouplir les schémas dysfonctionnels face à la douleur :

Les buts annoncés sont donc :

- Prendre conscience à l'enfant l'existence des schémas ;
- Prendre conscience du poids des inconvénients qu'ils imposent dans les situations de vie et entre autres quand ils sont suractivés en cas de douleur ;
- Prendre conscience de la technique de la balance pour agir sur l'assouplissement du schéma (serait-il plus avantageux ou désavantageux de conserver ces schémas).

L'assouplissement des schémas par la technique de pondération ou travail de balance est une technique qui sert à évaluer les avantages et inconvénients du schéma. Le niveau de chaque argument est pondéré.

« L'hypothèse de traitement thérapeutique de Young repose sur la possibilité d'assouplir un schéma en activant son ou ses schémas antagonistes pour que les idées dysfonctionnelles disparaissent, remplacées par des idées plus adaptées ». (S.Rusinek , 2006 :64). Pour mener à bien cette démarche nous avons procédé à faire penser les avantages et inconvénients du schéma : incompétence, autocontrôle insuffisant, méfiance, sacrifice de soi, attachement et dépendance. Ces schémas ayant pris les valeurs les plus importantes à l'échelle des schémas cognitifs inadaptés de Safia.

Tache assignée : La tâche qu'elle est amenée à accomplir serait, en fonction des situations apportées d'énumérer les avantages et inconvénients des schémas identifiés préalablement en phase A du protocole. Il s'agit de peser le pour et le contre des conséquences du schéma. Cette méthode de pondération est aussi nommée technique argument pour/ argument contre.

L'objectif de ce travail thérapeutique de revenir avec des situations problématiques résolues est de décrire les situations et faire la balance des conséquences positives / conséquences négatives des situations. Un tableau de balance ci dessous est remis à l'enfant sur lequel sont mentionnés les avantages et inconvénients des schémas. Les schémas les plus hauts scorés ayant des valeurs entre 6 et 5 sont pris en compte pour assouplissement.

Tableau 6 Balance des avantages et inconvénients des schémas (Safia)

SCHEMAS	Quels sont les avantages à l'existence de ce schéma ?	Quels sont les inconvénients à l'action des ces schémas/les éléments me prouvant qu'il est néfaste pour moi ?
l'autocontrôle insuffisant scoré à 6	« Je ne sais pas »	« Je ne me contrôle pas, c'est pas bien »
l'attachement scoré à 6	« S'est rassurant ça donne de la sécurité »	« Je n'apprends pas à compter sur moi-même »
La méfiance scorée à 6	« je suis Vigilante »	« Mauvaises relations Rater des occasions Ça donne la peur »
La dépendance scorée à 5	« Ça me fait gagner du temps »	« Je n'apprends pas... J'attends les autres pour faire les choses.... Ça rend nerveux »
Sacrifice de soi scoré à 5	« Avoir de bonnes relations ça compte comme une bonne action « hassana »	« Je m'oublie... J'ai de mauvaises relations avec moi »
l'incompétence scoré à 5	« Faire plus d'efforts »	« Manque de confiance On devient triste » »

Le Feed-back des séances : cette méthode a été laborieuse pour Safia qui a fournis des efforts considérables pour terminer cette tâche et ce, à travers le temps qu'elle a mis pour l'achever ainsi que la difficulté à élaborer sa pensée. Ainsi, pour l'auto-contrôle insuffisant Safia n'a pas pu élaborer une pensée concernant l'avantage de ce schéma. Elle a compris néanmoins son inconvénient. Il qui est responsable de son énervement facile et sa difficulté d'agir contre sa volonté. Cette méthode a permis de lever certaines ambiguïtés chez Safia ; elle réalise que

l'assouplissement de ses schémas précoces inadaptés lui a permis aussi d'éclaircir ses prises de position et ses attitudes émotionnelles inefficaces.

La démarche appliquée pour traiter le locus de contrôle :

Le lieu de contrôle externe chez Safia lui permet d'attribuer la douleur et la maladie à des facteurs externes tels que la mal chance et autrui (Médecin et traitement médicamenteux inefficace), « je n'ai pas de chance »

Chacune de ses idées externes que nous avons relevé du discours, du tableau des trois et quatre colonnes ainsi que de la technique de flèches descendantes est reprise sur un tableau internalité/externalité puis analysée différemment.

Les techniques de restructuration cognitives sont favorites à l'accomplissement de cette tâche (voir sur tableau N° 5).

Nous nous sommes basés sur la méthode socratique suivant laquelle nous invitons Safia à se questionner par rapport à chaque idée externe: *Comment pourrais-je analyser la situation autrement ?*

Cette technique consiste en une discussion et questionnements aptes à amener l'enfant à modifier ses opinions et à percevoir d'autres alternatives de manière à impliquer sa responsabilité.

Notre intention n'est pas de contredire les propos et croyances de Safia mais de lui demander seulement de considérer les faits et d'envisager d'autres interprétations possibles où elle met du sien en se posant la question : « Comment pourrais-je analyser cette situation autrement ? » *« La forme interrogative est donc typique des interventions du thérapeute : » est-il bien toujours vrai que... ? » ; « n'y a t-il pas d'autres solutions ? ; « peut-on dire toujours cela ? » ; « est- ce une règle générale sans exception aucune ? » ; « si on considère le point de vu opposé, qu'est ce qu'on pourrai dire ? »... » J. Cottraux (2004 : 164).*

L'intérêt de l'utilisation de la technique socratique serait d'atteindre ce qu'il est possible de considérer comme une cognition de surface, c'est à dire une règle, une habitude de pensée que l'on proposera de modifier à chaque fois que possible.

Tableau 7 modification de l'externalité à l'internalité (Safia)

Idée a tendance externe	Questions	Idée à tendance interne
« Le médecin n'a pas su »	Si depuis ta sortie de l'hôpital tu n'as plus eu de plaques, ça te feras changer d'idée ?	« Il a fait des études pour guérir les maladies je dois suivre ce qu'il me dit..., faire attention à moi, ne pas faire de mouvements brusques.... »
« C'est une maladie grave, ils ne savent pas la guérir »	peut-on dire toujours cela ?	« les médecins étudient pour guérir les gens...je dois comprendre ma maladie pour que je les aide ».
« Je n'ai pas de chance »	« est- ce que la malchance est une règle générale, sans exception aucune, dans la vie de Safia ? »	« c'est une maladie qui me donne d'autres chances... voir, aller à l'école,... j'ai d'autres chances, sortir ...je dois faire ce que le médecin me dit »
« Le médecin ne m'a peut-être pas donné le TRT qu'il faut »	si on considère le point de vu opposé, qu'est ce qu'on pourrait dire ? et qu'est ce qu'on doit faire pour rendre le TRT efficace ?	« Je dois faire confiance au TRT... le prendre correctement...et aider les médecins »
« A cause de la douleur et de la maladie ma moyenne a baissé, si c'était pas cette maladie, j'aurais eu 8 ou 9 »	« n'y a t-il pas d'autres explications ? »	« je dois fournir plus d'efforts,dans les matières qui ont baissé ma moyenne(mawed el hifdh) »

Le Feed-back des séances : cette méthode a permit à Safia d'auto-observer son idéation externe qui favorise une attitude passive et qu'en s'impliquant aux efforts des médecins, les conséquences peuvent infléchir sur ses idées, émotions et comportements.

Action sur la douleur par la distraction : Les sens auditif et visuel sont particulièrement utilisés pour la distraction qui n'est pas une forme passive de diversion de l'attention mais bien une forme active qui décentre la perception de la douleur. Plus l'enfant parvient à être absorbé, plus sa douleur sera réduite.

N'importe quelle activité agréable peut servir de distraction, mais il était nécessaire de décider à l'avance d'une liste de distractions possibles que la patiente veut utiliser.

Se référant à l'histoire connue de «La petite vendeuse d'allumettes », nous avons expliqué le phénomène neurophysiologique de la concentration et l'imagerie mentale sur l'inhibition du message douloureux ; puis en fonction des centres d'intérêts de Safia et aussi avec son choix comme activité favori, nous lui proposons l'assignation de la tâche suivante : reproduire sur le tableau des quatre colonnes le score de sa douleur sur la première, identifier l'émotion qui accompagne la douleur sur la seconde, la cognition sur la troisième, puis reporter dans la quatrième colonne l'idée alternative. Safia doit à ce moment choisir une activité ludique ou intellectuelle nécessitant une concentration soutenue durant une demi-heure ; puis elle réévalue son score de douleur de 0 à 10 sur la cinquième colonne. Safia choisies comme occupations la lecture, les devoirs scolaires, les activités manuelles, le jeu de poupée et les jeux électroniques (voir tableau 5 page 146).

1.2.2. Les techniques émotionnelles :

La restructuration cognitive a déjà fait ses preuves quant à la modification de l'importance des états émotionnels. Le tableau des quatre colonnes montre qu'en modifiant la cognition, l'état émotionnel change systématiquement. Pratiquement, nous avons ajouté d'autres techniques qui visent l'action sur les états émotionnels par :

* La diminution de l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire (voir page 113)

* La technique de la relaxation de Jacobson: (voir page 114).

En son domicile, nous avons appris à Safia comment obtenir un état de détente physique et psychique (contrôle de la respiration, de la fréquence cardiaque) permettant de réduire et de maîtriser les symptômes anxieux. Nous avons accompagné Safia dans cette pratique durant deux séances. Progressivement, elle a assimilé et continué toute seule à raison de deux séances par jour. La simplicité d'apprentissage de cette méthode a permis une bonne adhésion de Safia malgré quelques difficultés les premières séances : « Les premières séances j'avais du mal à me détendre, mes épaules et mon ventre restaient tendus ». Grâce à cette technique, Safia a apprécié la détente musculaire lui apporte un bien-être.

Démarche appliquée pour agir sur le style de coping :

Le catastrophisme, le pessimisme, l'anxiété, l'autocontrôle insuffisant, le sentiment d'impuissance et d'incompétence, la dépendance sont tous hautement scorés chez Safia et ils représentent des facteurs en faveur d'un coping passif centré sur l'émotion.

Les aspects cognitifs et émotionnels qui sont les vecteurs les plus importants dans les stratégies d'adaptation ont été déjà modifiés et pris en compte par la restructuration cognitive et la relaxation ; reste à agir sur les aspects comportementaux qui en fait, en sont des conséquences des cognitions et émotions.

Les stratégies centrées sur le problème que nous visons à développer (appelés aussi par certains auteurs, coping vigilant ou encore actif) sont des stratégies actives d'adaptation. Les techniques comportementales incitent Safia à l'entraînement à la compétence et à encourager son auto-efficacité. Plus elle s'implique plus elle accroît son autonomie. Nous avons procédé pour cela à :

- modifier son degré d'implication : tenir un carnet de prise de TRT médicamenteux, et RDV de contrôle.

- agir sur un degré cognitif ou motivationnel pour changer ou maîtriser la situation de douleur (utilisation du tableau des quatre colonnes de Beck ainsi que par les exercices de diversion attentionnelle). En évaluant les scores de l'intensité de la douleur avant et après effort intellectuel soutenu, Safia a réalisé concrètement qu'elle est capable de réduire sa douleur. En effet les scores ont diminué de 2 à 6 points selon les scores de douleur notés par Safia (voir tableau des quatre colonnes)

Le sentiment d'impuissance et d'incapacité se trouve réduit après la prise de conscience des émotions et comportements automatiques qui augmentent et/ou entretiennent la douleur, Safia s'engage à apprendre à utiliser un éventail de réponses de coping plus adapté.

Pour cela, des objectifs sont fixés à travers une assignation des tâches d'auto-renforcement positif à domicile qui consistent à:

- *consolider les acquis

- * Aider aux activités simples (exemple dresser et débarrasser la table, ranger ses affaires, aide à des travaux ménagers simples)

- * Réduire la dépendance vestimentaire, alimentaire et de soins corporels, ce qui renforce l'autonomie et l'auto-efficacité.

- *S'accorder des récompenses suite à chaque effort réalisé :S'acheter un livre de conte (Safia aime la lecture), une gourmandise...

1.2.3. Les techniques comportementales :

Elles ciblent la modification des interactions mère/enfant par conditionnement classique et conditionnement opérant. Les réponses comportementales nous sont fournies et enrichies par la grille d'observation et la grille d'entretien qui nous offrent la possibilité d'analyser le type de conditionnement de l'enfant à la douleur.

Le conditionnement classique : L'approche comportementale explique que la douleur chronique et les comportements douloureux associés sont influencés par des processus de conditionnement ; la douleur chronique est pour cela un comportement appris. L'analyse des réactions comportementales se traduit en général chez Safia par l'évitement (ne plus jouer dehors, s'isoler, s'allonger, interrompre les activités ludiques, arrêter de bouger, pleurer...)

La mère encourage fortement ces comportements conditionnés Stimulus (douleur)/ Réponse (passivité) « quand elle a mal, je lui dis ne fais absolument rien, va te reposer, allonges-toi, fait comme à l'hôpital ». Aussi « quand elle veut m'aider, je lui dis tu ne peux pas, va t'allonger... vas dans la chambre tiède (chambre ensoleillée et proche du chauffage) ». « Je ne la laisse pas sortir jouer à la balançoire du parc de la cité, j'ai peur qu'elle tombe ou qu'un de ses vaisseaux s'éclate » Safia réagit à ces propos par une colère, sa négociation finit par des pleurs. « Elle me fait de la peine, mais je préfère qu'elle se repose » « parfois je me dis qu'elle n'a rien fait pour mériter cela »

Nous avons à ce moment recommandé à la mère :

- de s'informer, et de documenter sur la maladie de sa fille pour arriver à une adaptation optimale entre la vie de sa fille qui a besoin de vivre son enfance, sa scolarité et sa maladie. Mme B à pris conscience que certains de ses comportements étaient induits par son anxiété. Plus elle élargissait ses connaissances sur la maladie plus elle devenait efficace. « je ne lui interdis plus les sorties ; elle peut sortir pour un moment sans participer aux jeux violents »
- d'encourager l'auto-efficacité en faisant participer sa fille à des travaux ménagers simples ; une attitude adaptée qui fait tendre vers un coping actif,
- favoriser les relations avec les pairs au lieu d'isoler sa fille à cause de la maladie,
- Malgré un style d'attachement sécure, nous avons favorisé les liens mère/fille et encouragé la communication qui dans l'échelle est moins bien scorée (23) que le sentiment de sécurité (36) (voir l'inventaire d'attachement page 135) .

Le conditionnement opérant : Le conditionnement opérant ou instrumental est un processus d'apprentissage impliquant le changement de la probabilité d'une réponse par manipulation des conséquences de celle-ci. Il permet une analyse du comportement observable dans ses relations et ses conséquences, et de ce fait, clarifier toutes les variables en jeu. Le comportement de la douleur renforcé positivement par des gains secondaires peut augmenter ou diminuer la perception de la douleur.

La grille d'observation et entretiens nous offrent certains aspects des comportements maternels inadéquats qui entretiennent la douleur : aide à l'habillage, déplacement aux toilettes, alimentation... le programme de conditionnement opérant consiste à :

1- la réduction des bénéfices secondaires dont le plus important chez Safia est de dormir dans la chambre parentale. « Depuis qu'elle est malade, elle dort à mes côtés, elle me l'a demandé au début, puis à l'hôpital ; maintenant elle a prit l'habitude ». C'est en effet un comportement régressif non adapté qui constitue en effet un facteur d'entretien de la maladie et de la douleur.

Le comportement douloureux qui jusque-là était renforcé positivement par un rapprochement physique de la mère à travers des demandes matérielles capricieuses auxquelles elle cède (conditionnement opérant) va être remplacé par un comportement égalitaire de la fratrie.

Mme B nous rapporte que Safia jalouse ses frères surtout le benjamin et qu'elle fait même preuve d'agressivité envers lui. La mère va récompenser les comportements positifs minimes soit-ils de Safia envers ses frères, entraide, bienveillance, échanges affectifs au lieu de guetter les comportements négatifs appuyés par des reproches répétés.

2- Eviter l'absentéisme comme bénéfice secondaire sauf si l'indication est médicale: Au retour de l'école, nous avons recommandé à la mère d'exercer un renforcement positif verbal ou gestuel (conditionnement opérant) comme récompense affective à l'effort exercé par Safia tout en verbalisant sa satisfaction.

3- Il est nécessaire de parler de Safia et de ce qu'elle fait de positif quand elle n'a pas mal, et ne pas s'intéresser à elle juste au moment de la douleur.

Pour une attitude adéquate :

1/ Encourager un changement de discours en utilisant comme outil la reformulation et l'empathie.

D'après la grille d'observation des interactions mère/enfant au moment de la douleur réalisée lors de l'hospitalisation de Safia, nous avons relevé qu'il y avait peu de contact physique, Mme

B est souvent assise au pied du lit, les bras croisés, même à son domicile elle se met très souvent au bord de la banquette.

Elle vit la maladie de sa fille comme une injustice, parfois comme une punition.

2/ Renforcer les liens d'attachement :

Le style d'attachement mère/enfant dans le cas de Safia est sécure. Afin d'influencer de manière positive la qualité des soins maternels et des interactions mère/enfant qui constituent un aspect fondamental de la prise en charge, nous avons établi un programme d'intervention qui vise directement les dimensions comportementales. L'intervention sur les aspects relationnels de la dyade mère/enfant peut modifier la perception de la douleur. Nous avons ciblé et intervenu sur les points suivants :

- 1- Sensibilité de la mère à la douleur, qui vise la sensibilité aux signaux de détresse et l'amélioration de l'écoute. Donner le temps et favoriser l'expression verbale des affects.
- 2- Développer une communication positive avec empathie et authenticité,
- 3- Eviter les propos catastrophiques « j'ai peur que ses vaisseaux éclatent » qui potentialisent l'anxiété de Safia.
- 4- Le ressenti de Mme.B par rapport à la maladie de sa fille est révélé dans grille d'entretien. Elle est perçue comme une souffrance. Elle la vit comme une épreuve parfois comme une injustice « qu'est ce que j'ai fait au bon Dieu » ; elle répond par souvent à (la maladie de mon enfant est une punition pour moi). « quand elle a mal, elle me fait de la peine »
- 5- Sensibiliser Mme.B à un travail d'accompagnement, vu que la maladie chronique nécessite de réserver une place capitale à la dimension affective. Il s'agit de maintenir un degré de proximité et de contact surtout lorsque Safia manifeste de l'inquiétude ou de la détresse.

1.3.PHASE B (POST-TEST : REEVALUATION ET ENTRETIEN) :

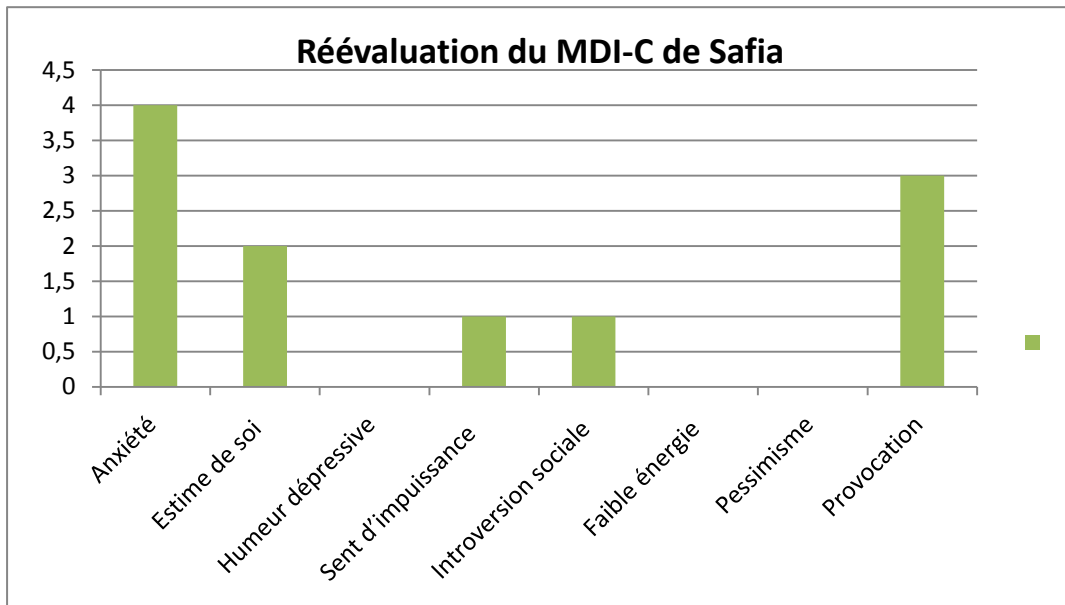
Réévaluation de l'échelle de dépression MDI-C :

Les notes brutes transformées en Notes T aux huit échelles de la MDI-C sont les suivantes :

- Anxiété = 4 qui équivaut à une Note T de 53
- Estime de soi =2 qui équivaut à une Note T de 55
- Humeur dépressive =0 qui équivaut à une Note T de 44
- Sentiment d'impuissance = 1 qui équivaut à une Note T de 40
- Introversi on sociale =1 qui équivaut à une Note T de 52
- Faible énergie =0 qui équivaut à une Note T de 40

- Pessimisme =0 qui équivaut à une Note T de 40
- Provocation =3 qui équivaut à une Note T de 55

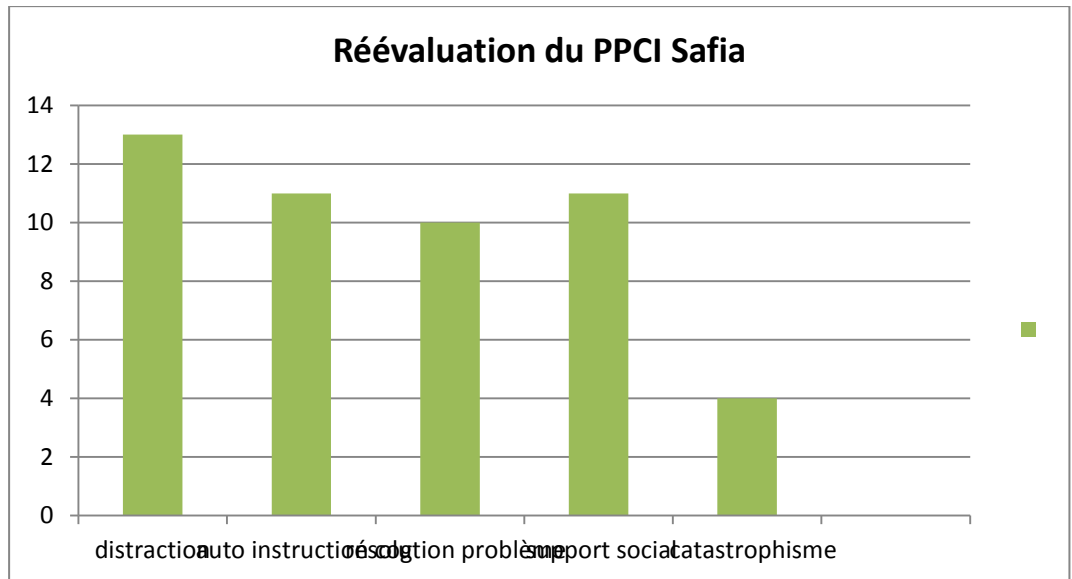
Le score Total = 11, il équivaut à une note T Totale de 48 sur la table d'étalonnage (Annexe 6) qui est en dessous de 56. Cette note indique l'absence de dépression.



Histogramme 4 : Réévaluation de la dépression(Safia)

Réévaluation de l'échelle du coping face à la douleur (PPCI) de Safia : Les scores obtenus sont :

- la distraction =13
- l'auto instruction cognitive =11
- la résolution du problème =10
- la recherche d'un support social = ...11
- le catastrophisme =04

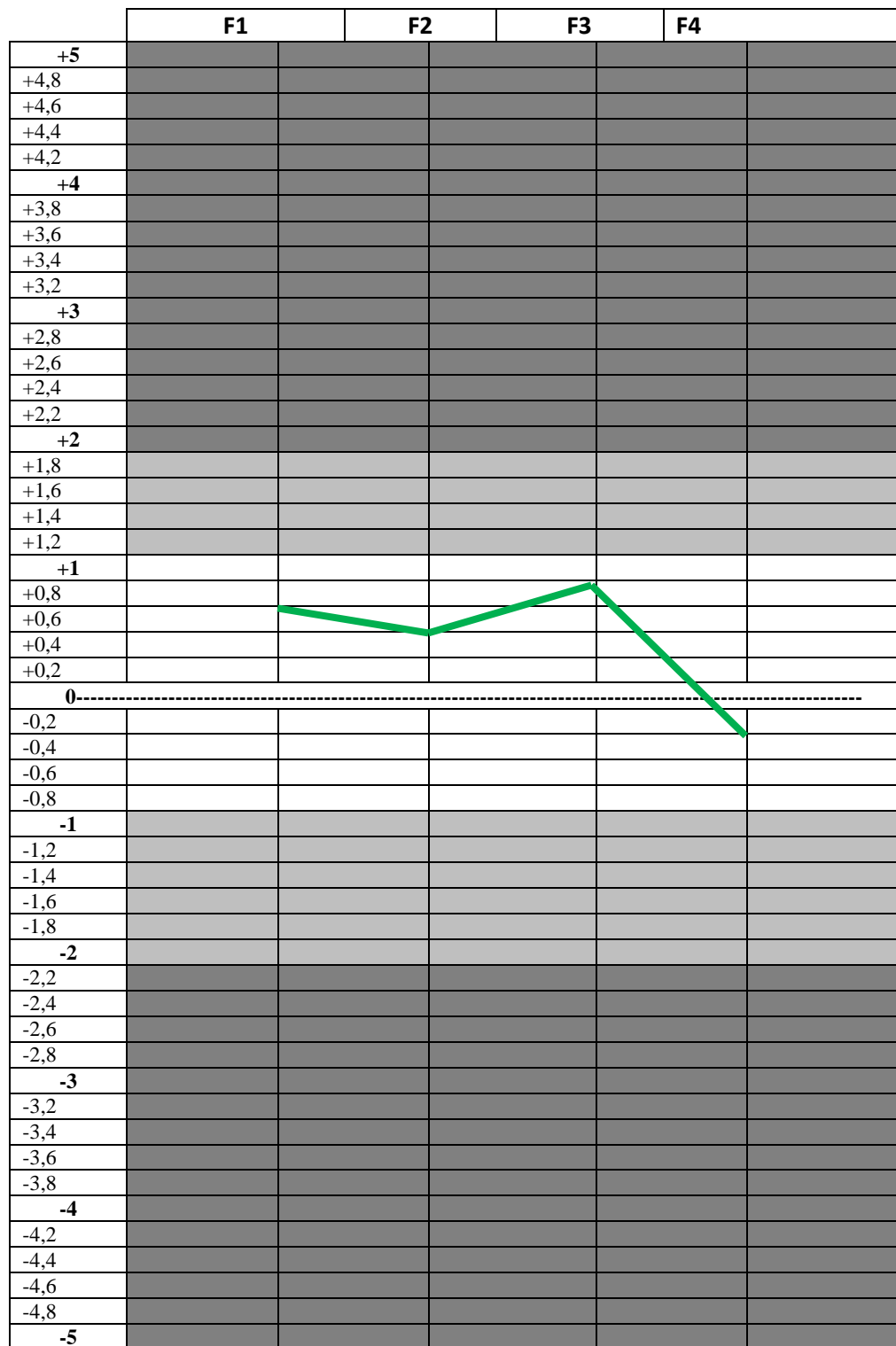


Histogramme 5 : Réévaluation du coping (Safia)

- Le facteur **F1** obtenu après addition des scores des items : 1, 3, 4, 5, 8, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39 et 41 = **22** qui correspond à **0.6** en note transformée selon la table d'étalonnage. (Annexe 9)
- Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **12** qui correspond à **0.4** en note transformée selon la table d'étalonnage.
- Le Facteur **F3** est obtenu après l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **10** qui correspond à **0.8** en note transformée.
- Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = **5** qui correspond à **-0.4** en note transformée selon la table d'étalonnage.

La reproduction des chiffres sur le graphe nous permet de visualiser un tracé qui met en apparence une zone située en dessus de la ligne 0 ce qui indique l'utilisation de stratégies adaptées face à la douleur chronique. (Voir feuille de profil N°2 page 158).

Feuille de profil N°2



Légende : (F1) Recherche de support social

(F2) Recours à l'auto instruction cognitive

(F3) Recherche de distraction

(F4) Recherche d'efficacité

Réévaluation de l'échelle des schémas cognitifs de Safia :

Schéma	Score
Incompétence	2
Carence émotionnelle	2
Isolement	2
Autocontrôle insuffisant	2
Méfiance	5
Sacrifice de soi	2
Sens moral incapable	2
Abandon	1
Attachement	3
Vulnérabilité	3
Dépendance	3
Inhibition émotionnelle	2
Peur de perdre le contrôle	2

Nous remarquons que la réévaluation est marquée par des modifications des scores qui ont baissé par rapport à la première évaluation de 1 à 4 points. Cette différence concerne principalement l'autocontrôle insuffisant qui a baissé de 6 à 2 ; l'incompétence, le sacrifice de soi et l'attachement ont baissé de 3 points ; enfin la dépendance a diminué de 2 points.

Réévaluation du lieu de contrôle

Plus les valeurs augmentent vers 24 (valeur optimal), plus le lieu de contrôle tend vers l'internalité. Inversement, si la valeur baisse vers le 0, elle implique un lieu de contrôle external. Concernant la réévaluation du lieu de contrôle de Safia, le score obtenu est passé de 10 à 14. Il tend plus vers 24 le pôle du lieu de contrôle internal.

1.4. Discussion :

A comparer avec la première évaluation nous relevons chez Safia des émotions plus positives. Elles proviennent d'une idéation qui dénote un optimisme marqué.

Concernant l'échelle de dépression MDI-C, le score global était de **34**, il correspond à une Note T = **64** qui était en faveur d'une dépression modérée.

La réévaluation montre un score Total = **11**, il équivaut à une note T= **48** qui est en dessous de 56. Cette note indique l'absence de dépression. Le tableau ci-dessous montre les modifications des Notes T entre la première et la seconde évaluation.

Tableau 8 l'échelle de dépression Safia (notes T du test- Retest)

Sous échelle	Evaluation 1 (Note T)	Evaluation 2 (Note T)	Difference
Anxiété	63	53	10
Estime de soi	59	55	04
Humeur dépressive	63	44	19
Sentiment d'impuissance	67	40	27
Introversiion sociale	58	52	04
Faible énergie	61	40	21
Pessimisme	67	40	27
Provocation	51	55	-04

Le score de la sous-échelle de pessimisme est passé de la note T=67 qui tendent vers la sévérité à la note T= 40 qui indique l'absence de dépression.

Les sous échelles qui ont nettement diminué en Note T sont le pessimisme et le sentiment d'impuissance avec une différence de 27 points ; suivis de la faible énergie qui est passée de 67 à 40. L'humeur dépressive a baissé de 19 points et enfin l'anxiété a réduit de 10 points.

La provocation a par contre augmenté de 4 points.

En ce qui concerne les stratégies d'adaptation face à la douleur, le tableau si dessous nous montre les différences entre la première et seconde évaluation :

Tableau 9 :Les scores de l'échelle de coping (Safia) (Test- Retest)

Sous échelles	Evaluation 1	Evaluation 2
Distraction	06	13
Auto-instruction cognitive	02	11
Résolution du problème	05	10
Recherche d'un support social	11	11
Catastrophisme	09	04

Le catastrophisme qui souligne une idéation négative et amplifiée a baissé de 09 à 04 points, Safia a plus tendance à l'auto-instruction cognitive. Le score de cette dernière est passé de 2 à 11 ce qui indique que Safia a développé des stratégies centrées sur le problème et actives plutôt qu'émotionnelles. Au lieu d'envisager des scénarios dramatiques négatifs de la douleur.

Face à la douleur, Safia a développé des compétences consistant à trouver une solution au problème. Cette aptitude s'est concrétisée dans la réévaluation par une augmentation du score de la résolution du problème qui est passée de 05 à 10. Safia a palpé le bénéfice de la méthode de distraction. Les scores de la douleur diminuent considérablement quand elle adopte cette méthode. La stratégie de distraction a en effet augmenté de 06 à 13 points. *« L'intervention cognitive atténue l'impulsion neuronale évoquée par le stimulus nociceptif. La distraction a été incorrectement perçue comme une simple tactique de diversion dans laquelle le sujet est totalement passif. Au contraire l'activation neuronale est bien présente et mesurable. Elle seule garantit la réduction de la douleur. L'enfant n'ignore pas simplement la douleur, il la réduit ».* Tharstum, Zachariae et Herlin (2001).

Plus la distraction et l'auto-instruction augmentent plus le catastrophisme diminue.

La stratégie de soutien sociale est par ailleurs maintenue dans les deux évaluations à 11.

Le lieu de contrôle dans le cas de Safia est externe *« a cause de ma maladie, ma moyenne a baissé » « les médecins ne savent pas ».* *« les sujets dits « externes » perçoivent les éléments comme étant sous contrôle de forces extérieures à eux-mêmes : le hasard, la chance, le destin, ou des personnes plus puissantes qu'eux ».* I.M. Blackburn et J. Cottraux (1988 :34).

La patiente observe qu'elle a une attitude passive et qu'en s'impliquant aux efforts des médecins, les conséquences peuvent infléchir sur ses idées émotions et comportements. La réévaluation de l'échelle du lieu de contrôle a marqué une modification des scores. Safia est passé de **10** à **14**. C'est un score qui tend vers l'internalité.

La modification d'un style externe vers un style interne permet de développer le sentiment d'auto-efficacité. L'auto-efficacité est une composante de contrôle. C'est le sentiment que Safia a pu percevoir de sa capacité à agir sur sa douleur, ce qui favoriserait un coping actif.

Le lieu de contrôle chez Safia devient interne. Elle réalise à travers la méthode de restructuration cognitive qu'elle a des ressources non négligeables et des compétences qui lui permettent de ne pas être passive et attribuer les aléas de sa maladie aux autres, mais qu'il faut s'impliquer et agir dans le changement du cours de sa maladie et d'atténuer sa douleur favorisant ainsi son adaptation.

Plus elle est dans l'externalité moins elle mobilise ses capacités et ressources personnelles pour faire face à la douleur et à la maladie.

Tableau 10 Les scores de l'échelle des schémas cognitifs(Safia) Test-retest

Schéma	Evaluation 1	Evaluation 2
Incompétence	5	2
Carence émotionnelle	2	2
Isolement	2	2
Autocontrôle insuffisant	6	2
Méfiance	6	5
Sacrifice de soi	5	2
Sens moral incapable	2	2
Abandon	1	1
Attachement	6	3
Vulnérabilité	3	3
Dépendance	5	3
Inhibition émotionnelle	2	2
Peur de perdre le contrôle	2	2

L'échelle des schémas cognitifs montre que les scores des schémas sur lesquels nous avons agi ont diminué de 1 à 4 points. Les schémas qui ont réduit de 4 points est celui d'autocontrôle insuffisant. Safia à un meilleur contrôle émotionnel. La relaxation et la restructuration cognitive ont été bénéfiques pour réduire et gérer le stress généré par la douleur et la maladie. Le schéma d'attachement dont le contenu fait référence à l'incapacité de se détacher de l'opinion et des influences des parents, a réduit de 3 points ce qui implique une prise de position qui s'autonomise et tend vers la dépendance qui a baissé de 2 points. Safia s'oriente moins vers les autres pour faire face à ses difficultés. Le sacrifice de soi a baissé de 3 points. Safia réinvestit sa personne, signe de sortie de la dépression.

Safia oriente ses schémas vers la croyance en un niveau d'aptitude et de réussite plus important.

1.5. PHASE D'ENTRETIEN :

Notre objectif à ce stade est de prolonger la méthode de restructuration cognitive pour laquelle la patiente est déjà bien entraînée. Nous avons ciblé comme objectif le rehaussement de l'estime de soi qui a peu augmenté au Re-test.

Nous revoyons avec Safia l'ensemble des progrès que nous avons réalisés ensemble. En dehors des progrès cognitifs, émotionnels et comportementaux nous relevons chez Safia de meilleurs soins de son apparence. Safia a obtenu une meilleure moyenne trimestrielle 8,75. Sa mère nous

dit que son comportement n'est plus l'insolement ; avec ses frères les relations se sont améliorées.

Nous informons Safia sur la nécessité d'entretenir les acquis afin d'éviter une rechute qui impose un suivi régulier sur quatre mois (une fois par mois, puis une fois par bimestre). Une prolongation des séances de relaxation est maintenue à cette phase pour favoriser contrôle émotionnel.

1.6 CONCLUSION :

Le but principal des programmes d'autogestion proposé dans ce protocole est de donner à Safia un rôle actif dans le contrôle de sa douleur. L'analyse des réactions comportementales se traduisent par l'évitement (s'allonger, arrête l'activité, arrêter de bouger...), cognitives (prières) nous permet d'orienter vers d'autres modalités comportementales pour mettre fin aux styles de coping passif et mal adaptés..

La phase B du protocole a montré à Safia le rôle actif qu'elle peut avoir dans la modification de ses cognitions, émotions et comportements. Le protocole de notre étude insiste sur le fait d'apprendre ou réapprendre à l'enfant à adopter un comportement adapté face à la douleur. Les stratégies d'intervention sont axées alors sur l'implication active aussi bien de l'enfant que de la mère.

Le cas de Safia met en exergue la complexité du phénomène de la douleur chronique dans le vécu psychologique de l'enfant. Son impact dans l'étude de cas de Safia se traduit par une dépression modérée. Safia a un style de coping centré sur l'émotion. Son évaluation primaire face à la douleur est perçue comme un évènement particulièrement stressant ; sa réévaluation secondaire lui permet d'estimer les capacités et ressources dont elle dispose comme insuffisantes pour faire face à sa douleur. La restructuration cognitive ainsi que le travail sur les schémas précoces offrent une nouvelle manière de percevoir la douleur et donc d'améliorer les stratégies de coping. Par l'utilisation de la distraction, Safia a pu diminuer les scores de douleur, ce qui a renforcé son sentiment d'efficacité. L'application des thérapies comportementales par le conditionnement classique et opérant et des thérapies cognitives par la restructuration cognitive nous ont favorablement aidés à modifier les comportements douloureux aussi bien pour Safia que pour sa relation avec sa mère. En effet, la modification des comportements et attitudes maternels a permis dans le cas de Safia un rapprochement dans la relation et un enrichissement des interactions traduit par une communication riche empathique et surtout efficace.

2. CAS N° 2 TARIK :

2.1. PHASE A : (phase évaluative dépourvue de toute intervention thérapeutique) :

2.1.1. Le déroulement des séances :

Les séances se sont étalées sur une durée de cinq mois et demie du 09 Janvier au 26 Mai 2017 avec une périodicité de 1 séance par jour durant la première semaine de son hospitalisation qui a duré 15 jours puis trois séances de la seconde semaine. Une à trois séances par semaine durant les hospitalisations des mois qui ont suivi.

Toutes les séances se sont déroulées au service de pédiatrie du CHU de Sidi-Bel-Abbès lors des périodes d'hospitalisation de Tarik. La salle de jeu du service nous a été réservée pour les consultations en alternance avec les autres psychologues cliniciens. En fonction de son état, quelques séances se sont déroulées dans la chambre d'hôpital disposée de deux lits. La mère qui a toujours accompagné son fils lors de ses hospitalisations occupe le second lit si le nombre d'enfants hospitalisés se trouve réduit.

Nous avons commencé par expliquer le rôle de la psychologie dans la prise en charge de la maladie et de la douleur chronique. Tarik et sa mère ont été aussitôt favorables pour un suivie. La mère a marqué un intérêt particulier pour la prise en charge : « mon fils en a bien besoin ».

2.1.2. Description des séances :

2.1.2.1. Les séances de 1 à 4 :

Elles se sont basées sur l'étude de quatre points que nous allons développer successivement :

1/ l'écoute et l'observation : Notre observation fut appuyée lors de l'hospitalisation de Tarik par une grille (Annexe N°4) dont la conception tient à montrer les liens entre l'expression de la douleur et la sensibilité maternelle ainsi que les interactions mère/enfant qui s'opèrent lors des moments douloureux, à savoir :

- la communication et interactions de la mère à l'enfant
- la communication et interactions de l'enfant à la mère
- les comportements de l'enfant en terme d'autonomie /dépendance

2/ le recueil de données anamnestiques s'est basé sur une grille d'entretien (Annexe N°3) que nous avons élaboré afin de rassembler le maximum de données personnels et familiaux,

3/ l'évaluation et application des échelles psychométriques,

4/ le diagnostic.

2.1.2.1.1 L'écoute et l'observation :

Tarikest un garçon âgé de 13 ans, originaire et demeurant dans un village situé à 45 Km de Sidi-Bel-Abbès. Il est situé au troisième rang d'une fratrie de cinq garçons âgés entre 19 et 10 ans. Les cadets sont des jumeaux. Hormis le frère aîné, ils sont tous scolarisés. Aucun d'entre eux ne traite pour une quelconque pathologie. Toufik est scolarisé en première année moyenne ; ses résultats sont juste moyens (entre 9 et 10/20 de moyenne) ; son rendement nous dit Mme K a toujours été moyen. Il a doublé la deuxième année primaire « Il apprend mais il oublie vite...en plus la maladie, les absences... ce n'est pas facile...»

Tarik est de petite taille par rapport à son âge. Son visage est peu expressif. Bouffit, il donne l'illusion d'une surcharge pondérale. Son apparence est peu soignée. Sa mère nous confirme : « Il n'aime pas se doucher, ni se changer...si je ne lui dit pas de se laver ou se changer... il ne la fait pas ». Tarik est pâle, son regard est triste. Les yeux baissés, il s'exprime avec lenteur, sur un ton monocorde, de manière très brève et d'une voix très basse. Tarik paraît très calme mais las. Il s'est montré très peu coopératif et spontané durant les premières séances.

Ses relations sociales sont très réduites. Tarik nous révèle qu'il est souvent seul et retiré «je n'aime pas sortir dehors... souvent on m'insulte, ils me disent smina » (Grosse) « Au collège, eux ils jouent, moi je reste seule...dans la cours, ils jouent...moi je reste debout, je les regarde ». Aucune activité extra scolaire n'est pratiquée. Tarik est dispensé de l'activité sportive. Parfois il assiste en spectateur aux séances de sport « J'aime beaucoup le foot bal mais je ne peux pas jouer avec les enfants du quartier...je ne peux pas courir... » « Quand je regarde par la fenêtre mes copains jouer, je sens que je les envie...je me dis : si je pouvais être comme eux » « je me sens différent d'eux : eux ils peuvent jouer moi non ; eux ils sont en bonne santé moi je suis malade ».

Le rendement scolaire de Tarik a toujours été juste moyen. Il nous dit : « A cause de la maladie, mes résultats ne sont pas bons ».

Mme K nous décrit son fils comme très gentil et susceptible ce qui le rend parfois nerveux. Avec ses frères, « il a de bonnes relations mais il lui arrive de chercher les problèmes », « il est très gentil ne m'a jamais causé de problèmes dans la rue ni à l'école » « depuis qu'il est malade, il est irritable, s'énerve facilement, pour la moindre contrainte ». Son frère aîné est plutôt protecteur « Je l'aime plus parce qu'il me fait sortir et il m'achète des choses ». Ses frères sont parfois jaloux de lui nous rapporte Mme K, « je le sors avec moi parce que c'est le plus gentil, il se tient bien.»

Tarik est proche de son père qu'il décrit comme affectueux : il est à l'écoute de son fils « quand j'ai mal c'est lui qui me fait des massages, il m'achète le pain sans sel, ma mère elle m'ignore elle est occupée à faire la couture ».

Mme K est âgée de 49 ans. Elle exerce comme couturière. Son mari exerce une fonction libérale. La famille vie modestement dans un appartement assez confortable. Le niveau économique est juste moyen. Le couple semble harmonieux s'entraïdant financièrement. Il n'est passé par aucune crise de séparation malgré les difficultés de cohabitation avec la belle famille. Le couple est autonome depuis 12 ans ; suite à l'acquisition d'un appartement au cinquième étage.

Histoire de la maladie :

La première consultation datée du 10/06/ 2015 fut motivée par l'apparition d'un état fébrile prolongé 38/41°, des sueurs nocturnes et une faiblesse musculaire qui ont posé l'indication d'une hospitalisation au niveau du service de pédiatrie du CHU de Sidi-Bel-Abbès. Après investigations le diagnostic d'arthrite chronique idiopathique fut posé. Depuis l'âge de 11 ans Tarik est régulièrement hospitalisé pour œdèmes et arthralgies à diverses articulations : poignet droit et/ou gauche, membres inférieurs, genoux gauche ou de manière bilatérale, dorsalgies, coude et index gauches. Des poly arthralgies sont parfois évoquées par le patient. Les hospitalisations sont d'une durée de 2 à 4 semaines d'une moyenne d'une hospitalisation par trimestre.

Les traitements administrés sont principalement les antalgiques, anti-inflammatoires et corticothérapie. Une kinésithérapie fut indiquée afin de pallier aux limitations des mouvements. Le 20 Avril 2017, l'hospitalisation de Tarik a révélé une myocardite ayant compliqué le tableau clinique du patient.

2.1.2.1.2 Recueil de données anamnestiques :

Tarik est né d'une grossesse désirée et suivie médicalement ; les circonstances de sa naissance n'ont marqué aucun accident pré, péri ou post-natal. Comme troisième garçon, la mère l'a accueilli avec déception ; elle souhait une fille.

Tarik fut allaité au sein 17 jours seulement. Il fut sevré suite à l'hospitalisation de la mère causée par une maladie infectieuse qui a duré un mois ; puis un allaitement exclusivement artificiel fut instauré.

Lors de la petite enfance, les antécédents pathologiques ne soulignent aucune maladie significative. Le calendrier vaccinal fut suivi correctement. Le développement psychomoteur a connu un rythme se situant dans les limites du normal selon les dires de la mère: acquisition de la posture assise à 06 mois, la marche autonome à un an et demi, les premiers mots à 18 mois, l'acquisition de la propreté aussi bien nocturne que diurne fut acquise à trois. Mme K nous dit qu'elle ne s'est pas suffisamment consacrée à Tarik « deux ans après, j'ai eu les jumeaux, je l'ai négligé ».

Les passes temps de Tarik sont consacrés à diverses activités surtout individuelles. Mme K nous rapporte qu'il aime jouer aux voitures et les jeux de course, qu' « il est retiré, n'aime ni sortir ni jouer, il n'aime pas s'éloigner de moi » Tarik rêve d'être un pompier.

Lors de son hospitalisation, Tarik manifeste de la culpabilité envers sa mère et ses frères qui sont obligés d'assurer les tâches ménagères et faire à manger en l'absence de leur mère.

2.1.2.1.3 – Evaluations, application des échelles et interprétation :

Les échelles appliquées dans le cas de Tarik sont :

- L'IPPA : L'inventaire de l'Attachement aux Parents et aux Pairs
- Le PPCI : Inventaire du faire face en douleur pédiatrique
- Le MDI-C : l'échelle composite de dépression
- Echelle de lieu de contrôle
- Inventaire des schémas précoces

2.1.2.1.4. Résultats des tests pratiqués :

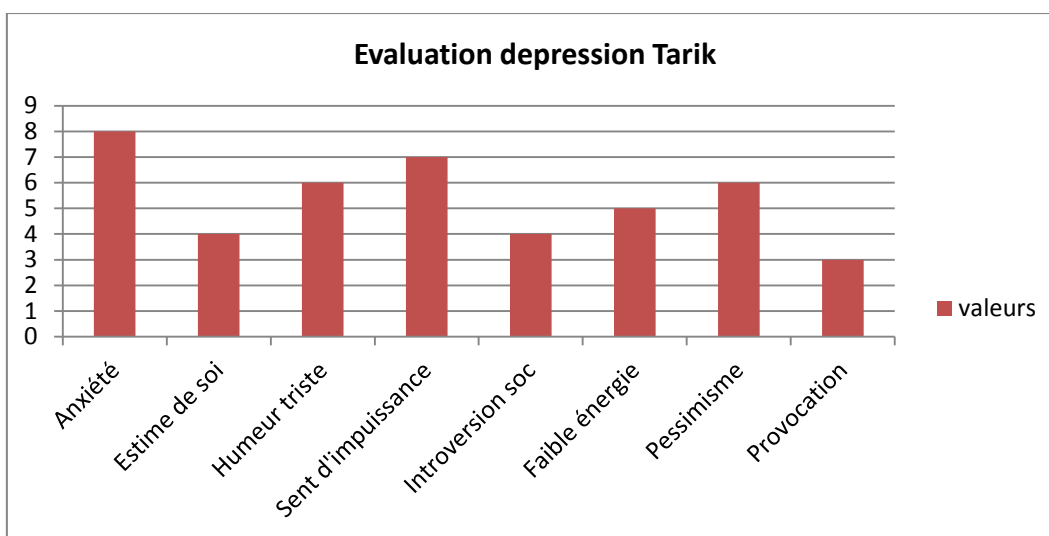
Résultats de l'échelle de dépression MDI-C :

Les notes brutes transformées en Notes T aux huit échelles de la MDI-C sont les suivantes :

- Anxiété = 8 qui équivaut à une Note T de 70
- Estime de soi =4 qui équivaut à une Note T de 67
- Humeur triste =6 qui équivaut à une Note T de 72
- Sentiment d'impuissance = 7 qui équivaut à une Note T de 69
- Introversi on sociale =4 qui équivaut à une Note T de 70
- Faible énergie =5 qui équivaut à une Note T de 65
- Pessimisme =6 qui équivaut à une Note T de 68
- Provocation =3 qui équivaut à une Note T de 53

L'interprétation des résultats montrent que les Notes T comprises entre 66 et 75 indiquent des niveaux de symptomatologie en relation avec une dépression modérée à sévère.

Dans le cas de Tarik, le score global est de **43**, il correspond à **une Note T= 72** sur la table d'étalonnage (Annexe 7). Au MDI-C, il est en faveur d'une dépression modérée mais le score tend plus vers la sévérité que vers la modération puisque la sévérité est située à partir de T = 75. La reproduction des scores sur l'histogramme permet de mieux visualiser les niveaux des huit sous-échelles.

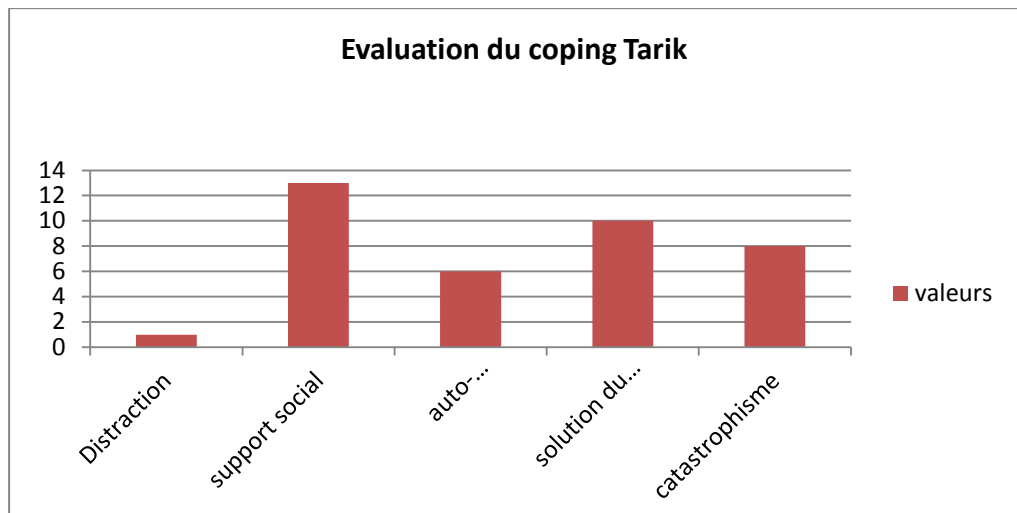


Histogramme 6 : sous-échelles de Dépression (Tarik)

Résultats de l'échelle du coping face à la douleur (PPCI) de Tarik :

Les scores obtenus sont :

- la distraction =**01**
- l'auto instruction cognitive =.....**06**
- la résolution du problème =**13**
- la recherche d'un support social = **10**
- le catastrophisme =**08**

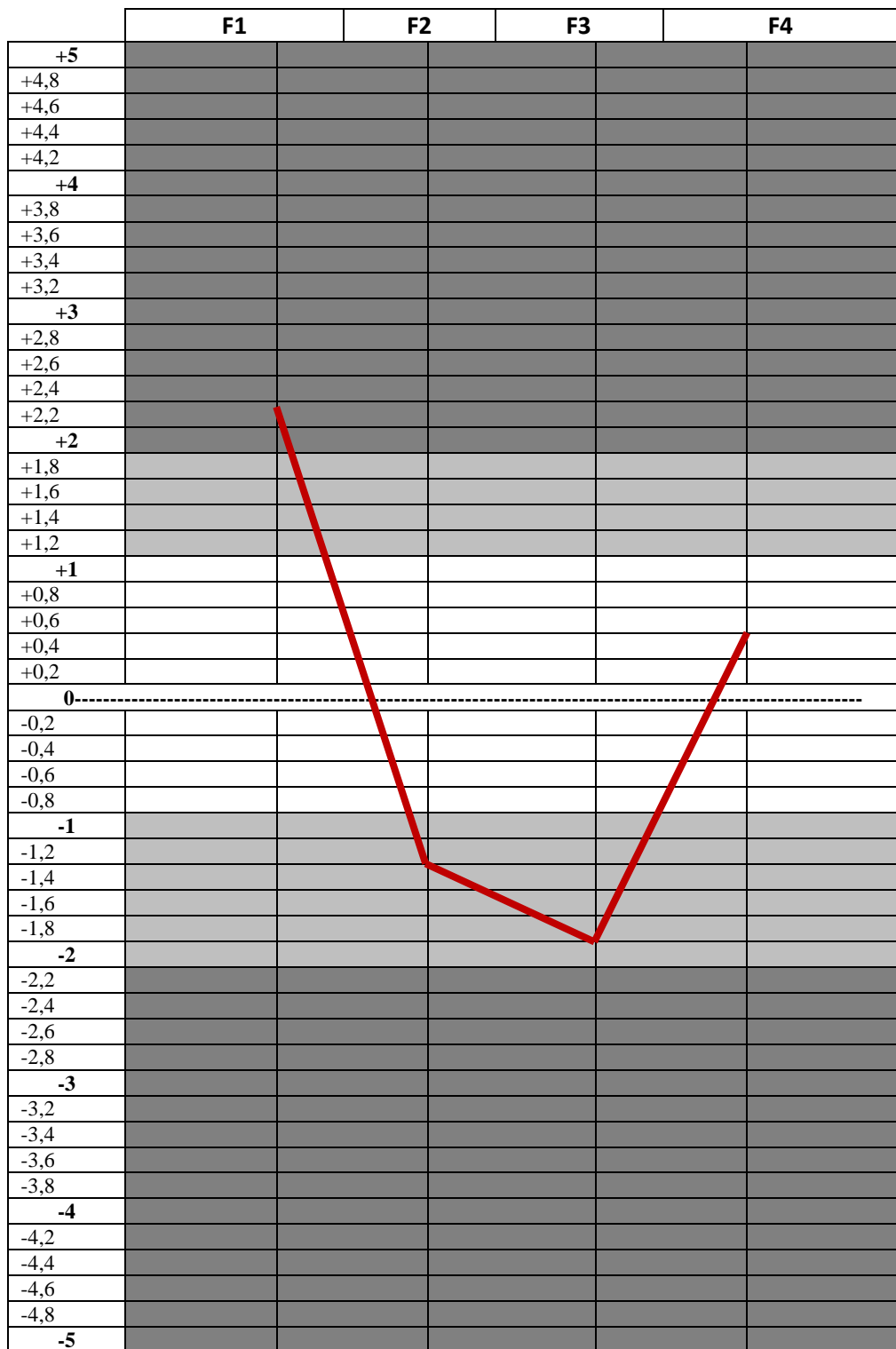


Histogramme 7 : Sous-échelles de coping (Tarik)

- Le facteur **F1** obtenu après addition des scores des items : 1, 3, 4, 5, 8, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39 et 41 = **25** qui correspond à **2,2** en note transformée selon la table d'étalonnage(Annexe10) . 2.2 indique un coping adapté
- Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **7** qui correspond à **-1.4** en note transformée selon le tableau d'étalonnage. -1.4 se situe en dessous de la ligne 0, elle indique un coping non adapté.
- Le Facteur **F3** est obtenu après l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **0** qui correspond à **-2,0** en note transformée. Elle se situe en dessous de la ligne 0, elle indique un coping non adapté.
- Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = 6 qui correspond à **0.4** en note transformée selon le tableau d'étalonnage.0.4 se situe en dessus de la ligne 0 , elle indique un coping adapté

La reproduction des chiffres sur la feuille de profil nous permet de remarquer un tracé qui met en apparence une zone située en dessous de la ligne 0 ce qui indique l'utilisation de stratégies inadaptées face à la douleur chronique. (Voir feuille de profil N°3).

Feuille de profil N°3



Légende : (F1) Recherche de support social

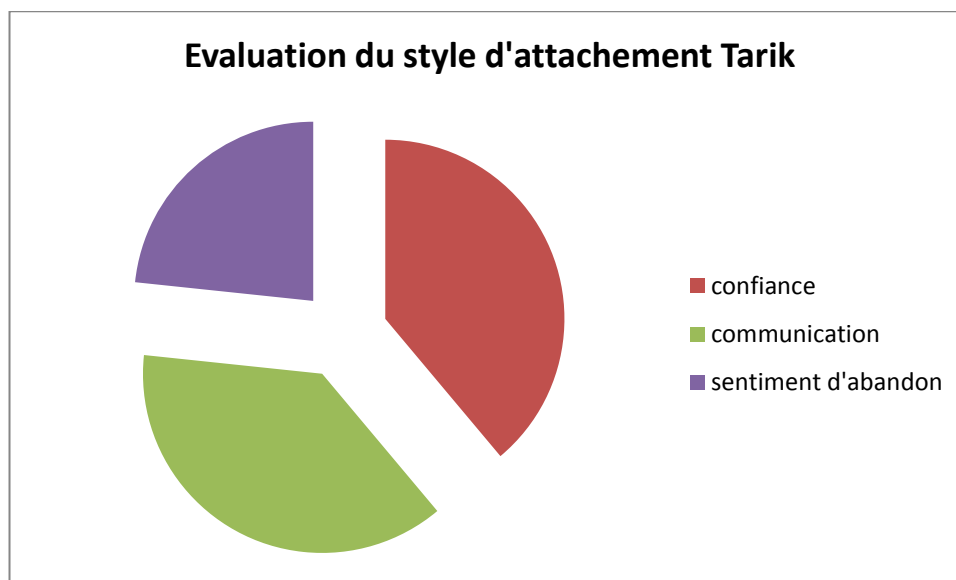
(F2) Recours à l'auto instruction cognitive

(F3) Recherche de distraction

(F4) Recherche d'efficacité

Résultats de l'Inventaire de l'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA) (rubrique attachement à la mère seulement) :

- Le score obtenu en confiance = **35**
- Le score obtenu en communication = **34**
- Le score obtenu en sentiment d'abandon = **15**



Secteur 2 :Evaluation des composantes du style d'attachement (Tarik)

Afin d'obtenir un score global de sécurité, il suffit d'additionner les scores de confiance et de communication, puis diviser pour obtenir une moyenne.

La moyenne des scores de confiance et de communication est de **3,8**.

La moyenne du score de sentiment d'abandon est de **3,5**.

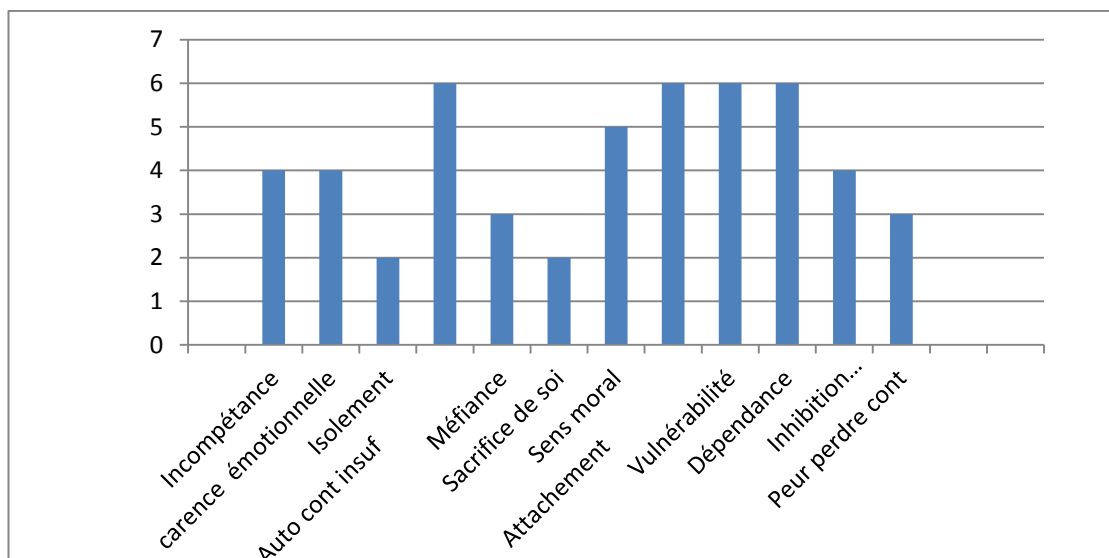
Le protocole de Tarik indique une élévation infime de la moyenne des scores de confiance et de communication avec la moyenne du sentiment d'abandon; ce qui permet de dire que Tarik a un style d'attachement «ambivalent ».

Résultat de l'échelle de lieu de contrôle :

Plus les valeurs augmentent vers **24** (valeur optimal), plus le lieu de contrôle tend vers l'internalité. Inversement, si la valeur baisse vers le **0**, elle implique un lieu de contrôle externe. Dans le cas de Tarik, le score obtenu est de **8**. Il est de ce fait en faveur d'un lieu de contrôle externe.

Résultat de l'échelle des schémas cognitifs :

Schéma	Score
Incompétence	4
Carence émotionnelle	4
Isolement	4
Autocontrôle insuffisant	6
Méfiance	3
Sacrifice de soi	2
Sens moral incapable	5
Abandon	5
Attachement	6
Vulnérabilité	6
Dépendance	6
Inhibition émotionnelle	4
Peur de perdre le contrôle	2



Histogramme 8 : Schémas cognitifs (Tarik)

L'addition des notes obtenues aux deux questions relatives à chacun des schémas nous indique la présence de ce dernier. Un schéma est considéré « présent » si le sujet donne la réponse maximale très souvent (3 points) aux deux items correspondant au schéma.

Les schémas présents prenant 6 points dans le cas de Tarik (comme le montre l'histogramme) sont : la dépendance, l'autocontrôle insuffisant, la vulnérabilité, l'attachement. Sont classés en

deuxième position les schémas de sens moral implacable, l'abandon. Enfin les schémas ayant pris une note de 4 sont : l'incompétence, la carence émotionnelle, l'inhibition émotionnelle.

2.1.2.3 Discussion des résultats :

L'échelle de dépression MDI-C, révèle dans le cas de Tarik des scores de certaines sous-échelles significativement élevés. La Note T la plus élevée est celle de l'humeur triste = 72 frôlant le seuil de sévérité ; elle reflète l'aspect extérieur de Tarik qui semble abattu et accablé. Elle est suivie de l'anxiété et l'introversion sociale qui sont amplement scorées = 70. L'anxiété est corrélée avec le schéma d'auto contrôle insuffisant et de vulnérabilité qui ont pris des notes maximales = 6. Socialement, Tarik est peu imprégné avec ses pairs. Les aléas de la maladie (douleurs, troubles articulaires qui limitent la mobilité), la crainte du regard et jugement de ses camarades à cause de son « surpoids » font tendre le comportement vers l'isolement et le retrait social. Sa mère nous dit « Il est retiré...depuis qu'il est malade, il n'aime pas sortir avec ses copains...il se plaint toujours d'ennui mais il ne veut pas jouer...s'il sort c'est avec moi ». A l'école, Tarek nous dit : « Dans la cours, ils jouent, moi je reste debout, je les regarde ». L'isolement n'est pas présent comme un schéma cognitif car il est scoré à 2 seulement, ce qui implique que le retrait social de Tarik n'est pas un comportement choisi ; mais plutôt imposé par la maladie et ses répercussions psychologiques.

Le pessimisme et le sentiment d'impuissance prennent les Notes T élevées = 68, 69 traduisant une difficulté de Tarik à estimer ses capacités. Ces notes tendent vers la sévérité. « *Un enfant avec une note élevée sur l'échelle Pessimisme peut avoir une apparence morne, triste et un sentiment de basse efficacité personnelle* ». J.Berndt, C.Kaiser (2008 :16). L'échelle de coping traduit le pessimisme par une idéation négative concrétisée par un score de catastrophisme élevé = 8 qui à son tour potentialise l'anxiété et la dépression. Il marque une idéation dépressogène.

Le catastrophisme souligne en effet une idéation négative ; une variable qui détermine les réactions émotionnelles dépressives. Souvent, Tarik a tendance à envisager le pire scénario, « le traitement m'a détérioré (rechali) l'os ». L'attente ou la crainte des conséquences négatives de la douleur est caractérisée par la présence d'amplification et de rumination négatives: «cette maladie va durer », « je vais coincer du dos et ne pourrais pas me pencher » « Mes articulations vont bloquer et je ne pourrai pas marcher ».

Le schéma d'incompétence est présent avec un score de 4. L'échelle de coping souligne dans le même sens la difficulté de Tarik à mettre en oeuvre ses capacités cognitives dans la gestion de sa

douleur : La distraction scorée à 1 seulement révèle une passivité et l'attente des autres de lui porter assistance ; ce qui est confirmé par l'échelle de coping par l'élévation importante du score du support social = 13.

En terme d'incompétence, les scores laissent comprendre que Tarik se sent incapable et souhaite avoir plus d'appui de la part de son entourage familial. La présence du schéma cognitif de dépendance est confirmée avec un score de 6 = note maximale.

Le schéma d'attachement est présent avec un score de 5. Il va dans le même sens du schéma d'incompétence et de dépendance car ce schéma renvoi à une incapacité de se détacher de l'opinion et des influences des parents. Ces schémas nous expliquent parfaitement la tendance dans la recherche du support social. Plus on se perçoit incompetent, plus on est dépendant.

L'estime de soi prend une Note T = 67 située entre la modération et la sévérité. Elle déteint sur les propos du patient : « je n'ai pas de chance, les autres sont en bonne santé, moi je suis malade » « comme je suis gros, quand je sors, les gens me regardent » « Quand je regarde par la fenêtre mes copains jouer, je me dis que j'étais comme eux ». L'inventaire des schémas cognitifs inadaptes indique la présence du schéma de sens moral implacable scoré à 5 dont le contenu est le désir de perfection pour soi même et incapacité à être satisfait par ses actions.

La faible énergie appuie notre observation. Tarik se sent rarement en forme, il est donc peu actif. La Note T = 65 se situe entre la modération et la sévérité. *« Les notes élevées à cette échelle sont symptomatiques du bas niveau d'énergie qui accompagne souvent la dépression »* J.Berndt, C.Kaiser (2008 :16)

Tarik vit sa maladie comme une faiblesse, une frustration, une perte, une injustice, une exclusion. « j'en ai marre de cette maladie...j'ai mal, je ne joue pas, je reste à la maison, quand je suis hospitalisé je mange sans sel ».

Le lieu de contrôle dans le cas de Tarik est externe « a cause de ma maladie, mes résultats ne sont pas bons » « les médicaments ne m'ont rien fait, ils détériorent mes os ». Plus Tarik explique ses événements de vie négatifs en les attribuant à autrui plus il est dans l'externalité et par conséquent moins il mobilise ses capacités et ressources personnelles pour faire face à la douleur et à la maladie.

2.1.2.4.- Diagnostic :

Selon les entretiens cliniques et l'observation, Tarik présente depuis une année les symptômes suivants :

- Une humeur triste.
- Une apathie avec ennui et activités ludiques limitées
- Perte des plaisirs et anhédonie
- Retrait social

- Des troubles de sommeil
- Un appétit marqué par des épisodes boulimiques
- Troubles neurovégétatifs (pâleur, nausées, céphalées...)
- Inquiétude
- Culpabilité
- Manque d'intérêt pour son apparence
- Lenteur psychomotrice
- Troubles cognitifs traduits par des difficultés de concentration et de mémorisation
- Idées sur la mort.

Selon le manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux DSM V (2015), Tarik répond aux critères A (1,2,3,6,7,8) ; B ; C ;D et Eposant le diagnostic d'un trouble dépressif caractérisé moyen portant le code : 296.22 (F32.1).

2.1.2.2. Les séances de 4 à 8 :

Elles furent destinées à l'information et l'éducation concernant le mécanisme de la douleur mis en relation avec l'émotion et la cognition. Nous avons donné également des explications psychophysiologiques en relation avec l'humeur et l'anxiété. Nous avons introduit par la même occasion l'application de la relaxation selon la méthode de Jacobson ainsi que la méthode de contrôle respiratoire. Le premier essai fut pratiqué dans la chambre d'hospitalisation.

Nous avons expliqué le principe ainsi que l'intérêt de l'évaluation de la douleur en nous appuyant sur l'échelle numérique de 0 à 10. Les aspects étudiés durant ces séances se basent sur les points suivants :

- Le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles.
- L'analyse fonctionnelle
- L'établissement d'un contrat thérapeutique

Aucune intervention thérapeutique n'a été réalisée à ce stade.

2-1-2-2-1 Le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles :

Pour repérer les idées automatiques et dysfonctionnelles, deux techniques sont utilisées :

1-Le tableau des trois colonnes de Beck : Une autre fiche d'auto-enregistrement (monitoring) fut remise au patient sur laquelle est représenté un tableau de trois colonnes : Situation, Emotion, Cognition.

- La première colonne représente une graduation de 0 à 10 sur lequel Tarik doit chiffrer l'intensité de sa douleur.
- La seconde contient des bulles dans lesquelles il doit écrire le(s) sentiment(s) qui accompagnent sa douleur.

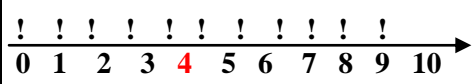
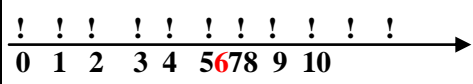
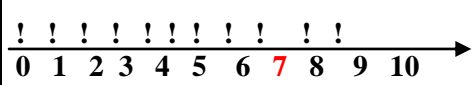
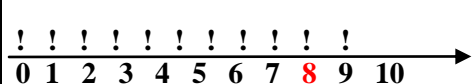
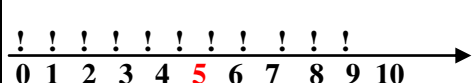
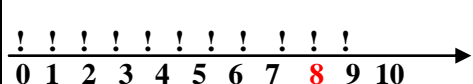
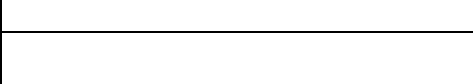
- La troisième contient également des bulles différentes dans lesquelles Tarik doit reporter l'idée, la pensée ou l'image mentale qui se présente à lui au moment de la douleur de manière spontanée et automatique.

Après la notation dans la troisième colonne la pensée automatique associée à l'émotion induite par la douleur, Tarik doit apprécier son niveau de croyance en son idée. Cette estimation se base sur l'utilisation d'une échelle en pourcentage de 0 à 100% (d'aucune conviction à conviction totale).

Dans le protocole, nous avons proposé la présentation du tableau sous forme de bulles qui facilite à Tarik la compréhension et l'expression de ses idées et sentiments.

Les objectifs visés à ce stade est d'apprendre à Tarik de s'auto-observer et de prendre conscience de ses émotions ainsi que de ses idées. Les émotions relevées dans le vécu douloureux de Tarik sont négatives. Elles proviennent d'une idéation négative qui génère le pessimisme (voir tableau N° 11).

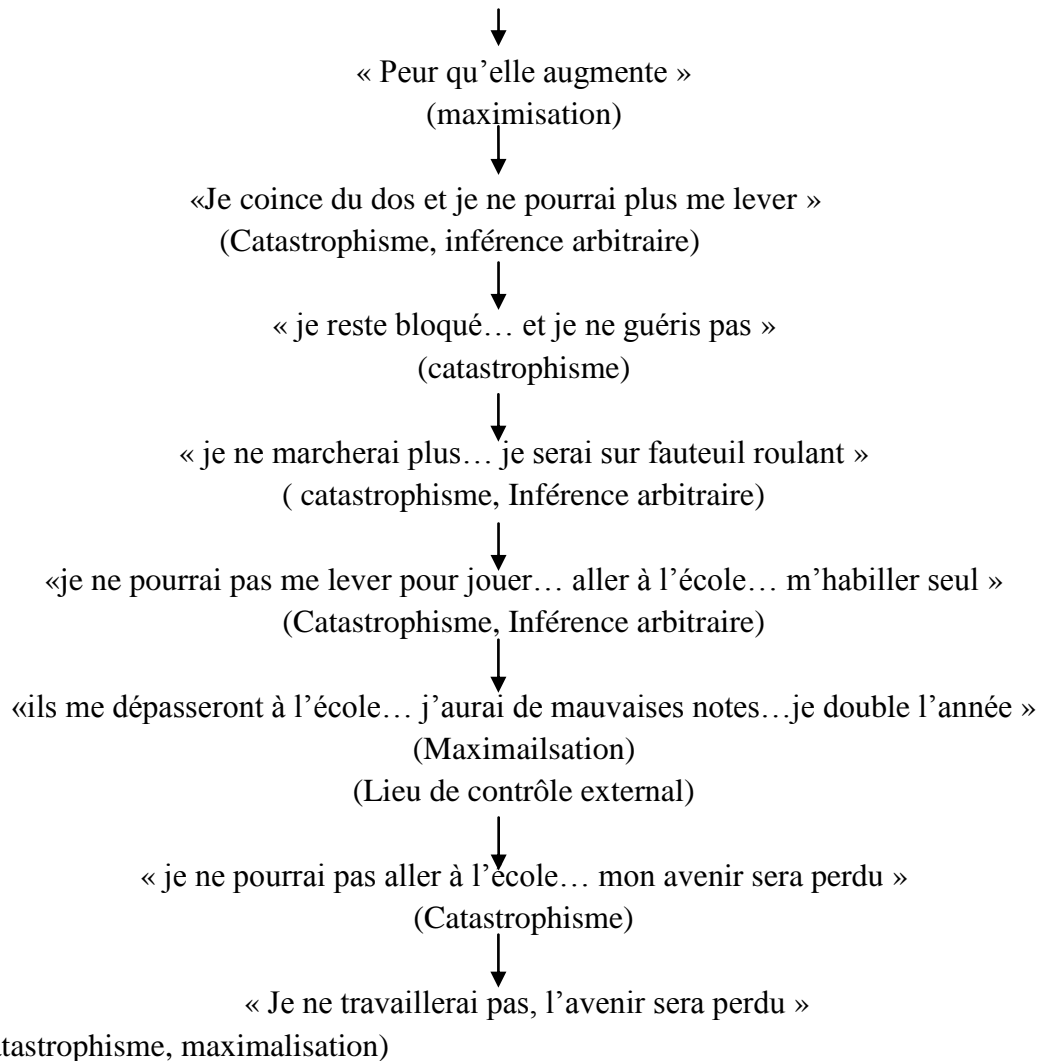
Tableau 11 : Les émotions et cognitions associés à la douleur chez Tarik

Douleur scorée de 1 à 10	Emotion	Cognition
	<p>Dégouté</p> <p>3/10</p>	<p>C'est tombé sur moi seulement...ya que moi qui suis malade 100%</p>
	<p>Anxiété</p> <p>5/10</p>	<p>Peut être j'ai fais quelque chose de pas bien 80%</p>
	<p>J'en ai marre de cette maladie</p> <p>Tristesse 7/10</p>	<p>Je ne vais pas pouvoir marcher 70%</p>
	<p>Tristesse</p> <p>8/10</p>	<p>ça m'est arrivé à moi seul. Peut être je ne pourrai pas manger avec ma main 50%</p>
	<p>Je suis contrarié</p> <p>8/10</p>	<p>Je vais avoir une mauvaise moyenne parce que je suis hospatialisé 90%</p>
	<p>Tristesse</p> <p>9/10</p>	<p>J'ai mal aux épaules peut être demain Je serai encore plus mal 100 %</p>
	<p>Dégouté</p> <p>9/10</p>	<p>Peut être que mon dos va coincer, je ne pourrai pas mepencher 50%</p>

<p>!!! !!! !!! !!! !!! !!! !!! !!! !!! !!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Triste</p> <p>7/10</p>	<p>Je vais m'enraidir (n'kaoucheh) et ne pourrai plus marcher 90%</p>
<p>!!! !!! !!! !!! !!! !!! !!! !!! !!! !!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Dégouté</p> <p>6/10</p>	<p>Pourquoi les autres se rétablissent moi je reste tjrs malade 100%</p>

2-La seconde manière de repérage des pensées automatiques dysfonctionnelles est celle des flèches descendantes :

Douleur

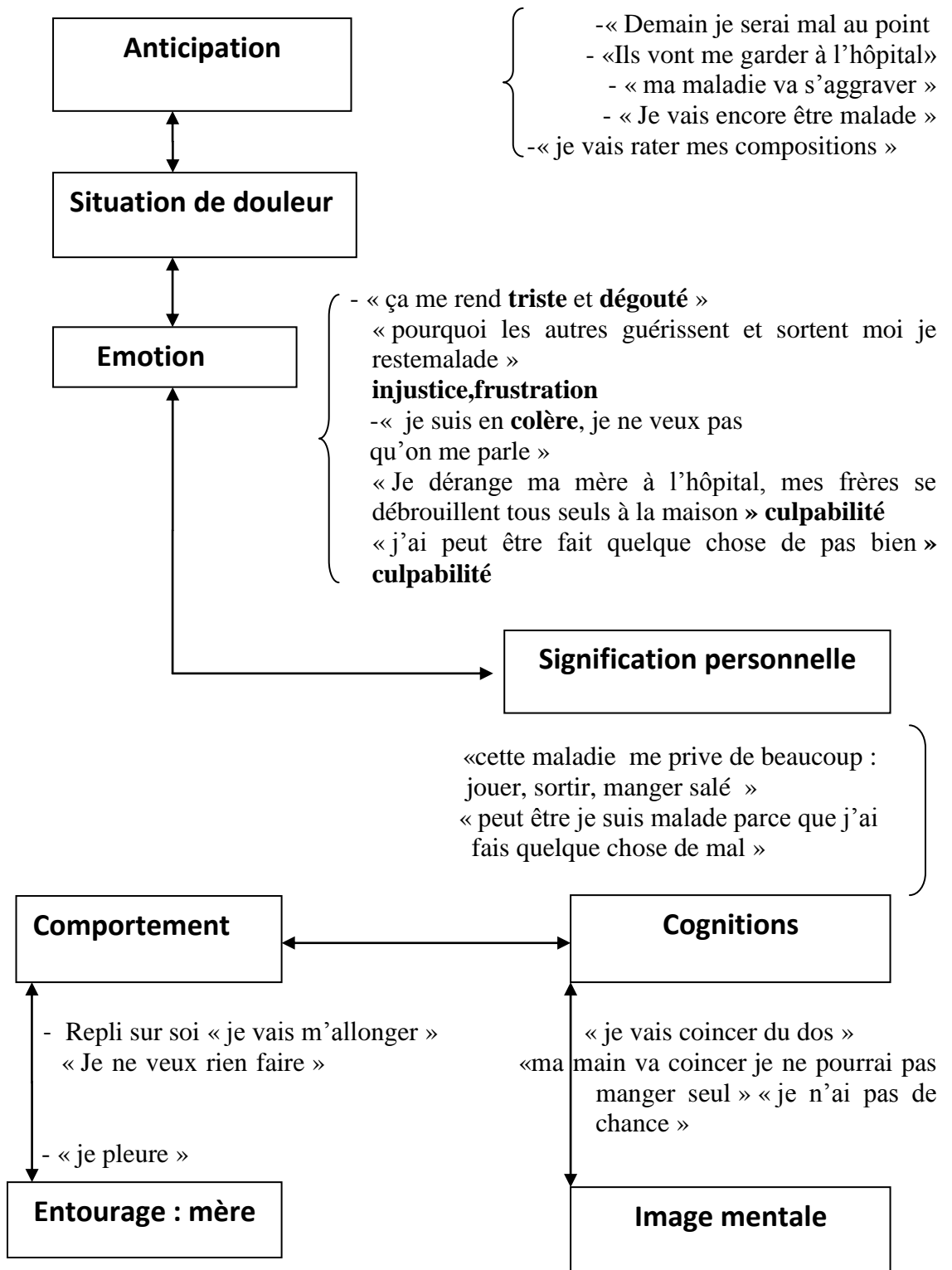


Le feed-back : nous avons souligné une aisance de Tarik qui semble apprécier et réaliser cette tâche sans effort considérable. Il se montre coopératif et très motivée. Grace au remplissage des

diverses fiches des colonnes de Beck et de la méthode des flèches descendantes, Tarik a pris aussitôt conscience des conséquences de ses pensées automatiques, systématiquement négatives et irrationnelles sur son comportement et son humeur qui est souvent triste. Il a compris que lorsqu'il a mal, ça génère en lui des émotions négatives telle que la tristesse, le dégoût, l'énervement.

2-1-2-2-2 l'analyse fonctionnelle : Il est primordial dans le protocole d'utiliser le modèle de la grille d'analyse SECCA de J.Cottraux : figure 6.3a (2004:112) afin d'observer directement et indirectement le comportement douloureux. Le but est de préciser les conditions de maintien ; ce qui nous permettrait d'étudier les pensées, les images mentales, les monologues intérieurs qui vont accompagner et /ou précéder la douleur.

Analyse fonctionnelle synchronique



« Je pleure du sang quand je vois qu'il a mal »
 Blocage articulaire
 Incitation au comportement d'évitement
 « je lui dit d'aller se reposer, il me fait de la peine »

« les cachets ont détérioré mes os »
 Impotence fonctionnelle « fauteuil roulant »

2-1-2-3 L'établissement du contrat thérapeutique:

Comme prévu dans le protocole le contrat thérapeutique centre quatre points essentiels qui ne peuvent faire abstraction de la motivation de l'enfant au changement :

* Nous avons expliqué à Tarik les principes, objectifs, stratégies et techniques utilisés en thérapies comportementales et cognitives.

* Il fallait l'informer qu'il devait participer activement aux progrès avec un esprit de collaboration et de respecter les recommandations.

* Nous avons défini (informé et décrits la façon dont va se dérouler la TCC) ; le déroulement des séances ainsi que les objectifs que nous désirons atteindre. Nous avons pour cela donné des explications claires à Tarik et sa mère sur la co-morbidité essentiellement, l'anxiété et la dépression dans l'expérience de la douleur chronique. Notre objectif à ce stade est:

- Agir sur la dépression par la restructuration cognitive,
- Assouplir les schémas cognitifs dysfonctionnels,
- Agir sur le lieu de contrôle qui est externe par la restructuration cognitive
- Diminuer l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire et de la relaxation

* Nous avons défini les étapes et les modalités de la prise en charge ainsi que ses délais de cette dernière que nous avons estimée de quatre à cinq mois puisque l'hospitalisation nous a donné la possibilité le rapprochement des séances.

Tarik s'est montré très favorable à la prise en charge. Sa mère nous a dit qu'elle avait souhaité des séances de psychologie pour son fils avant même notre rencontre.

2.2. PHASE B (application du protocole thérapeutique) :

De 8 à 16^{ème} séances

Elles ciblent des techniques cognitives, comportementales et émotionnelles dont l'objectif est d'aider le patient à agir sur sa douleur

2.2.1. Les techniques cognitives :

Elles visent :* L'action sur la dépression par la restructuration cognitive

* Assouplissement des schémas dysfonctionnels

* L'action sur le lieu de contrôle par rapport à la douleur

* L'action sur la douleur par la distraction

* Favoriser un coping actif

La démarche appliquée pour traiter la dépression face à la douleur : La mise en œuvre de la procédure thérapeutique consiste à mettre en évidence et traiter les distorsions cognitives qui amènent à la lecture erronée de la réalité : celle de la douleur. Nous les avons relevés chez Tarik à partir des tableaux de trois colonnes ainsi que de la technique de flèches descendantes:

- les inférences arbitraires : Tarik utilise des erreurs de logique qui l'incitent à conclure sans avoir de preuves. Ces erreurs se traduisent cliniquement par un style de pensée non fondé : «Je ne pourrai pas me lever pour jouer... aller à l'école... m'habiller seul », «Je coince du dos et je ne pourrai plus me lever » « je ne marcherai plus », « ils me dépasseront à l'école... j'aurai de mauvaises notes...je double l'année »

- la maximalisation : Tarik attribue une très grande valeur à sa douleur ainsi qu'à sa maladie conduisant à un catastrophisme idéationnel. En effet les idées qui accompagnent la douleur sont : « c'est une maladie grave » « je serai sur fauteuil roulant » « Je ne travaillerai pas, l'avenir sera perdu » « j'aurai de mauvaises notes...je double l'année » « je coince je ne pourrai pas me pencher » « je ne pourrai pas marcher »

- la sur généralisation : il s'agit d'élargir, à partir d'un fait ou d'une situation d'autres incidents problématiques, « il n'y a que moi qui suis malade, les autres tombent malades et se rétablissent » « Tous mes copains sortent, jouent, moi je reste à la maison »

- la personnalisation : La personnalisation qui consiste à ce que l'enfant s'attribue la responsabilité des évènements, surestime les relations entre les évènements défavorables et lui-même. « J'ai peut être fait quelque chose de pas bien »

Techniques de la restructuration cognitive utilisées :

Le tableau des quatre colonnes de Beck : Cette technique est utilisée comme tâche assignée. Elle concerne des tâches à domicile. L'application de la restructuration cognitive favorise une modification des distorsions cognitives en utilisant le tableau des 4 colonnes de Beck : situation, émotion, cognition, cognition alternative tout en réévaluant le degré de croyance sur un pourcentage de 0 à 100%. Tarik doit transcrire sur le tableau des quatre colonnes qui va lui permettre de continuer à s'auto-observer : observer ses pensées et émotions. La première colonne représentant la situation de douleur avec une évaluation sur une échelle graduée de 0 à 10. La seconde colonne concerne l'émotion qui accompagne la douleur ; dans une troisième colonne il inscrit la pensée automatique avec le degré de croyance ; dans la quatrième l'idée alternative qui accompagne la douleur. Tarik doit enchaîner avec une activité ludique choisie préalablement. La douleur est ensuite réévaluée après 30 mn en fin d'activité (voir tableau N°12).

Les pensées alternatives doivent émaner de Tarik qui est ainsi invité à élargir a conception du mécanisme de la douleur ainsi que des composantes qui la constituent. Il s'agit d'envisager d'autres interprétations possibles et d'encourager un esprit investigateur. Les pensées négatives sont considérées comme des hypothèses ainsiles émotions négatives et pénibles sont apaisées. Le tableau est remis comme tâche assignée à domicile.

Tableau 12 :Tableau des quatre colonnes (Tarik)

Situation de douleur de 0 à 10	Emotion	Cognition	Pensée alternative	Type de diversion et évaluation
<p>0 1 2 3 5 6 7 8 9 10</p>	Triste 8/10	« cette maladie va durer longtemps » 80%	« Si je fais ce que les médecins me disent, elle ne m'affecte pas » 40%	Jeux de fruits sur tablette <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> Tristesse 2/10
<p>0 1 2 4 5 6 7 8 9 10</p>	Irritable 4/10	« Pourquoi les autres sont guéris, moi je reste malade, je vais rester longtemps à l'hôpital » 60%	« D'autres enfants sont malades aussi » 80%	Course de voiture sur tablette <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> Irritabilité 2/10
<p>0 1 2 3 4 5 7 8 9 10</p>	Dégouté de cette maladie 9/10	« mon dos va peut être coincer je ne pourrai pas me pencher » 70%	« Je fais le massage, je suis mon régime pour que la maladie une m'affecte pas » 90%	Jeu de tir <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> Dégout 2/10
<p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p>	Ennui Dégout 7/10	« ya que moi personne ne me rend visite à l'hôpital, on ne s'intéresse pas à moi » 50%	« ils sont peut être occupés, moi je suis ici pour me soigner » 80%	Course de moto sur tablette <p>0 1 2 3 4 6 7 8 9 10</p> Dégout 3/10
<p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p>	Enervé 8/10	« je ne vais pas pouvoir marcher » 80%	« Quand on me donnera le nouveau TRT ça ira mieux, je pourrai aussi manger salé » 90%	Jeu de Dés sur tablette <p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p> Enervé 1/10
<p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p>	Tristesse 7/10	« c'est tombé uniquement sur moi » 40/100	« beaucoup d'autres enfants sont aussi malades, l'hôpital est plein » 90%	Jeu de Tank (protection de l'aigle des autres tanks) <p>0 1 2 3 5 6 7 8 9 10</p> Tristesse 2/10

Le Feed-back des séances : la technique du tableau des quatre colonnes a permis à Tarik d'éclaircir son monologue interne et de corriger des idées fausses. Le changement des idées fausses avec un haut niveau de croyance a pu atténuer les affects négatifs qui en découlent. La reformulation et le feed-back ont facilité l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Les idées positives, nous dit-il m'ont aidé de sortir de l'idée de maladie et de sentir de l'optimisme, les idées négatives par contre ne laissaient penser qu'à la maladie.

La démarche appliquée pour assouplir les schémas dysfonctionnels face à la douleur :

Les buts annoncés sont donc :

- Prendre conscience à l'enfant l'existence des schémas inadaptés;
- Prendre conscience du poids des inconvénients qu'ils imposent dans les situations de vie mais aussi quand ils sont suractivés en cas de douleur ;
- Prendre conscience de la technique de la balance pour agir sur l'assouplissement du schéma : (serait-il plus avantageux ou désavantageux de conserver ces schémas).

La technique de pondération ou travail de balance est une technique qui sert à évaluer les avantages et inconvénients du schéma. Le niveau de chaque argument est pondéré. « *L'hypothèse de traitement thérapeutique de Young repose sur la possibilité d'assouplir un schéma en activant son ou ses schémas antagonistes pour que les idées dysfonctionnelles disparaissent, remplacées par des idées plus adaptées* ». (S.Rusinek , 2006 :64)

Pour mener à bien cette démarche nous avons procédé à faire à penser à Tarik les avantages et inconvénients des schémas cognitifs les plus hautement scorés dans son cas: vulnérabilité, autocontrôle insuffisant, attachement et dépendance ; ces schémas ayant pris les valeurs maximales (6). Elles sont suivies du sens moral implacable (5) et enfin de l'incompétence, la carence émotionnelle, l'inhibition émotionnelle (4)

Tâche assignée :

Il s'agit de peser le pour et le contre des conséquences du schéma, il faut intégrer les bénéfices secondaires qui maintiennent le mode de pensée.

Cette méthode de pondération est aussi nommée technique argument pour/ argument contre.

Un tableau de balance ci dessous est remis à l'enfant sur lequel sont mentionnés les avantages et inconvénients des schémas.

Les schémas les plus hauts scorés ayant des valeurs entre 6, 5 et 4 sont pris en compte pour assouplissement.

Tableau 13 : Balance des avantages et inconvénients des schémas (Tarik)

SCHEMAS	Quels sont les avantages à l'existence de ce schéma ?	Quels sont les inconvénients à l'action des ces schémas/les éléments me prouvant qu'il est néfaste pour moi ?
L'autocontrôle insuffisant scoré à 6	« il n'y a rien de bon »	« Ma mère est fâchée contre moi quand je m'énerve, ça me rend triste » « Quand on se contrôle c'est mieux »
L'attachement scoré à 6	« S'est rassurant ça donne de la sécurité »	« Je ne me sens pas grand »
La dépendance scorée à 6	« je ne me fatigue pas, on me prend le cartable... ma mère m'habille, me douche... »	« parfois j'attend beaucoup, ça m'énerve » « je compte sur les autres et pas sur moi même »
Vulnérabilité scorée à 6	« on est affectueux »	« on n'est pas fort »
L'abandon scoré à 5	« je ne sais si c'est un avantage !!! »	« Ça rend seul et triste »
Sens moral implacable 5	« on est sérieux »	«on se fatigue »
Incompétence 4	« il n'y a pas d'avantages »	« On se sent plus faible que les autres »
Inhibition émotionnelle 4	« on ne montre pas ce qu'on ressent à tous le monde »	« On reste énervé à l'intérieur »
Carence émotionnelle 4	« Il n'y a pas d'avantages »	« on se sent seul et triste »

Le Feed-back des séances : Tarik a accompli cette tâche avec concentration. Par ailleurs, il n'a pas pu élaborer une pensée positive concernant l'avantage de certains schémas tels que l'autocontrôle insuffisant, l'incompétence et la carence émotionnelle. Cette attitude serait avantageuse quant à la flexibilité du schéma et donc nous laisse prédire la facilité dans son assouplissement. Cette méthode a permis de à Tarik de réaliser que l'assouplissement de ses schémas lui permet d'éclaircir ses prises de position et de modifier ses attitudes émotionnelles ainsi que son monologue intérieur.

La démarche appliquée pour traiter le locus de contrôle :

Le lieu de contrôle externe chez Tarik lui permet d'attribuer la douleur et la maladie à des facteurs externes tels que la mal chance et autrui (Médecin et traitement inefficaces, mettre tout son espoir sur le nouveau TRT).

Chacune de ses idées externes que nous avons relevé du discours, du tableau des trois et quatre colonnes ainsi que de la technique de flèches descendantes est reprise sur un tableau internalité/externalité puis analysée différemment. Les techniques de restructuration cognitives sont favorites à l'accomplissement de cette tâche (voir sur tableau N° 12).

Nous nous sommes basées sur la méthode socratique suivant laquelle nous invitons Tarik à se questionner par rapport à chaque idée externe: *Comment pourrais-je analyser la situation autrement ?*

Cette technique consiste en une discussion et questionnements aptes à amener le patient à modifier ses opinions et à percevoir d'autres alternatives de manière à impliquer ses efforts, sa responsabilité. Enfin à développer son auto-efficacité.

Notre intention n'est pas de contredire les propos et croyances de l'enfant mais de lui demander seulement de considérer les faits et d'envisager d'autres interprétations possibles où il met du sien et de se poser la question : « Comment pourrais-je analyser cette situation autrement ? » *« La forme interrogative est donc typique des interventions du thérapeute : » est-il bien toujours vrai que... ? » ; « n'y a-t-il pas d'autres solutions ? ; « peut-on dire toujours cela ? » ; « est-ce une règle générale sans exception aucune ? » ; « si on considère le point de vu opposé, qu'est ce qu'on pourrai dire ? »... » J. Cottraux (2004 : 164).*

L'intérêt de l'utilisation de la technique socratique serait d'atteindre ce qu'il est possible de considérer comme une cognition de surface, c'est à dire une règle, une habitude de pensée que l'on proposera de modifier à chaque fois que possible. Les pensées alternatives doivent venir du patient qui est invité à élargir la conception qu'il a de lui même ainsi que des autres. Elles permettent de ce fait d'apaiser les émotions négatives et pénibles.

Tableau 14 :Modification del'externalité à l'internalité (Tarik)

Idée a tendance externe	Questions	Idée à tendance interne
« Je n'ai pas de chance »	« est- ce que la malchance est une règle générale, sans exception aucune, dans la vie de Tarik ? »	«non, j'ai d'autres chances, je peux marcher... aller à l'école ...me traiter gratuitement, les analyses on les paye... c'est cher»
« Si on me change le TRT, je n'aurai peut être pas mal »	« qu'est ce que tu pourrai faire pour rendre le TRT efficace ?	« Je dois faire confiance au TRT...le massage, le changement des idées négatives et la distraction je peux réduire ma douleur »
« je n'ai pas de chance je suis rentré pour le nouveau TRT, on me trouve un problème cardiaque »	« c'est la responsabilité de la malchance ? » « il y a une autre explication possible ? »	« la maladie, c'est Dieu qui nous la donne...je dois suivre mon TRT du cœur pour entamer le nouveau TRT »
« A cause de la douleur et de la maladie mes résultats vont baisser... l'année ratée... pas d'avenir »	« n'y a t-il pas d'autres explications ? »	«j'ai lâché (T'hawent) je dois fournir plus d'efforts, c'est vrai... il y a des handicapés qui réussissent »

Le Feed-back des séances : cette méthode a permis à Tarik d'auto-observer son idéation externe qui favorise une attitude passive et qu'en s'impliquant aux efforts des médecins, les conséquences peuvent infléchir sur ses idées, émotions et comportements.

Action sur la douleur par la distraction : Les sens auditif et visuel sont particulièrement utilisés pour la distraction qui n'est pas une forme passive de diversion de l'attention mais bien une forme active qui altère la perception de la douleur.

N'importe quelle activité agréable peut servir de distraction, mais il était nécessaire de décider à l'avance d'une liste de distractions possibles que le patient veut utiliser. Tarik est très porté sur les jeux électroniques, principalement les jeux de course et de tir.

Se référant à l'histoire connue de «La petite vendeuse d'allumettes », nous avons expliqué le phénomène neurophysiologique de la concentration et l'imagerie mentale sur l'inhibition du

message douloureux ; puis en fonction des centres d'intérêts de Tarik et aussi avec son choix comme activité favori.

Après nette assimilation, nous lui proposons l'assignation de la tâche suivante : nous demandons à Tarik de reproduire sur le tableau des quatre colonnes le score de sa douleur sur la première colonne, identifier l'émotion sur la seconde, la cognition qui accompagnent cette douleur sur la troisième puis reporter dans la quatrième colonne l'idée alternative. Tarik doit à ce moment choisir une activité ludique ou intellectuelle nécessitant une concentration soutenue durant une demi-heure ; puis il réévalue son score de douleur de 0 à 10.

2.2.2. Les techniques émotionnelles :

Elles visent :

* La diminution de l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire.

Pratiquement, nous avons suivi les démarches du protocole (Voir la technique sur le protocole page 113)

* La technique de la relaxation de Jacobson: nous avons initié Tarik à la relaxation lors de son hospitalisation. Il a aussitôt assimilé la façon d'obtenir un état de détente physique et psychique (contrôle de la respiration, de la fréquence cardiaque) qui lui permet de réduire et de maîtriser les symptômes anxieux. Nous avons accompagné Tarik dans cette pratique durant deux séances durant lesquelles il a bien réagi et s'est laissé aller sans difficulté. Progressivement, il a assimilé et continué tout seul à raison de deux séances par jour. La simplicité d'apprentissage de cette méthode a permis une bonne adhésion de Tarik durant les autres séances. Pour la technique (voir le protocole en page 114)

Démarche appliquée pour agir sur le style de coping

Le catastrophisme, le pessimisme, l'anxiété, l'autocontrôle insuffisant, le sentiment d'impuissance et d'incompétence, la dépendance sont tous hautement scorés chez Tarik, ils représentent des facteurs pathogènes en faveur d'un coping passif centré sur l'émotion principalement l'anxiété et la dépression.

Tarik a bien pris conscience de l'impact des cognitions sur les émotions et comportements qui potentialisent le perçu de sa douleur. Il a également concrétisé par le processus de distraction et de relaxation qu'il est compétent, capable d'agir positivement, certainement pas pour abolir la douleur mais l'atténuer pour la rendre supportable ce qui implique un meilleur contrôle sur sa vie. Les aspects cognitifs et émotionnels qui sont les vecteurs les plus importants dans les stratégies d'adaptation ont été déjà modifiés et pris en compte par la restructuration cognitive et

la relaxation ; reste à agir sur les aspects comportementaux qui en fait, en sont des conséquences des cognitions et émotions.

Favoriser un coping actif c'est encourager la compétence :

Les stratégies centrées sur le problème que nous visons à développer (appelés aussi par certains auteurs, coping vigilant ou encore actif) sont des stratégies actives d'adaptation.

Les techniques comportementales incitent Tarik à l'entraînement à la compétence. Plus il s'implique plus il accroît son auto-efficacité et son autonomie. Nous avons procédé pour cela à :

- modifier son degré d'implication : tenir un carnet de prise de TRT médicamenteux, et RDV de contrôle, séances de kinésithérapie...

- agir sur le niveau cognitif et émotionnel pour changer ou maîtriser la situation de douleur.

En évaluant les scores de l'intensité de la douleur avant et après effort attentionnel soutenu, Tarik a réalisé concrètement qu'il est capable par lui-même de réduire sa douleur. En effet les scores ont diminué de 3 à 5 points notés par le patient sur le tableau des quatre colonnes.

Le sentiment d'impuissance et d'incapacité se trouve réduit après la prise de conscience des émotions et comportements automatiques qui augmentent et/ou entretiennent la douleur, Tarik s'engage à apprendre à utiliser un éventail de réponses de coping plus adapté.

Pour cela, des objectifs sont fixés à travers une assignation des tâches d'auto-renforcement positif à domicile qui consistent à :

*consolider les acquis

* Aider aux activités simples (exemple faire des courses, de la marche, ranger ses affaires,...)

* Réduire la dépendance vestimentaire et alimentaire, ce qui renforce l'autonomie et l'auto-efficacité.

*S'accorder des récompenses suite à chaque effort réalisé

* Lors de son hospitalisation Tarik doit avoir son cartable afin de pouvoir travailler après les moments de soin.

* Assister aux cours scolaires offerts quotidiennement par les institutrices du service de pédiatrie. Profiter de ce cadre pédagogique pour se décentrer de la maladie et pour combler les lacunes des absences scolaires.

2.2.3. Les techniques comportementales :

Elles ciblent la modification des interactions mère/enfant par conditionnement classique et conditionnement opérant. Les réponses comportementales nous sont fournies et enrichies par la

grille d'observation et la grille d'entretien qui nous offrent la possibilité d'analyser le type de conditionnement de l'enfant à la douleur.

Le conditionnement classique : L'approche comportementale explique que la douleur chronique et les comportements douloureux associés sont influencés par des processus de conditionnement et donc d'apprentissage. L'analyse des réactions comportementales se traduit en général chez Tarik par l'évitement. Il ne joue pas mais se suffit de regarder les enfants jouer de la fenêtre ; rester debout dans la cours d'école à regarder les autres jouer et courir ; s'isoler, s'allonger, interrompre l'activité en cours, arrêter de bouger, parfois même pleurer...)

Tarik est dispensé de l'activité sportive scolaire; il a tendance à réduire son activité alors qu'il est conseillé aux enfants présentant une AJI d'exercer une activité sportive douce ou à défaut, faire de la marche (en-dehors des poussées) pour préserver les articulations et éviter les raideurs articulaires et limitation de mouvements.

La mère encourage fortement les attitudes de passivité « quand il a mal, il me fait de la peine... je lui demande de s'allonger et de se reposer » « Je ne le laisse pas sortir surtout quand il fait froid, en plus monter et descendre les escaliers du cinquième étage ...il ne peut pas » « je pleure du sang quand il a mal, il me fait de la peine » « Il n'a pas de chance ». Parfois la mère adopte une attitude banalisante « pour ne pas le paniquer, je lui dis c'est rien, va t'allonger ça va passer »

Les stratégies d'intervention sont axées sur l'implication de la mère, non pas en tant qu'individu mais comme acteur dans les interactions avec son enfant. La prise de conscience que la douleur est un symptôme la sensibilise à mobiliser des ressources et d'avoir à son tour un coping actif. Nous avons à ce moment recommandé à la mère :

- de s'informer, sur la maladie de son fils afin de pouvoir adapter de façon optimale les exigences de la maladie et celles de l'âge de son enfant qui a besoin de vivre son enfance et réussir ses études.

- d'encourager l'auto-efficacité en faisant participer Tarik à se laver et d'habiller tout seul tout en choisissant des vêtements faciles à porter (favoriser la fermeture éclair à la place des boutons, les pulls qui se ferment devant) afin d'éviter de solliciter l'articulation des épaules et coudes possible surtout en phase de poussée.

- L'inciter par exemple à acheter sa baguette de pain sans sel tout seul à son retour de l'école. Mme K nous dit : « c'est toujours son père qui lui achète le pain sans sel, ses frères le font par crainte de leur père »
- Favoriser les relations avec les pairs au lieu de le sortir avec elle seulement,
- Favoriser les liens mère/enfant et encourager la communication et le sentiment de sécurité pour palier au sentiment d'abandon.

Le conditionnement opérant : c'est un processus d'apprentissage impliquant le changement de la probabilité d'une réponse par manipulation des conséquences de celle-ci. Le comportement de la douleur peut favoriser des gains secondaires qui peuvent même augmenter ou diminuer la perception de la douleur. Le comportement de douleur renforcé positivement peut augmenter la perception de la douleur.

La grille d'observation et entretiens nous offrent certains aspects des comportements maternels inadéquats qui entretiennent la douleur : aide à l'habillage, déplacement aux toilettes, alimentation... Le programme de conditionnement opérant consiste à :

1- La réduction des bénéfices secondaires dont les plus importants chez Tarik sont :
*l'absentéisme qui est un facteur qui influe sur son rendement scolaire et qui l'isole du groupe des pairs ce qui renforce sa différence et compromet son devenir scolaire.

* l'exemption de certaines tâches comme lui porter son cartable, faire quelques courses. C'est en effet des comportements non adaptés qui constituent un facteur d'entretien de la douleur. A cet effet, la mère ne doit inciter à l'absentéisme qu'en cas d'hospitalisation ou indication médicale. Elle peut aussi alléger le cartable en vérifiant les affaires des matières concernées.

2- Pour tout effort ou tâche réalisée, nous avons recommandé à la mère d'exercer un renforcement positif verbal ou gestuel (conditionnement opérant) comme récompense affective à l'effort exercé par Tarik tout en verbalisant sa satisfaction. En terme d'autonomie, la mère doit récompenser les comportements positifs en soins corporels et vestimentaires exerçant ainsi un renforcement positif qui incite Tarik à reproduire ces comportements.

3- Il est nécessaire de parler de ce que fait Tarik de positif et de se rapprocher de lui, même en dehors des moments de douleur et ne pas s'intéresser à lui juste au moment où il a mal.

Pour une attitude maternelle adéquate : Afin d'influencer de manière positive la qualité des soins maternels et des interactions mère/enfant qui constituent un aspect fondamental de la prise en charge, nous avons établi un programme d'intervention qui vise directement les dimensions comportementales en intervenant sur les points suivants :

1/ Encourager un changement de discours en utilisant comme outil la reformulation et l'empathie. Développer une communication positive avec empathie évitant la banalisation « va t'allonger ça va passer ». Eviter les propos catastrophiques « il est toujours fatigué » « j'ai peur qu'il reste sur fauteuil roulant » qui potentialisent l'anxiété, le catastrophisme et le sentiment d'impuissance de Tarik. Son attitude ne doit être ni dans l'amplification ni dans la banalisation mais dans l'écoute empathique et lui offre d'une base de sécurité suffisamment contenant.

2/ « va t'allonger ça va passer » favorise le conditionnement classique calqué sur le modèle Stimulus /Réponse, Douleur/ Passivité. La mère est invitée à proposer des comportements efficaces comme mettre des poches de glaces sur l'articulation de manière à inciter son enfant d'agir au lieu de subir dans la passivité.

3/ Renforcer les liens d'attachement : Le lien d'attachement mère/enfant fait référence aux aspects relationnels servant à réguler l'excitation stressante de l'enfant ou son sentiment de vulnérabilité. D'après la grille d'observation des interactions mère/enfant au moment de la douleur réalisée lors de l'hospitalisation de Tarik, nous avons relevé très peu de contacts physiques. La mère est dévouée matériellement, « je laisse toujours de l'argent de côté si on me demande des analyses pour Tarik » ; c'est souvent elle qui accompagne son fils lors des hospitalisations, pour faire les investigations nécessaires (radiographie, bilans biologiques, échographies...) mais un rapprochement par des soins physiques de massages par exemple, répondrait à la frustration de Tarik qui l'assimile à de l'indifférence.

4/ Le style d'attachement mère/enfant dans le cas de Tarik est insécure. Il sent que sa mère lui accorde peu d'importance « elle ne fait pas attention à moi elle est tjrs occupée par la couture et les clientes » Tarik se sent incompris par une mère qui n'est pas suffisamment à l'écoute. Il perçoit sa mère comme peu affectueuse et pas disponible. Il s'agit dans ce cas de faire preuve de disponibilité pour répondre aux besoins affectifs de Tarik.

4/ La sensibilité de la mère à la douleur vise la sensibilité aux signaux de détresse qui améliore l'écoute et lui confère un caractère empathique. Donner le temps nécessaire et favoriser l'expression verbale des affects.

5/ Le ressenti de Mme.K par rapport à la maladie de son fils est révélé dans grille d'entretien. Elle est perçue comme une souffrance. Elle la vit comme une épreuve parfois comme une injustice « qu'est ce que j'ai fait au bon Dieu » ; elle répond par souvent à (la maladie de mon enfant est une épreuve pour moi). « je pleure du sang quand il est endolori », « il me fait de la peine » Elle vit la maladie de son fils comme une injustice, parfois comme une épreuve.

6/ Le soutien perçu par la mère de Tarik est à son tour insuffisant, elle évoque que son mari l'aide matériellement mais tout ce qui se rapporte au médical ; il ne s'implique pas. Il ne l'a jamais accompagné chez le médecin ou à l'hôpital ; ce qui parfois est source de conflits. Les ressources familiales sont juste suffisantes. Elle répond par non pour « mon entourage me fait sentir que je suis diminuée » et par souvent pour « mon entourage me soutient ». Elle ajoute « ma famille m'a toujours soutenu, même quand mes enfants étaient petits, j'avais les jumeaux, mon mari me disait d'aller chez mes parents pour me reposer et me faire aidée » « financièrement, ma famille m'a toujours aidé ».

Feed- Baak

La mère s'est montrée très attentive, coopérative, et favorable pour un changement d'attitude. Elle semble en accord avec certains comportements dont elle ignorait l'effet négatif comme les bénéfices secondaires. Son intérêt pour la prise en charge s'est concrétisé par l'incitation de Tarik à faire quelques courses comme acheter les fournitures de couture, encourager son autonomie en soins corporels.

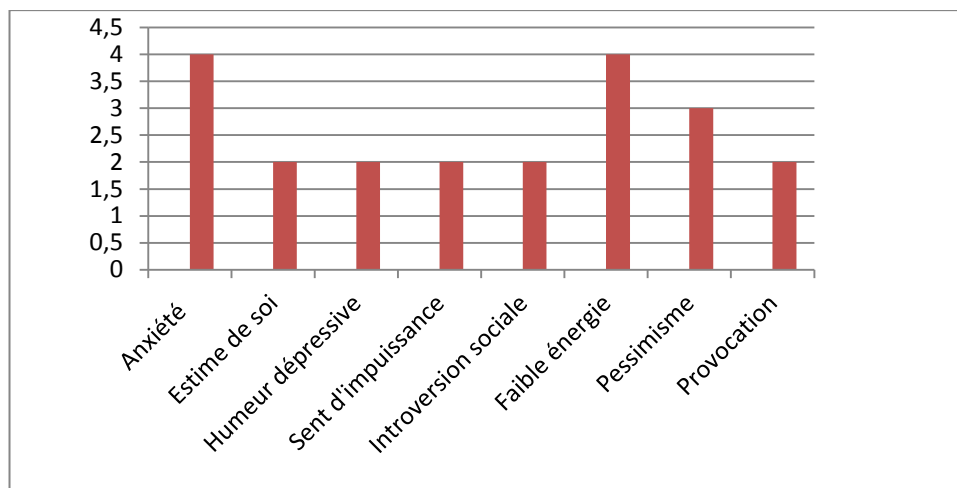
2.3. PHASE B (post-test : réévaluation et entretien) :

Réévaluation de l'échelle de dépression MDI-C :

Les notes brutes transformées en Notes T aux huit échelles de la MDI-C sont les suivantes :

- Anxiété = 4 qui équivaut à une Note T de 56
- Estime de soi =2 qui équivaut à une Note T de 58
- Humeur dépressive =2 qui équivaut à une Note T de 61
- Sentiment d'impuissance = 2 qui équivaut à une Note T de 56
- Introversion sociale =2 qui équivaut à une Note T de 61
- Faible énergie =4 qui équivaut à une Note T de 61
- Pessimisme =3 qui équivaut à une Note T de 60
- Provocation =2 qui équivaut à une Note T de 49

Le score Total = 21, il équivaut à une note T= 59 sur la table d'étalonnage (Annexe 10). Elle se situe entre 56 et 69 indiquant une dépression faible à modérée.

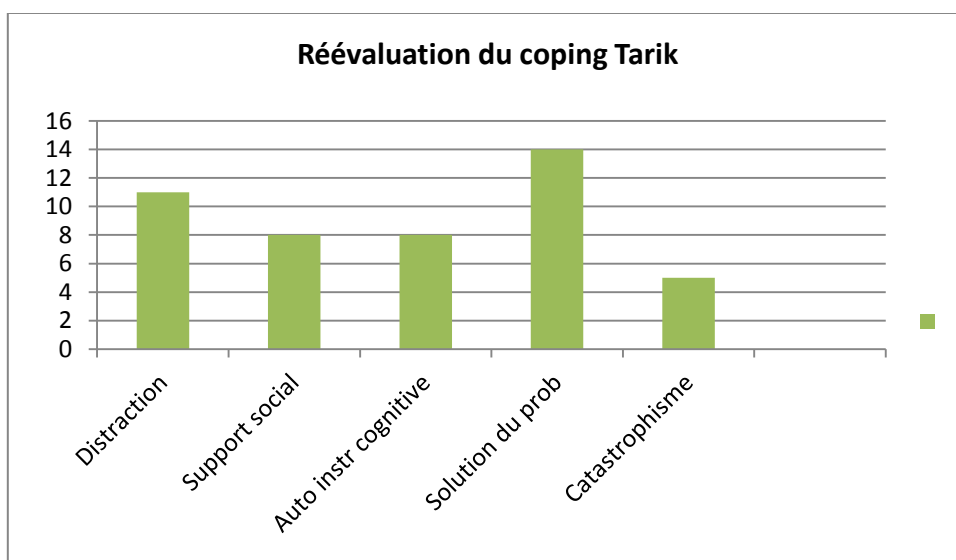


Histogramme 9 : Réévaluation de la dépression (Tarik)

Réévaluation de l'échelle du coping face à la douleur (PPCI) de Tarik :

Les scores obtenus sont :

- la distraction =**11**
- l'auto instruction cognitive =**08**
- la résolution du problème =**08**
- la recherche d'un support social = **14**
- le catastrophisme =**05**



Histogramme 10 : Réévaluation du coping (Tarik)

Le facteur **F1** obtenu après addition des scores des items : 1, 3, 4, 5, 8, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39 et 41 = **21** qui correspond à **1.4** en note transformée selon la table d'étalonnage (Annexe 10). 1.4 est situé au dessus de la ligne 0 ce qui implique l'utilisation d'un coping adapté.

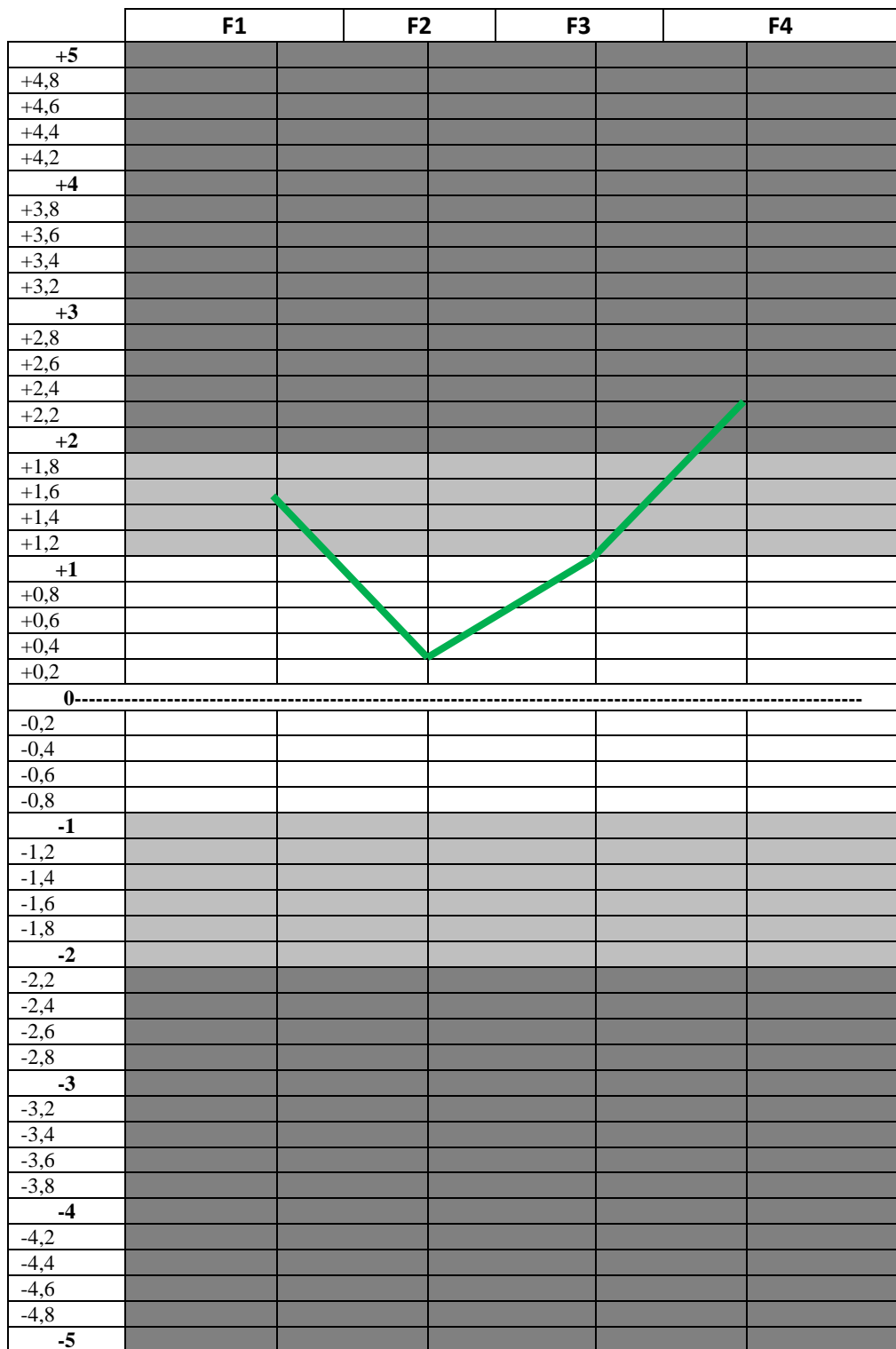
- Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **12** qui correspond à **0.2** en note transformée selon le tableau d'étalonnage. 0.2 est situé au dessus de la ligne 0 ce qui implique l'utilisation d'un coping adapté

- Le Facteur **F3** est obtenu après l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **09** qui correspond à **0.8** en note transformée. 0.8 est situé au dessus de la ligne 0 ce qui implique l'utilisation d'un coping adapté

- Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = **8** qui correspond à **2.2** en note transformée selon le tableau d'étalonnage. 2.2 est situé au dessus de la ligne 0 ce qui implique l'utilisation d'un coping adapté

La reproduction des chiffres sur la feuille de profil nous permet de voir un tracé qui met en apparence une zone située en dessus de la ligne 0 ce qui indique que Tarik utilise des stratégies adaptées face à la douleur chronique. (Voir feuille de profil N°4).

Feuille de profil N°4



Légende : (F1) Recherche de support social

(F2) Recours à l'auto instruction cognitive

(F3) Recherche de distraction

(F4) Recherche d'efficacité

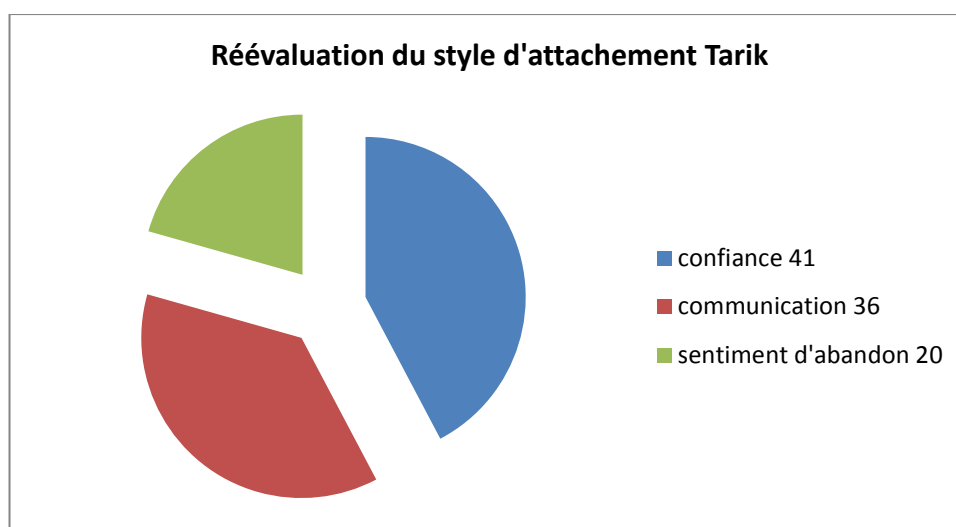
Réévaluation de l'échelle des schémas cognitifs de Tarik :

Schéma	Score
Incompétence	1
Carence émotionnelle	3
Isolement	2
Autocontrôle insuffisant	2
Méfiance	2
Sacrifice de soi	2
Sens moral incapable	2
Abandon	2
Attachement	4
Vulnérabilité	3
Dépendance	3
Inhibition émotionnelle	2
Peur de perdre le contrôle	2

Le tableau ci-dessus nous laisse remarquer que la réévaluation est marquée par des modifications des scores qui ont baissé par rapport à la première évaluation de 1 à 4 points. Cette différence concerne principalement l'autocontrôle insuffisant qui a baissé de 4 points ; la dépendance, l'incompétence, le sens moral implacable, l'abandon, et la vulnérabilité ont réduit de 3 points, l'attachement, l'inhibition émotionnelle et l'isolement ont baissé de 2 points. Enfin, la carence émotionnelle, la méfiance et la peur de perdre le contrôle ont baissé de 1 point seulement.

Réévaluation de l'Inventaire de l'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA)

- Le score obtenu en confiance = **41**
- Le score obtenu en communication = **36**
- Le score obtenu en sentiment d'abandon = **20**



Secteur 3 Réévaluation des composantes du style d'attachement (Tarik)

Afin d'obtenir un score global de sécurité, il suffit d'additionner les scores de confiance et de communication, puis diviser pour obtenir une moyenne.

La moyenne des scores de confiance et de communication est de **4.0**.

La moyenne du score de sentiment d'abandon est de **3.3**.

Le protocole de Tarik indique une élévation de la moyenne des scores de confiance et de communication et une baisse la moyenne du sentiment d'abandon; ce qui permet de dire que Tarik a un style d'attachement «sécure ».

Réévaluation du lieu de contrôle

Plus les valeurs augmentent vers 24 (valeur optimal), plus le lieu de contrôle tend vers l'internalité. Inversement, si la valeur baisse vers le 0, elle implique un lieu de contrôle external. Concernant la réévaluation du lieu de contrôle de Tarik, le score obtenu est passé de **08** à **16**. Il tend plus vers 24 le pôle du lieu de contrôle internal.

2.4. DISCUSSION :

A comparer avec la première évaluation nous relevons chez Tarik a des émotions plus positives qui proviennent d'une idéation qui dénote un optimisme marqué.

Concernant l'échelle de dépression MDI-C, le score global était de **43 sur le tableau d'étalonnage (Annexe 7)**, il correspond à une Note T = **72** se situant dans les l'intervalle d'une dépression modérée à sévère.

La réévaluation montre un score Total = **21**, il équivaut à une note T= **59** qui se situe dans l'intervalle d'une dépression faible à modérée.

Le tableau ci-dessous met en relief les modifications des Notes T entre la première est la seconde évaluation.

Tableau 15 :Echelle de dépression(Tarik) (Notes T du test / Re-test)

Sous échelle	Evaluation 1 (Note T)	Evaluation 2 (Note T)	Différence
Anxiété	70	56	14
Estime de soi	67	58	09
Humeur dépressive	72	61	11
Sentiment d'impuissance	69	56	13
Introversio sociale	70	61	09
Faible énergie	65	61	04
Pessimisme	68	60	08
Provocation	53	49	04

Le score de la sous-échelle de l'humeur triste qui se situait dans le seuil de sévérité (entre 66 et 75) est passé de la note T=72 à la note T= 61 sur la table déétalonnage (Annexe 7) qui se situe dans l'intervalle de faible à modéré (entre 56 et 69). Le score a baissé de 11 points.

Le score de la sous-échelle d'anxiété a nettement diminué de 14 points ; celle du sentiment d'impuissance a nettement régressé de 13 points. Les notes T =56 se situent dans le seuil de la faiblesse au lieu de la sévérité. En effet, cette modification est en corrélation avec le schéma d'incompétence qui a réduit à son tour de trois points. Il est passé de 4 à 1 point seulement. L'introversion sociale a diminué de 9 points situant le score dans la modération. L'échelle des schémas cognitifs confirme cette amélioration. Le schéma d'isolement est passé de 4 à 2 points. Le pessimisme a réduit de 8 points. Ceci peut être expliqué par une augmentation du score de la résolution du problème de l'échelle de coping qui est passée de 10 à 14 avec une réduction du score de catastrophisme qui a régressé de 3 points. Face à la douleur, Tarik a développé des compétences consistant à trouver une solution au problème. La faible énergie est passée de 65 à 61. La Note T se situe de ce fait dans l'intervalle entre faible et modéré.

En ce qui concerne les stratégies d'adaptation face à la douleur, le tableau ci dessous nous montre les différences entre la première et seconde évaluation :

Tableau 16 : Les scores de l'échelle de coping(Tarik) (Test- retest)

Sous échelles	Evaluation 1	Evaluation 2
Distraction	01	11
Auto-instruction cognitive	06	08
Résolution du problème	10	14
Recherche d'un support social	13	08
Catastrophisme	08	05

Le catastrophisme relevé du premier protocole de l'échelle PPCI de Tarik est élevé par rapport à l'auto-instruction cognitive(06) et à la distraction (01). Il indique que le patient avait tendance à envisager le pire, il craignait les conséquences négatives majeures traduites par un contenu verbal et imagé dramatique : « les cachets m'ont détérioré les os » « Mon dos va coincer je ne pourrai pas me pencher », « je ne pourrai pas marcher » « je serai sur fauteuil roulant » « mon avenir sera perdu ».

La réévaluation a marqué une nette amélioration de la distraction qui est passée de 01 à 11. Cette grande progression s'explique par la diminution de l'intensité de la dépression (dont le symptôme de la perte du plaisir et anhédonie) qui est passée de sévère à modérée ; aussi

l'indication dans le protocole thérapeutique d'une activité ludique de distraction a permis à Tarik d'outre passer sa douleur. Comme le montre le tableau N°16, plus la distraction et l'auto-instruction cognitive augmentent plus le catastrophisme diminue.

La stratégie de soutien sociale est passée de 13 dans le test à 08 au re-test. Devenant acteur dans le cours et l'évolution de sa maladie, Tarik met en œuvre ses propres compétences pour gérer sa douleur (relaxation, auto efficacité, restructuration cognitive). Le schéma cognitif de dépendance confirme cette aptitude par la régression de 3 points dans le schéma de dépendance.

Le lieu de contrôle dans le cas de Tarik était externe « à cause de ma maladie, mes résultats vont baisser » « les médecins ne savent pas ». *« les sujets dits « externes » perçoivent les éléments comme étant sous contrôle de forces extérieures à eux-mêmes : le hasard, la chance, le destin, ou des personnes plus puissantes qu'eux ».* I.M. Blackburn et J. Cottraux (1988 :34).

Le patient remarque de lui-même qu'il a une attitude passive et qu'en s'impliquant aux efforts des médecins, les conséquences peuvent infléchir sur ses idées émotions et comportements. La réévaluation de l'échelle du lieu de contrôle a marqué une modification des scores de Tarik qui sont passés de **08** à **16**. C'est un score qui tend vers l'internalité. Tarik engage sa responsabilité « mes résultats scolaires ont baissé parce que j'ai négligé (t'hawent) » « je ne mangerai plus salé, je le regretterai comme le jour où j'ai mangé au mariage »

La modification d'un style externe vers un style interne permet de développer le sentiment d'auto-efficacité. L'auto-efficacité est une composante de contrôle. C'est le sentiment que Tarik a pu percevoir de sa capacité à agir sur sa douleur, ce qui favoriserait un coping actif.

Le lieu de contrôle chez Tarik devient interne. Il réalise à travers la méthode de restructuration cognitive qu'il a des ressources non négligeables et des compétences qui lui permettent de ne pas être passif et attribuer les aléas de sa maladie aux autres, mais qu'il faut s'impliquer et agir dans le changement du cours de sa maladie et d'atténuer sa douleur favorisant ainsi son adaptation. Puisque le patient était dans l'externalité il avait du mal à percevoir, encore moins à mobiliser ses propres capacités et ressources personnelles pour faire face à la douleur et à la maladie. Tarik nous révèle en fin de thérapie : « je ne savais pas qu'avec les idées on pouvait influencer la douleur et la maladie ».

Tableau 17 :Les scores de l'échelle des schémas cognitifs(Tarik) Test-Retest

Schémas	Evaluation 1	Evaluation 2
Incompétence	4	1
Carence émotionnelle	4	3
Isolement	4	2
Autocontrôle insuffisant	6	2
Méfiance	3	2
Sacrifice de soi	2	2
Sens moral incapable	5	2
Abandon	5	1
Attachement	6	4
Vulnérabilité	6	3
Dépendance	6	3
Inhibition émotionnelle	4	2
Peur de perdre le contrôle	3	2

L'échelle des schémas cognitifs montre que les scores des schémas sur lesquels nous avons agit, ont diminué de 1 à 4 points. Les schémas qui ont réduit de 4 points est celui d'autocontrôle insuffisant. Le schéma de vulnérabilité va dans le même sens puisqu'il a régressé de 3 points. Tarik contrôle mieux ses émotions. La relaxation, le contrôle respiratoire et la restructuration cognitive ont été d'un apport considérable dans la gestion et la réduction de l'anxiété générée par la douleur.

Le schéma d'abandon a réduit de 5 à 1, il nous indique une amélioration des liens avec la mère et autrui. Tarik croit en la continuité des relations appréciables avec autrui. Parallèlement, l'échelle d'attachement nous révèle une amélioration de la moyenne ses secteurs de confiance et communication qui est passé de 3.8 au test à 4 au re-test, cette progression a basculé le style d'attachement de l'ambivalence vers la sécurité.

Cette attitude a par conséquent modifié la diminution de l'isolement social qui a régressé de 2 points. L'assouplissement de ce schéma est expliqué par la corrélation de la Note T d'introversion sociale de l'échelle de dépression qui a baissé à son tour de 70 (seuil de sévérité) à 61 (seuil faible à modéré).

Le schéma d'attachement dont le contenu fait référence à l'incapacité de se détacher de l'opinion et des influences des parents, a réduit de 2 points seulement, ce qui implique une prise de position qui s'autonomise est en concomitance avec le schéma de dépendance qui a réduit de 3 points. Le schéma d'inhibition émotionnelle souligne les progrès réalisés par Tarik quant à l'expression de ses affects.

L'échelle de coping montre que les capacités d'auto-instruction cognitive et de solution du problème se sont améliorées avec une augmentation de 2 et 4 points. Tarik s'oriente de ce fait moins vers les autres pour faire face à ses difficultés. La recherche du support social a significativement appuyé ce changement d'attitude qui a réduit de 13 à 8.

2.5. PHASE D'ENTRETIEN :

Notre objectif à ce stade est la prolongation de la méthode de restructuration cognitive pour laquelle le patient est suffisamment bien entraîné. Nous avons ciblé comme objectif l'amélioration des sous échelles ayant maintenu la dépression à l'intervalle de modération. Nos efforts vont être orientés vers le rehaussement de la faible énergie, l'humeur triste, l'introversion sociale et l'estime de soi. Chaque hospitalisation est pour nous une occasion de renforcer les séances et de multiplier nos efforts.

Nous revoyons avec Tarik l'ensemble des progrès que nous avons réalisés ensemble. Tarik a fait des progrès quant à son apparence. Sa mère, satisfaite de la prise en charge, nous révèle qu'elle lui fait moins de remarques pour les soins corporels et son apparence. « Il est toujours triste mais moins qu'avant...il s'amuse avec ses frères. Assiste aux cours scolaires donnés au service de pédiatrie, fait ses révisions. Malgré qu'il a raté les compositions du mois de Mai, Tarik est passé en deuxième année moyenne après avoir présenté son certificat de séjour à l'hôpital.

Les progrès cognitifs, émotionnels et comportementaux induits par la restructuration cognitive ainsi que le travail sur les schémas cognitifs ont offert à Tarik une nouvelle manière de percevoir la douleur et donc d'améliorer les stratégies de coping. Face à d'autres situations comme la contrainte de manger sans sel, Tarik utilise la minimisation « moi je ne mange sans sel, comme un diabétique qui ne mange pas le sucre », l'évitement « quand on ramène du couscous aux enfants (sadaka) je monte à la maison » « malade ne m'empêche pas d'étudier, il y a des handicapés qui étudient » « au lieu de dire qu'à l'école eux ils jouent moi je reste debout, je peux discuter ou tourner(marcher) dans la cours moi et mon copain...c'est moins triste »

Par l'utilisation de la distraction, il a pu diminuer les scores de douleur, ce qui a renforcé son sentiment d'efficacité. « je ne savais pas qu'on pouvait influencer la maladie et la douleur par les idées et les émotions, je ne sens pas le dégoût comme avant ».

Sa mère nous dit que le comportement de son fils a changé. Il n'est plus silencieux, il s'exprime aisément, avec ses frères les relations se sont améliorées.

Nous informons Tarik sur la nécessité d'entretenir les acquis et continuer notre collaboration afin de réduire les symptômes de dépression au minimum possible, ce qui impose un suivi régulier et prolongé, étalé sur l'année mais sur une périodicité de deux séances par mois durant les trois mois qui suivent puis, une séance par mois).

Une prolongation des séances de relaxation est maintenue à cette phase pour favoriser le contrôle émotionnel.

2.6. CONCLUSION :

Le programme d'autogestion proposé dans ce protocole a pu donner à Tarik un rôle actif dans le contrôle de sa douleur chronique.

L'incidence psychologique de la douleur chronique se traduit chez Tarik par une dépression sévère avec un style de coping centré sur l'émotion. L'analyse de ses réactions comportementales jusque là conditionnées traduites par les pleurs, la passivité et l'évitement (s'allonger, arrêter l'activité, arrêter de bouger...), cognitives (catastrophisme) renvoient au sentiment d'impuissance apprise. En effet, ce sentiment répété devant la situation de douleur qu'il ne pouvait contrôler a diminué l'estime de soi d'où la dépression.

L'application du protocole a montré à Tarik le rôle actif qu'il peut avoir dans la modification de ses cognitions, émotions et comportements. La démarche thérapeutique nous a permis d'orienter le patient vers d'autres modalités cognitives et comportementales pour mettre fin aux styles de coping mal adaptés. Le renforcement de l'auto-efficacité a favorisé le contrôle perçu qui est un facteur salutogène. La restructuration cognitive et l'assouplissement des schémas ont donné la capacité de Tarik d'estimer ses capacités et ressources dont il dispose et ignore ou juge insuffisantes pour faire face à sa douleur.

L'action thérapeutique est d'orienter le patient vers une évaluation secondaire qui l'amène à enrôler ses ressources personnelles pour faire face à la situation de douleur. Il en résulte un changement du lieu de contrôle de l'externalité vers le pôle de l'internalité. Par l'utilisation de la distraction, Tarik a pu diminuer les scores de la douleur de 5 à 2 points. Nous avons noté que plus la distraction et l'auto-instruction cognitive augmentent plus le catastrophisme diminue; ce qui a renforcé le sentiment d'efficacité et de contrôle.

En effet, la modification des comportements et attitudes maternels a permis dans le cas de Tarik un rapprochement dans la relation et un enrichissement des interactions traduit par une communication riche, empathique et efficace qui s'inscrit dans un style d'attachement sécure.

Tarik et sa mère soulignent avoir apprécié cette technique de travail qui les implique dans la thérapeutique. Motivée, elle comprend vite que son implication est plus efficace.

Les signes pathologiques d'anxiété et de dépression ont nettement diminué. Les quinze premières séances ont marqué une nette amélioration. Les TCC ont été d'une grande efficacité ; néanmoins nous n'avons pas atteint l'objectif fixé puisque la symptomatologie dépressive est passée de sévère à modérée. Nous envisageons un travail d'appoint de restructuration cognitive durant la phase d'entretien.

3. CAS N°3 SOFIANE :

3.1. La phase A : (phase évaluative) :

3.1.1. Le déroulement des séances :

Les séances réalisées avec Sofiane se sont étalées sur une durée de neuf mois : du 15 Novembre 2016 au 22 Aout 2017 avec une périodicité d'une séance par semaine durant les trois premiers mois puis une séance par quinzaine les mois qui ont suivi sauf le mois de Juillet.

La durée de chaque séance variait de 40 à 50 minutes. Les séances se sont déroulées au service de pédiatrie du centre Hospitalo-universitaire de Sidi-Bel-Abbès. La salle de jeu qui nous a été confiée a permis un déroulement des séances dans une ambiance calme et détendue. Nous nous sommes rapprochés de Sofiane et sa mère pour la première séance alors qu'ils venaient prendre son traitement pour hémophilie (Facteur VIII) que le service leur délivre une fois par semaine : chaque mardi.

Chaque séance, Sofiane était accompagné de sa mère ou de son grand frère. Nous leur avons expliqué le rôle de la psychologie dans la prise en charge de la douleur et la maladie chronique. Sofiane et sa mère n'ont marqué aucune réticence quant à notre intervention.

3.1.2. Description des seances :

3.1.2.1. Les séances de 1 à 5 :

Elles se sont basées sur l'étude des points suivants que nous allons développer successivement :

- l'écoute et l'observation
- le recueil de données anamnestiques
- l'évaluation et application des échelles psychométriques
- le diagnostic.

3.2.1.1.1. Ecoute et observation :

Sofiane est âgé de 12 ans. Son apparence est nettement soignée. Un amaigrissement et une pâleur du visage marquent sa physionomie. Son regard vif et vigilant dénote un air inquiet.

Il s'est montré peu spontané. Sa mère l'interrompt souvent pour prendre la parole ou pour terminer ses phrases.

Sa tenue sur la chaise est instable, il remue sans cesse ; ajuste sa chaise, touche son cartable, se ronge les ongles ; remue ses jambes... ses mouvements sont rapides, parfois maladroits.

Il s'exprime avec réserve. Son discours se focalise autour de sa maladie.

Les tenues vestimentaires reflètent un niveau socio-économique moyen. Les ressources matérielles de la famille sont juste moyennes en raison de l'irrégularité de l'emploi du père qui

exerce comme maçon de manière discontinue « je sais que mon père n'a pas beaucoup d'argent, mais il me ramène tout ce que je veux » nous dit Sofiane.

Sofiane décrit son père comme calme mais peu attentionné « mon père c'est l'inverse de ma mère ... il est très calme, on joue ensemble ; elle, elle ne joue jamais avec moi, elle est nerveuse ».

Les relations sociales de Sofiane sont très réduites. Il dit qu'il n'aime pas sortir « je sortais pour regarder les enfants mais c'est dangereux pour moi, eux ils jouent, ils courent, moi je reste assis à les regarder ; C'est pour ça je n'aime pas sortir ».

3.2.1.1.2. Recueil de données anamnestiques :

Sofiane est un jeune garçon de 12 ans, résidant à Sidi-Bel-Abbès, cadet d'une fratrie de quatre dont deux filles, deux garçons, âgés 29 et 12 ans.

Son grand frère est âgé de 26 ans est sans profession. Son niveau scolaire est de neuvième année fondamentale. A cause de sa maladie (l'hémophilie) qui lui causait un absentéisme fréquent sa scolarité fut perturbée et a fini par être l'interrompue. Actuellement, il suit des cours par correspondance. Il est membre de l'association des personnes atteintes d'hémophilie étant lui-même atteint de cette pathologie.

Le père de Sofiane est âgé de 56 ans ; il a un niveau d'instruction de quatrième année primaire. Il exerce en fonction libérale. Sa mère, âgée de 54 ans a un niveau d'instruction de neuvième année moyenne. Le couple est uni depuis 30 ans. C'est un couple qui semble harmonieux en dépit de la médiocrité du niveau socio-économique.

La famille a évolué dans un climat suffisamment harmonieux et sans conflits majeurs. Elle vit depuis deux années seulement dans une maison assez spacieuse que le père a construite.

Les antécédents de la famille sont marqués par la présence de pathologies multiples. Le frère aîné est atteint d'hémophilie ; la mère est diabétique et hypertendue depuis deux ans.

Sofiane est issue d'un couple non consanguin, d'une grossesse désirée et médicalisée. Il est né d'un accouchement normal, à terme, en milieu hospitalier avec un poids satisfaisant 3,800 Kg. Aucun trouble ou accident pré, péri ou post-natal n'est à signaler. Il fut allaité de manière artificielle dès son troisième mois.

Son développement psychomoteur fut marqué par un rythme s'inscrivant dans les limites du normal (acquisition de la posture assise à l'âge de 8 mois, la marche autonome à 16 mois, les premiers mots à deux ans et le contrôle sphinctérien nocturne et diurne à trois ans).

La vaccination a été faite correctement selon le calendrier vaccinal.

Sofiane a été scolarisée à l'âge de six ans ; il s'est aussitôt adapté au milieu scolaire mais était retiré nous dit sa mère. Il ne jouait pas beaucoup avec ses camarades mais ses résultats scolaires ont toujours été bons. Il a eu son examen de sixième avec succès étant hospitalisé avec une moyenne de 9,60. La moyenne de cette année a diminué de 14 pour le premier trimestre à 12 pour le second.

Sofiane n'a aucune activité extrascolaire, il est dispensé de l'activité sportive, son passe temps favori le consacre aux jeux électroniques sur internet ou sur tablette.

Sofiane n'a jamais connue de séparation avec sa mère qui l'accompagnait durant toutes ses hospitalisations. Il est décrit par sa mère comme étant très gentil mais nerveux. Sa relation avec son frère aîné est distante ; Il s'entend avec sa grande sœur.

Début de la maladie :

La première hospitalisation le 31/03/2007, motivée par un œdème du membre inférieur gauche avec ecchymoses a poussé les parents à consulter. La maladie d'hémophilie fut diagnostiquée. L'indication de la circoncision en milieu hospitalier fut indiquée ; Sofiane avait à peine 17 mois. Depuis, les hospitalisations se sont répétées d'une moyenne de deux par an. Elles sont motivées par des hémarthroses qui provoquent des douleurs et une impotence fonctionnelle sur plusieurs articulations : Genou droit, cheville gauche, hanche droite, coude gauche. Ces signes sont accompagnés d'une limitation de l'activité physique, notamment la marche. Le repos et l'immobilisation de l'articulation avec placement d'une attelle à titre antalgique sont alors indiqués.

Après chaque hospitalisation qui indique une médication basée essentiellement sur le Facteur VIII, corticothérapie et antalgiques, marque une bonne amélioration clinique traduite par :

- Une régression des raideurs articulaires,
- une marche sans aide,
- Meilleure amplitude des mouvements ;
- réduction de l'œdème et de la douleur.

Sofiane garde une légère séquelle de la cheville qui se traduit par une boiterie discrète.

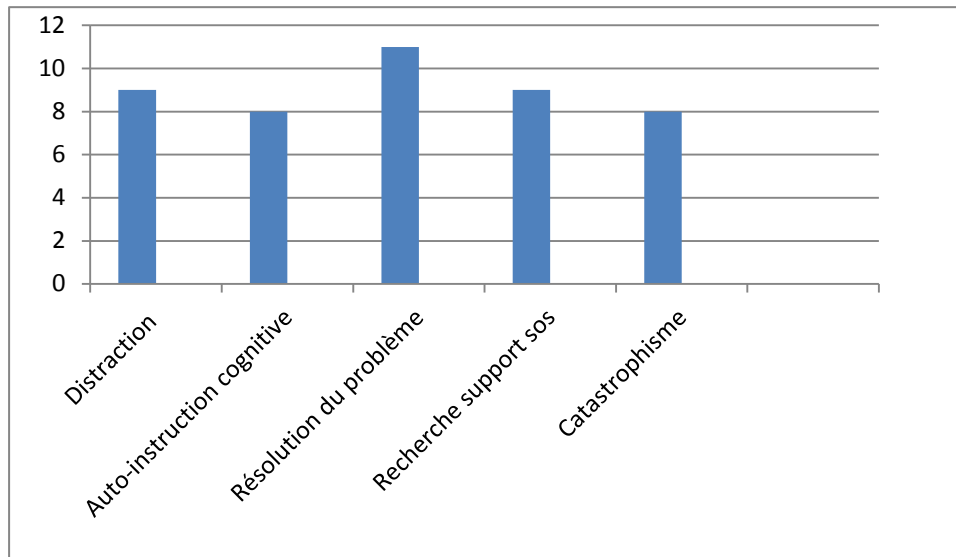
3.2.1.1.3. Evaluations et application d'échelles :

Les échelles appliquées dans le cas de Sofiane sont:

- Echelle Analogique Visuelle (EVA) pour évaluer la douleur
- Inventaire du Faire - Face en Douleur Pédiatrique (PPCI)
- Inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs (IPPA)

- Echelle Composite de Dépression pour Enfant et adolescents (MDI-C)
- Inventaire des schémas précoces chez l'enfant

3.2.1.1.4. Résultats de l'Inventaire du Faire - Face en Douleur Pédiatrique (PPCI):



Histogramme 11: Evaluation des sous-échelles de coping (Sofiane)

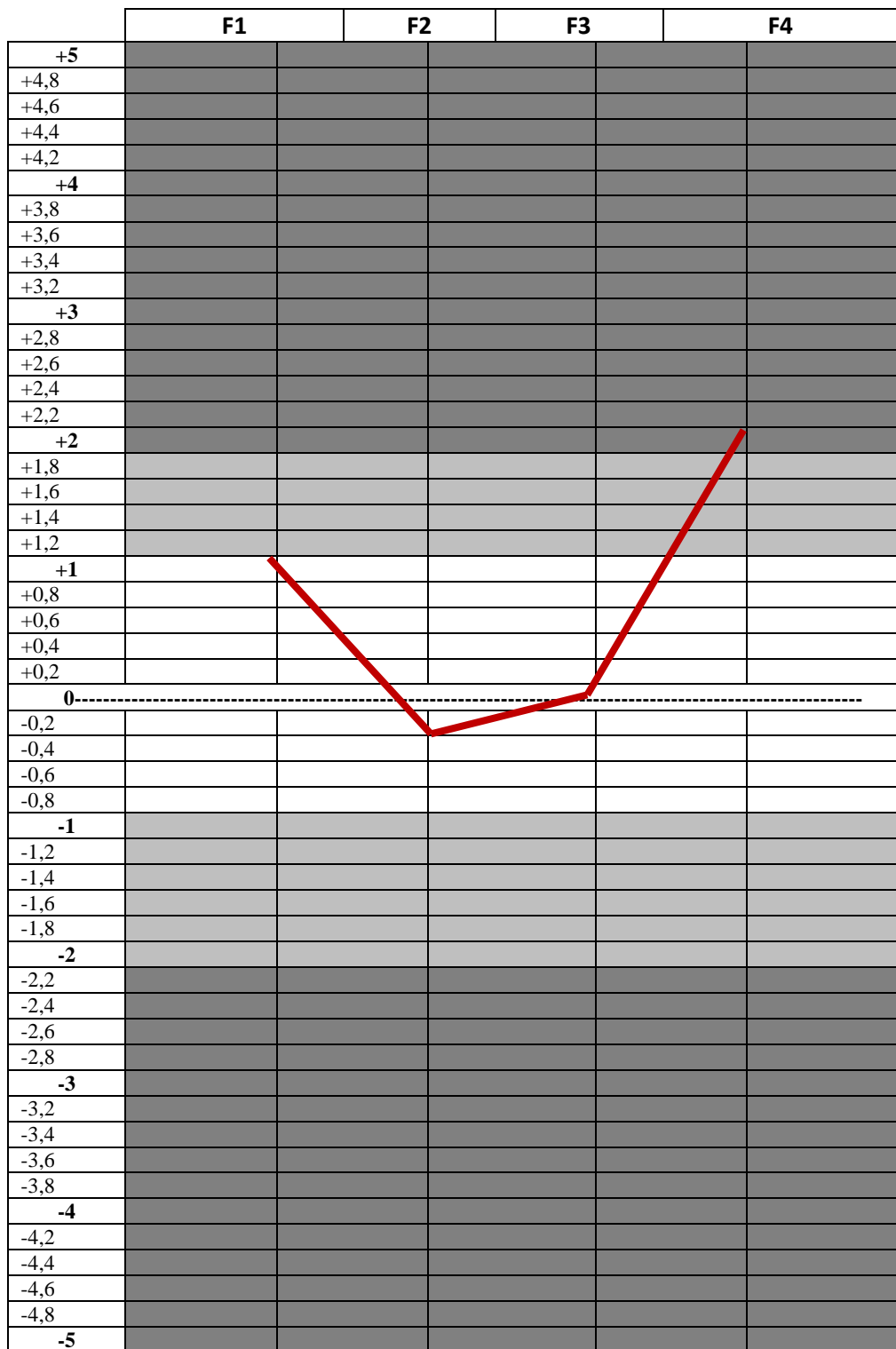
L'inventaire des sous-échelles de coping révèle les scores suivants :

- Le score obtenu en résolution du problème = **11**
 - Le score obtenu en auto-instruction cognitive = **08**
 - Le score obtenu en recherche de support social = **09**
 - Le score obtenu en catastrophisme = **08**
 - Le score obtenu en distraction = **09**
- Le facteur **F1** obtenu après addition des scores des items : 1, 3, 4, 5, 8, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 38 et 40 = **21**. Cette note correspond à **1** en note transformée selon le tableau d'étalonnage (Annexe 10). Elle indique que la recherche du support sociale est adaptée.
 - Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 39 = **10** qui correspond à **-0.4** en note transformée selon la table d'étalonnage. Elle indique une inadaptation en rapport avec le recours à l'auto-instruction cognitive.
 - Le Facteur **F3** est l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **06** qui correspond à **0.0** en note transformée. Un seuil limite entre l'adaptation et l'inadaptation en recherche de distraction.

- Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = **7** qui correspond à **2** en note transformée selon la table d'étalonnage. Cette valeur indique une attitude adaptée quant à la recherche d'efficacité.

La reproduction des chiffres sur la feuille de profil permet de constater un tracé qui vacille entre le dessus et le dessous de la ligne 0 qui indique l'utilisation de stratégies qui ne sont pas franchement adaptées face à la douleur chronique. (Voir feuille de profil N°5).

Feuille de profil N°5



Légende : (F1) Recherche de support social

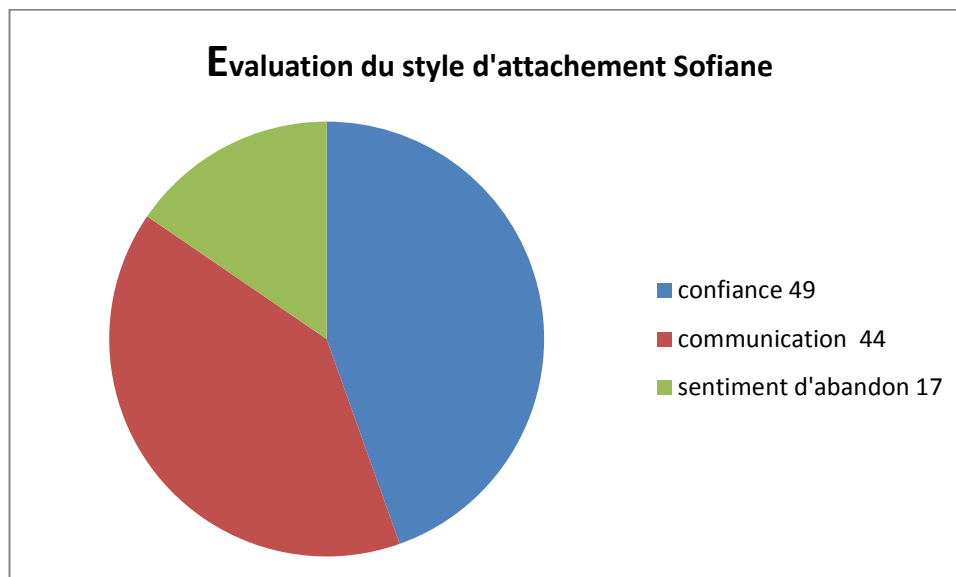
(F2) Recours à l'auto instruction cognitive

(F3) Recherche de distraction

(F4) Recherche d'efficacité

Les scores obtenus à l'inventaire de l'attachement aux parents et aux pères (IPPA) :

- Le score obtenu en confiance = **49**
- Le score obtenu en communication = **44**
- Le score obtenu en sentiment d'abandon = **17**



Secteur 4 : Evaluation descomposantes du style d'attachement (Sofiane)

Afin d'obtenir un score global de sécurité, il suffit d'additionner les scores de confiance et de communication, puis diviser pour obtenir une moyenne.

La moyenne des scores de confiance et de communication est de **4,8** ce qui indique un niveau élevé de sécurité perçue.

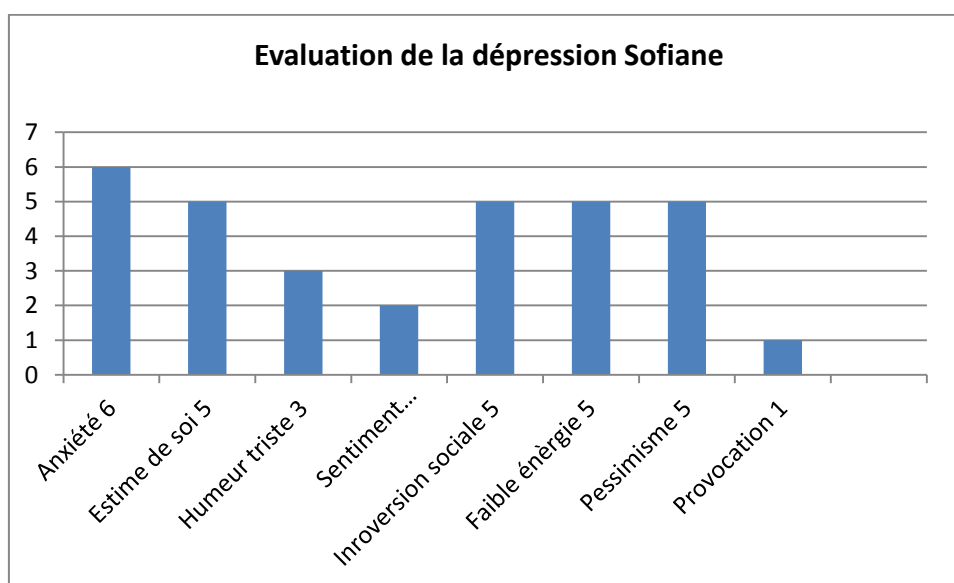
La moyenne du score de sentiment d'abandon est de **2,8**.

Le protocole de Sofiane indique une diminution du score de sentiment d'abandon (2,8) et une augmentation de la moyenne des scores de confiance et de communication (4,8) ce qui permet de dire que Sofiane a un style d'attachement « Sécure ».

Les scores obtenus à l'échelle composite de dépression MDI-C :

- Le score obtenu en anxiété =06-----Note T= 63
- Le score obtenu en Estime de soi =05-----Note T= **68**
- Le score " " Humeur triste = 03-----Note T= 65
- " " " Sentiment d'impuissance = 02-----Note T= 56
- " " " Introversion sociale = 05-----Note T=**75**
- " " " Faible énergie = 05-----Note T=65
- " " " Pessimisme = 05-----Note T=66
- Le score obtenu en Provocation = 01-----Note T=49

La note Totale = **32** qui équivaut à une Note T = **65** sur le tableau d'étalonnage (**Annexe 7**). Selon l'interprétation du MDI-C, les Notes T comprises entre 56 et 65 indiquent des niveaux de symptomatologie d'une dépression faible à modérée.



Histogramme 12 : Evaluation des sous-échelles de la dépression (Sofiane)

L'interprétation du MDI-C, laisse observer une hausse du score d'introversion sociale avec une note T= 75 se situant dans le seuil de sévérité. Elle traduit un malaise dans les situations sociales et un manque d'ouverture aux autres.

La note T d'estime de soi prend une valeur de 68 se situant entre la modération et la sévérité (entre 66 et 75). Elle indique que le regard de Sofiane qu'il porte sur lui-même en se comparant aux autres enfants est négatif. Sur une échelle de 0 à 10 il nous dit qu'il se situe 4 par rapport à ses copains.

Les Notes T du pessimisme =66 avec celle de l'humeur triste T=65 et de la Faible énergie T= 65 forment trois composantes qui viennent appuyer la symptomatologie dépressive.

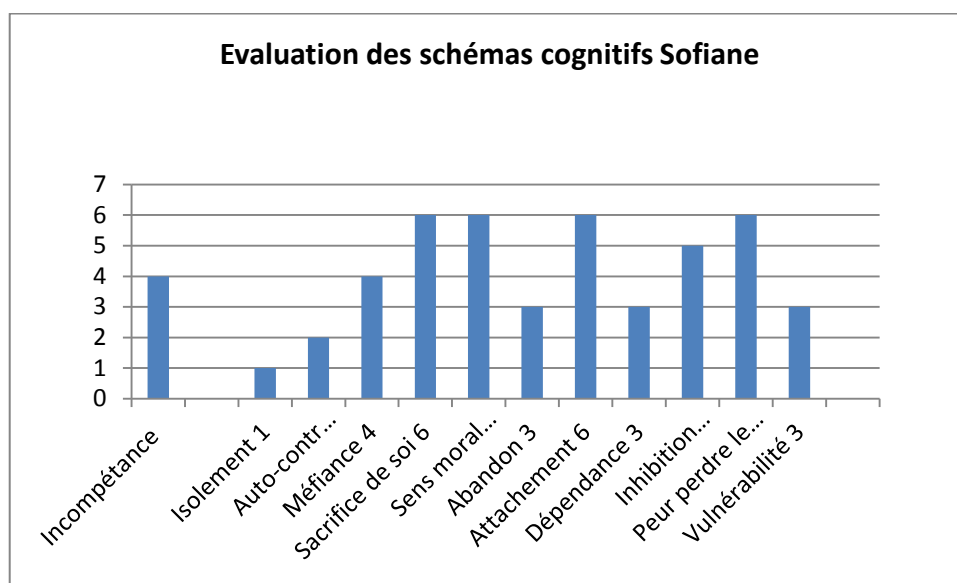
En effet elles indiquent une apathie et manque d'activité qui accompagnent souvent les dépressions.

Résultats de l'évaluation du lieu de contrôle :

Plus les valeurs augmentent vers **24** (valeur optimal), plus le lieu de contrôle tend vers l'internalité. Inversement, si la valeur baisse vers le **0**, elle implique un lieu de contrôle externe. Dans le cas de Sofiane, le score obtenu est de **21**. Il est de ce fait en faveur d'un lieu de contrôle interne. Il n'est donc pas nécessaire d'intervenir sur cet aspect dans la prise en charge.

Résultat de l'évaluation des schémas cognitifs :

Schémas	Scores
Incompétance	4
Carence émotionnelle	0
Isolement	1
Autocontrôle insuffisant	2
Méfiance	4
Sacrifice de soi	6
Sens moral implacable	6
Abandon	3
Attachement	6
Vulnérabilité	3
Dépendance	3
Inhibition émotionnelle	5
Peur de perdre le contrôle	6



Histogramme 13 : Evaluation des schémas cognitifs (Sofiane)

L'addition des notes obtenues aux deux questions relatives à chacun des schémas nous indique la présence du schéma. Un schéma est considéré « présent » si le sujet donne la réponse maximale très souvent (3 points) aux deux items correspondant au schéma. Les schémas présents prenant 6 points dans le cas de Sofiane sont : le sacrifice de soi, le sens moral implacable, l'attachement et la peur de perdre le contrôle. Le schéma d'inhibition émotionnelle prend une valeur de 5 puis viennent en troisième position les schémas d'incompétence et de méfiance.

3.2.1.1.5 Discussion :

Le catastrophisme est dans l'échelle de coping de Sofiane porte le score le plus bas par rapport aux autres rubriques 8. Il indique que le patient a tendance à envisager les évènements avec une certaine amplification. En effet la dramatisation induit systématiquement une humeur triste qui d'ailleurs porte une Note T = 65. Sur l'échelle de dépression, Sofiane a répondu positivement aux items : 8 « je suis malheureux »⁴⁰, « je me sens triste », l'item 60 « c'est difficile de se sentir heureux » il a répondu négativement à l'item 29 « je suis un enfant heureux »,

L'anxiété porte la Note T = 63. Les sous échelles d'humeur triste et d'anxiété s'inscrivent dans l'intervalle de symptomatologie faible à modérée (entre 56 et 65). C'est d'ailleurs en corrélation avec le schéma cognitif de peur de perdre le contrôle dont le contenu est la peur de réagir impulsivement qui est scoré à 6 (note maximale). Le schéma cognitif d'incompétence est scoré à 4. Il va dans le même sens de la Note T en faible énergie de l'échelle de dépression qui est de 65 ainsi la Note T en sentiment d'impuissance apprise par une Note T = 56, les deux se situent entre 56 et 65 évaluant ainsi la dépression entre faible et modérée. *« Les sujets ayant un fort sentiment d'impuissance.... décrit un sujet qui semble frustrés par des tâches tel que le travail scolaire, ils y renoncent facilement. Ils se présentent fréquemment comme des perdants qui, soit « laissent tomber », soit évitent toute compétition perçue comme au dessus de leurs forces. Les sujets ayant un fort sentiment d'impuissance sont sans espoir, prompts à dire « je ne peux pas » ou à s'accuser pour éviter les « challenges ».*D. Berndt et C. Kaisser (1999 :15)

L'échelle de faire face à la douleur confirme la faible énergie et l'incompétence. Les items : 41 et 5 sont cotés à 2 « Je pense que je ne peux rien faire pour arrêter la douleur », « quand j'ai mal, je pleure ou je cris » l'item 22: « j'imagine que je peux faire disparaître la douleur tout(e) seul(e) » est coté à 0. Sofiane se perçoit comme pas suffisamment capable, n'ayant pas les ressources nécessaires de faire face à sa douleur.

De ce fait, le contrôle perçu est affaibli ; l'efficacité perçue est diminuée ; il en résulte chez Sofiane une évaluation subjective qu'il perçoit dépassant ses ressources personnelles. En effet le sentiment d'incontrôlabilité favorise le stress d'où le score d'anxiété portant la Note T de 63 s'avère d'une cotation élevée situant une symptomatologie dépressive faible à modérée (entre 56 et 65). Les sujets ayant des notes élevées peuvent se décrire comme fatigués, épuisés ou vidés. Par ailleurs nous relevons chez Sofiane à travers l'échelle de coping que la valeur F4 traduisant la recherche d'efficacité est adaptée. C'est en effet un signe prometteur d'un changement favorable. Il découle sans doute des efforts que toute la famille met en œuvre pour faire face à la

maladie. Mme S est suffisamment formée sur la maladie, elle participe avec ses deux enfants hémophiles aux journées ou excursions organisées pour les malades et leurs parents.

L'échelle de dépression met en valeur l'introversion sociale qui prend la Note T = 75 la plus élevée des sous échelles. Elle traduit un malaise dans les situations sociales et un manque d'ouverture aux autres. La mère nous le confirme en disant « depuis son jeune âge, il aime rester à la maison... il aime les jeux électroniques ». Paradoxalement, le schéma cognitif d'isolement dont le contenu est la recherche de solitude et l'incapacité à s'investir dans les relations sociales prend la valeur de (1) seulement. Nous pouvons expliquer cette incompatibilité par le fait que l'isolement n'émane pas d'un schéma cognitif mais d'un comportement appris. Pour la mère l'extérieur est synonyme de danger « je ne laisse pas sortir, j'ai trop peur qu'il se blesse, qu'il tombe ou qu'une voiture le heurte » « je lui dis ; tu dois être comme un robot » « si je ne stress pas, je ne suis pas une mère » « j'ai dépassé les limites en anxiété (mwessewsa hatta fatly) ». « J'ai trop peur pour lui ...il est tout pour moi » « quand je vois un bleu sur son corps je lui dis tu mens, on t'a donné un coup, tu ne veux pas me dire ». Sofiane nous le confirme : « j'en ai marre du mot attention (hrez), on me le répète sans cesse, attention quand tu traverses, attention tu tombes, ne marche pas sur les cailloux attention, attention... ». L'isolement social n'est donc pas imposé par un schéma cognitif mais un choix acquit qui consiste à limiter les risques de traumatismes. Le schéma cognitif de méfiance est d'ailleurs coté à (4).

L'attitude anxieuse et hyper protectrice maternelle explique la présence du schéma cognitif d'attachement qui prend la note maximale (6) dont le contenu est la difficulté à se détacher de l'opinion et des influences des parents. « Bowlby a également mis en évidence que lorsque les personnes d'attachement prennent trop de place, il résulte une difficulté à former des relations intimes avec les autres » J Cottreaux (2017 :72)

La Note T = 68 traduit une mauvaise estime de soi, qui est corrélé avec le schéma cognitif de sens moral implacable dont le contenu est l'incapacité à être satisfait par ses actions.

Les scores de distraction (9) et d'auto-instruction cognitive (8) sont limités. Sofiane réprime ses sentiments et émotions qui impliquent des stratégies d'ajustement passives et évitantes. Cette attitude est retrouvée à travers les items de l'échelle PPCI : 1 « quand j'ai mal je vais au lit », 27 « je me couche », 35 « je vais dormir jusqu'à cela aille mieux » Le schéma cognitif d'inhibition émotionnelle le confirme d'ailleurs avec une note de 5 c'est pourquoi son comportement tend vers la passivité et l'évitement « Quand je veux pleurer, je me retiens (n'roudha) je la laisse à l'intérieur, et j'ai mal » « quand je pleure, ma mère pleure et là je pleure

encore ». Le schéma de sacrifice de soi va dans le même sens prenant une valeur de (5). « Bowlby a également mis en évidence que lorsque les personnes d'attachement prennent trop de place, il résulte une difficulté à former des relations intimes avec les autres » J Cottreaux (2017 :72)

La recherche du soutien social est scorée à (9), elle implique que Sofiane a besoin d'un support et recherche un appui pour faire face à sa douleur. Les ressources sociales sont favorablement perçues par Sofiane. Le milieu familial est dans la compréhension et l'empathie : « ma mère s'occupe de moi, elle m'aide beaucoup ». En effet, Ceci est corrélé avec le score obtenu à l'inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs (rubrique mère) qui révèle un score très élevé en communication(44) et confiance(49) et un score faible en sentiment d'abandon (17).

La sensibilité de la mère au moment de la douleur est manifeste « je sais quand il a mal, je le sens. Même s'il ne me le dit pas, ça se voit sur son visage, son activité est réduite...mais il n'est pas courageux ». Malgré une anxiété manifeste, le style d'attachement de Sofiane à sa mère est sécuritaire. La moyenne de communication et du sentiment de sécurité (4,8) dépasse largement celui de l'abandon (2,8). L'absence du schéma cognitif d'abandon le confirme. Il qui prend une valeur de 3 sur l'échelle des schémas précoces.

La coopération de l'entourage familial est satisfaisante pour le patient. Il a de très bonnes relations avec sa sœur aînée qui le maternelle « mon frère... je ne m'entends pas avec lui ; il est nerveux mais à chaque excursion organisée par l'association, il m'emmène avec lui..., aussi pour la fête du 17 Avril, journée de l'hémophilie où même ma mère est avec nous ». Ceci est appuyé par l'échelle MDC-I Sofiane répond par vrai aux items 17 « ma famille m'écoute », 44 « ma famille s'intéresse à moi ». L'échelle des schémas cognitifs le confirme avec l'absence du schéma d'abandon scoré à 3.

Sofiane présente un coping centré sur l'émotion marqué par un manque de recours à l'auto-instruction cognitive et à la distraction. Son adaptation est vacillante grâce à la recherche d'efficacité et du soutien social ce qui explique la modération de sa dépression. Le lieu de contrôle interne et la recherche d'efficacité vont constituer des atouts bénéfiques dans la prise en charge psychologique.

« Le schéma de « vulnérabilité » prend le plus souvent sa source dans une famille où les parents ont eux même ce schéma...une protection excessive peut aussi engendrer le schéma de « vulnérabilité ». Des parents possédant ce schéma sont vraisemblablement portés à couvrir leurs enfants. Ils enseignent à l'enfant que le monde est un endroit dangereux » J.E.Young, J.S Klosko (2013 :204,205).

3.2.1.1.6. Diagnostic :

Depuis cette année, Sofiane présente les symptômes suivants :

- Une humeur triste.
- Irritabilité
- Pauvreté de loisirs et d'activités ludiques
- Une fatigue
- Une hypersomnie et un manque d'appétit
- Anxiété ,oniphagie
- Un retrait social marqué
- Un manque d'estime de soi
- Culpabilité.

Selon le manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux DSM V (2015), Sofiane répond aux critères A (2,5,6,7,8) ; B ; C ;D et Eposant le diagnostic d'un trouble dépressif caractérisé léger portant le code : 296.31 (F33.0).DSM-5 (2015 :189)

3.1.2.2. Les séances de 5 à 8 :

Elles furent destinées à l'information et l'éducation concernant le mécanisme de la douleur mis en relation avec l'émotion et la cognition. De façon explicite, nous avons montré à Sofiane l'importance d'apprendre que chaque pensée est associée à une émotion.Nous avons donné également des explications psychophysiologiques en relation avec l'humeur et l'anxiété. Nous avons introduit par la même occasion l'apprentissage de la relaxation selon la méthode de Jacobson ainsi que la méthode de contrôle respiratoire (voir page 113-114).

Nous avons expliqué le principe ainsi que l'intérêt de l'évaluation de la douleur en nous appuyant sur l'échelle EVA graduée de 0 à 10. Les aspects étudiés durant ces séances se basent sur les points suivants :

- Le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles.
- L'analyse fonctionnelle
- L'établissement d'un contrat thérapeutique

Aucune intervention thérapeutique n'a été réalisée à ce stade.

2-1-2-1 Le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles :

Deux techniques sont utilisées dans le protocole pour le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles :

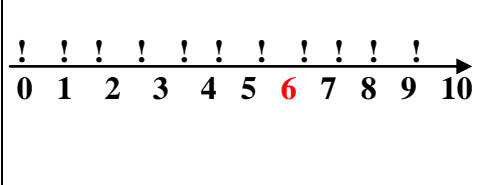
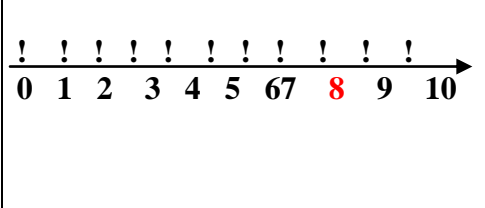
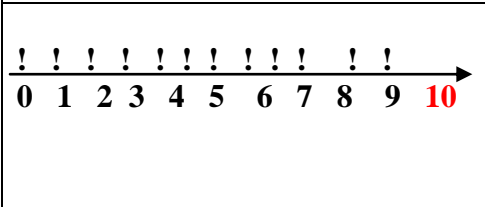
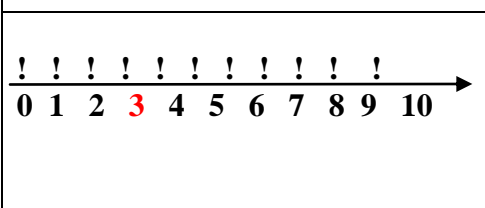
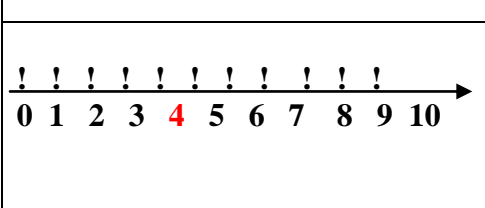
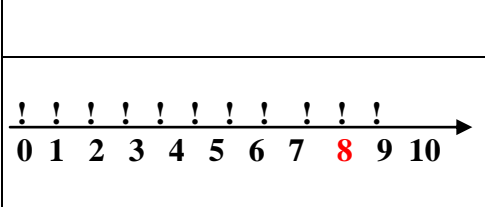
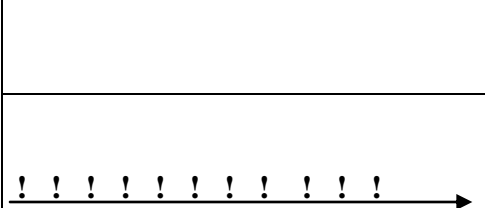
1-Le tableau des trois colonnes de Beck : Une autre fiche d'auto-enregistrement (monitoring) fut remise au patient sur laquelle sont représentées trois colonnes : Situation, Emotion, Cognition.

- La première colonne représente une graduation numérique de 0 à 10 sur lequel Sofiane doit chiffrer l'intensité de la douleur qu'il ressent. Cette colonne concerne la situation étudiée dans notre travail, qui est la douleur.
- La seconde contient des bulles dans lesquelles il est invité à reporter le ou les sentiments qui accompagnent sa douleur.
- La troisième contient également des bulles différentes mais dans lesquelles il doit transcrire l'idée, la pensée ou l'image mentale qui se présente à lui au moment de la douleur de manière spontanée et automatique.

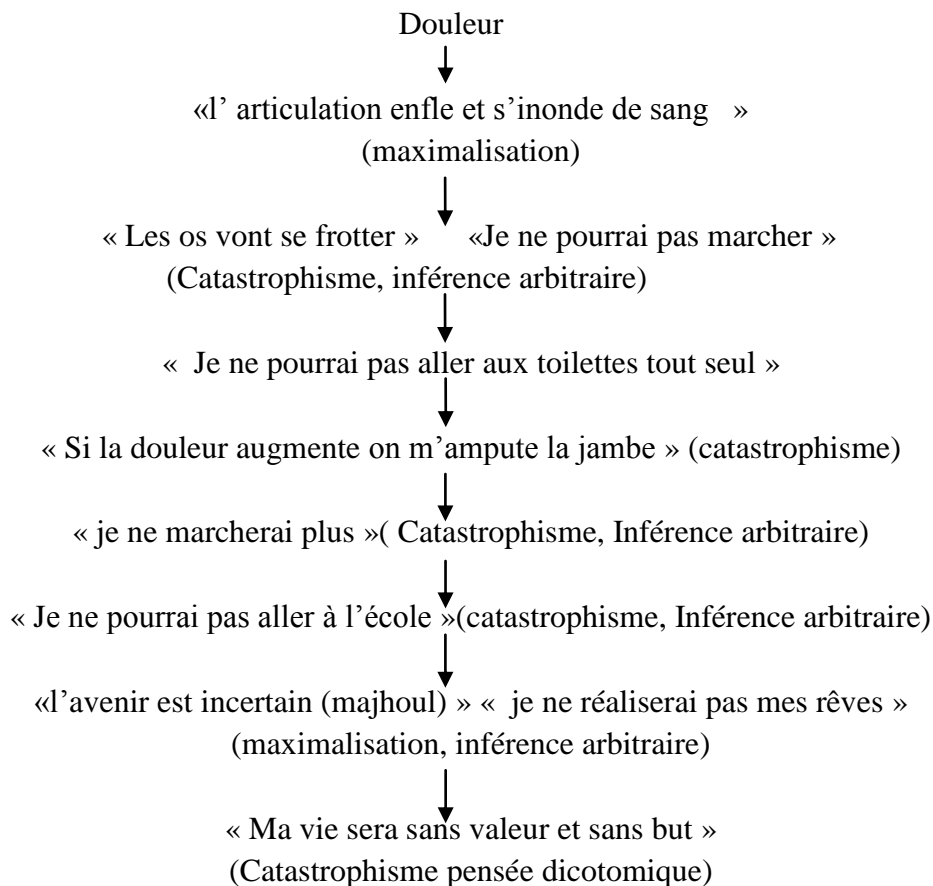
Après, Sofiane doit apprécier son niveau de croyance en l'idée automatique. Cette estimation se base sur l'utilisation d'une échelle en pourcentage de 0 à 100% (d'aucune conviction à conviction totale).

Dans le protocole, nous avons proposé la présentation du tableau sous forme de bulles qui facilite à Sofiane l'expression de ses idées et sentiments. Les objectifs visés à ce stade est d'apprendre à Sofiane de s'auto-observer et de prendre conscience de ses émotions ainsi que de ses idées. Les émotions relevées dans le vécu douloureux de Sofiane sont négatives. Elles proviennent d'une idéation négative qui génère le pessimisme (voir tableau N° 18)

Tableau 18 : Les émotions et cognitions associées à la douleur (Sofiane)

Douleur scoréede 1 à 10	Emotion	Cognition
	<p>Tristesse 10/10</p>	<p>Pourquoi cette maladie n'a atteint que moi</p>
	<p>Tristesse Colère Pleur 6/10</p>	<p>Le sang va pénétrer dans l'articulation ça va enfler et devenir bleu 80%</p>
	<p>Tristesse Colère pleurs 7/10</p>	<p>Si on m'ampute la jambe ? 70%</p>
	<p>Tristesse dégoût Culpabilité 9/10</p>	<p>Qu'elle est ma faute , je sens que j'ai fait une chose mais je l'ai oublié 80%</p>
	<p>Je suis contrarié cris pleurs 8/10</p>	<p>Pourquoi j'ai cette maladie les autres sont en bonne santé 90%</p>
	<p>Tristesse 9/10</p>	<p>Mon genou va enfler je ne pourrai pas marcher 70%</p>
	<p>Dégouté 9/10</p>	<p>Je ne peux rien faire avec cette maladie 90%</p>

2-La seconde manière de repérage des pensées automatiques dysfonctionnelles est celle des flèches descendantes :

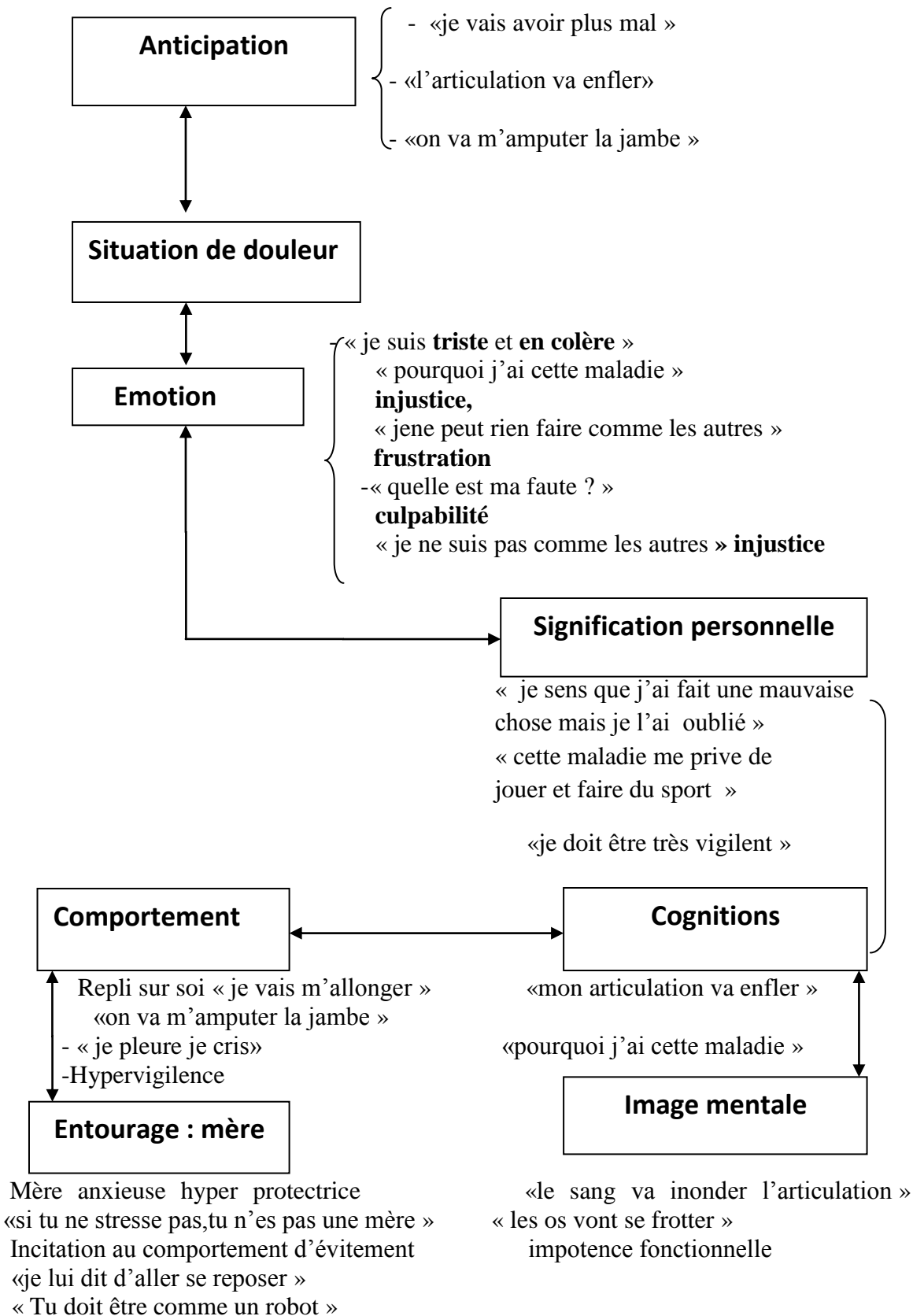


Le feed-back : nous avons souligné une aisance de Sofiane qui s'est montré enthousiaste et dynamique. La spontanéité de ses réponses laisse comprendre qu'il a réalisé cette tâche sans effort considérable. Il s'est montré coopératif et très motivé. Grace au remplissage des diverses fiches des colonnes de Beck et de la méthode des flèches descendantes, Sofiane a étalé ses idées et émotions sur papier. Il a pris conscience que lorsqu'il a mal, ses pensées automatiques, systématiquement négatives et irrationnelles agissent sur son humeur et son comportement. Les émotions négatives telles que la tristesse et la colère qui reviennent souvent, sont consécutives à une idéation négative et dramatisante.

2-1-2-2 l'analyse fonctionnelle :

Il est primordial dans le protocole d'utiliser le modèle de la grille d'analyse SECCA de J.Cottraux : figure 6.3a (2004:112) afin d'observer directement et indirectement le comportement douloureux. Le but est de préciser les conditions de maintien ; ce qui nous permettrait d'étudier les pensées, les images mentales, les monologues intérieurs qui vont accompagner et /ou précéder la douleur.

Analyse fonctionnelle synchronique



Synthèse : La grille d'analyse fonctionnelle nous permet d'avoir une meilleure vision des interactions entre les différentes composantes de la douleur, à savoir la composante cognitive, affective, émotionnelle et comportementale.

Sofiane culpabilise de manière notable par rapport à sa maladie, « j'ai peut être fait une mauvaise chose » ; il a tendance à anticiper le négatif, son appréhension au moment de la douleur est centrée sur la construction d'images et représentations mentales négatives, amplifiées et dramatiques se rapportant à son devenir fonctionnel « mon articulation va s'inonder de sang, je ne pourai pas marcher ».

Il en découle une irritabilité, une colère et une humeur triste aboutissant aux pleurs induisant l'évitement de tout effort ou activité. L'inactivité est le comportement systématique en cas de douleur: « conditionnement classique » calqué sur Stimulus/Réponse.

La grille d'analyse fonctionnelle a permis également de déterminer les capacités de coping que Sofiane met en œuvre pour faire face à la situation de douleur qui se traduisent par un coping passif centré sur l'émotion et la recherche de support social.

2-1-2-3 L'établissement du contrat thérapeutique:

Comme prévu dans le protocole le contrat thérapeutique centre quatre points essentiels qui ne peuvent faire abstraction de la motivation de l'enfant au changement :

* Nous avons expliqué à Sofiane les principes, objectifs, stratégies et techniques utilisés en thérapies comportementales et cognitives.

* Il fallait l'informer qu'il devait participer activement aux progrès et de respecter les recommandations, esprit de collaboration nécessitant une participation active. Il fallait aussi informer que l'accent est mis sur son implication dans la réussite de la thérapeutique.

* Nous avons défini (informé et décrits la façon dont va se dérouler la TCC) ; le déroulement des séances ainsi que les objectifs que nous désirons atteindre. Nous avons pour cela donné des explications claires à Sofiane et sa mère sur la co-morbidité essentiellement, l'anxiété et la dépression dans l'expérience de la douleur chronique. En référence à la phase évaluative, nos objectifs étaient les suivants :

- Agir sur la dépression par la restructuration cognitive,
- Assouplir les schémas précoces dysfonctionnels,
- Diminuer l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire et de la relaxation.

* Nous avons défini les étapes et les modalités de la prise en charge ainsi que ses délais de cette dernière que nous avons estimée à cinq mois puisque la régularité de la mise à leur disposition le traitement de l'hémophilie par le service de pédiatrie est fixée chaque mardi. Par la même

occasion et vu que les enfants n'ont pas classe l'après midi, nous avons programmé une séance par semaine. Ce calendrier a réconforté aussi bien Sofiane qui tient à ses études que sa mère. Sofiane s'est montré très enthousiaste à la prise en charge.

3.2.PHASE B (application du protocole thérapeutique) :

De 8 à 17 ème séances

Elles ciblent des techniques cognitives, comportementales et émotionnelles dont l'objectif est d'aider le patient à agir sur sa douleur.

3.2.1. Les techniques cognitives :

Elles visent :

- * L'action sur la dépression par la restructuration cognitive
- * Assouplissement des schémas cognitifs dysfonctionnels
- * L'action sur la douleur par la distraction
- * Favoriser un coping actif

La démarche appliquée pour traiter la dépression face à la douleur : La mise en œuvre de la procédure thérapeutique consiste à mettre en évidence et traiter les distorsions cognitives qui induisent à la lecture erronée de la réalité : celle de la douleur. Nous les avons relevés chez Sofiane à partir des tableaux des trois colonnes ainsi que de la technique de flèches descendantes:

- les inférences arbitraires : Sofiane utilise des erreurs de logique qui l'incitent à déduire sans avoir de preuves. Ces erreurs se traduisent cliniquement par des évènements cognitifs qui sont marqués par un style de pensée non fondé :

«Je ne marcherai plus », « je ne pourrai pas aller à l'école », « je ne pourrai pas aller aux toilettes seul » « L'avenir sera incertain »

- la maximalisation : Sofiane attribue une très grande valeur à sa douleur ainsi qu'à sa maladie conduisant à un catastrophisme idéationnel. En effet les idées qui accompagnent la douleur sont : « Si la douleur augmente, on m'ampute la jambe » «l'avenir sera incertain » « l'avenir sera sans valeur et sans but » «le sang va pénétrer dans l'articulation, ça va enfler » «mon genou va enfler, je ne pourrai pas marcher » « je ne pourrai pas marcher »

- la sur généralisation : il s'agit d'élargir, à partir d'un fait ou d'une situation d'autres incidents problématiques, « les autres sont en bonne santé moi pourquoi j'ai cette maladie » « Cette maladie me prive de tout, faire du sport, sortir » « Je ne suis pas comme les autres »

- la personnalisation : elle consiste à ce que l'enfant s'attribue la responsabilité des événements, surestime les relations entre les événements défavorables et lui-même. « C'est quoi ma faute ? Je sens que j'ai fais une chose mais j'ai oublié ».

Techniques de la restructuration cognitive utilisées :

Le tableau des quatre colonnes de Beck : Cette technique est utilisée comme tâche assignée. Elle concerne des tâches à domicile. La restructuration cognitive favorise une modification des distorsions cognitives en utilisant le tableau des 4 colonnes de Beck : situation, émotion, cognition, idée alternative tout en réévaluant le degré de croyance sur un pourcentage de 0 à 100%.

Une fiche est pour cela remise à Sofiane sur laquelle il doit continuer à s'auto-observer : observer ses pensées et émotions en transcrivant sur un tableau de quatre colonnes. La première colonne présentant la situation de douleur évaluée sur une échelle graduée de 0 à 10; la seconde colonne concerne l'émotion qui accompagne la douleur; dans une troisième colonne il inscrit la pensée automatique avec son degré de croyance en cette idée; dans la quatrième l'idée alternative qui accompagne la douleur. Sofiane doit enchaîner avec une activité ludique choisie préalablement. La douleur est ensuite réévaluée après 30 mn, en fin d'activité (voir tableau N° 19).

Les pensées alternatives doivent venir de Sofiane l'enfant qui est ainsi invité à élargir la conception qu'il a du mécanisme de la douleur ainsi que des composantes qui la constituent.

Il s'agit d'encourager un esprit investigateur qui remettrait en questions les pensées négatives élaborées par l'enfant comme si elles étaient des hypothèses. Il s'agit d'envisager d'autres interprétations possibles ainsi qu'un changement de discours interne en reportant sur ce second tableau de quatre colonnes remis pour tâche assignée à domicile.

Les idées alternatives permettent de ce fait d'apaiser les émotions négatives et pénibles.

Tableau 19 : Tableau des quatre colonnes (Sofiane)

Situation de douleur de 0 à 10	Emotion	Cognition	Pensée alternative	Type de diversion et réévaluations
<p>!!!!!!! →</p> <p>0 1 2 3 5 6 7 9 10</p>	<p>Colère et Triste</p> <p>10/10</p>	<p>«pourquoi cette maladie n'a atteint que moi ? »</p> <p>80%</p>	<p>« beaucoup d'autres ont cette maladie ou d'autres maladies »</p> <p>100%</p>	<p>Jeux de GTA</p> <p>!!!!!!! →</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Tristesse 1/10</p>
<p>!!!! !!!!! →</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Tristesse et colère</p> <p>8/10</p>	<p>«si la douleur augmente, on m'ampute du pied »</p> <p>60%</p>	<p>«si je suis le TRT et je fais attention on ne m'ampute pas »</p> <p>90%</p>	<p>Course de voiture sur tablette</p> <p>!!!!!!! →</p> <p>0 1 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Irritabilité 2/10</p>
<p>!!!! !!!!! →</p> <p>0 1 2 3 4 5 7 8 9 10</p>	<p>Dégouté Triste et je m'ennui</p> <p>9/10</p>	<p>«si on m'ampute le pied, je n'irai pas à l'école, mon avenir est incertain »</p> <p>70%</p>	<p>« Je fais mon injection, je mets une poche de glace sur mon coude »</p> <p>90%</p>	<p>Jeu sur microordinateur</p> <p>!!!!!!! →</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Dégout 2/10</p>
<p>!!!!!!! !!!!! →</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p>	<p>Tristesse Dégout</p> <p>6/10</p>	<p>« je ne pourrai pas marcher ni aller seul aux toilettes »</p> <p>80%</p>	<p>«mon frère est plus âgé que moi, il marche, il n'a pas été amputé »</p> <p>80%</p>	<p>Match de foot sur tablette</p> <p>!!!!!!! →</p> <p>0 1 2 3 4 6 7 8 9 10</p> <p>Dégout 0/10</p>
<p>!!!! !!!!! →</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p>	<p>Enervé</p> <p>8/10</p>	<p>«pouquoi ça m'est arrivé à moi ? »</p> <p>90%</p>	<p>«je remonte mes jambes, je fais quelque chose pour m'occuper »</p> <p>90%</p>	<p>Lecture du Coran</p> <p>!!!! !!!!! →</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p> <p>Enervé 0/10</p>
<p>!!!! !!!!! →</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p>	<p>Tristesse</p> <p>7/10</p>	<p>«j'ai fais une mauvaise chose peut-être»</p> <p>50%</p>	<p>«Dieu m'a donné cette maladie comme d'autres malades »</p> <p>90%</p>	<p>Jeu de course de voitures</p> <p>!!!!!!! →</p> <p>0 1 2 3 5 6 7 8 9 10</p> <p>Tristesse 2/10</p>

Le Feed-back des séances : la technique du tableau des quatre colonnes a permis à Sofiane de prendre conscience quant à ses attitudes émotionnelles. Le changement des idées erronées avec un haut niveau de croyance a pu atténuer les affects négatifs qui en découlent principalement la colère et la tristesse. La reformulation et le feed-back ont facilité l'établissement d'une alliance thérapeutique.

La démarche appliquée pour assouplir les schémas dysfonctionnels face à la douleur :

Les buts annoncés sont donc :

- Prendre conscience à l'enfant l'existence des schémas ;
- Prendre conscience du poids des inconvénients qu'ils imposent dans les situations de vie et entre autres quand ils sont suractivés en cas de douleur ;
- Prendre conscience de la technique de la balance pour agir sur l'assouplissement du schéma (serait-il plus avantageux ou désavantageux de conserver ces schémas).

L'assouplissement des schémas par la technique de pondération ou travail de balance est une technique qui sert à évaluer les avantages et inconvénients du schéma. Le niveau de chaque argument est pondéré. *« L'hypothèse de traitement thérapeutique de YOUNG repose sur la possibilité d'assouplir un schéma en activant son ou ses schémas antagonistes pour que les idées dysfonctionnelles disparaissent, remplacées par des idées plus adaptées ».* (S.Rusinek , 2006 :64)

Pour mener à bien cette démarche nous avons procédé à faire à penser à Sofiane les avantages et inconvénients des schémas cognitifs les plus hautement scorés dans son cas: le sens moral implacable, la peur de perdre le contrôle et l'attachement ; ces schémas ayant pris les valeurs maximales (6). Elles sont suivies de l'inhibition émotionnelle (5) et enfin de l'incompétence, et la méfiance (4).

Tache assignée : La tâche qu'il est amené à accomplir serait, en fonction des situations apportées d'énumérer les avantages et inconvénients des schémas identifiés préalablement en phase A du protocole. Il s'agit de peser le pour et le contre des conséquences du schéma, Cette méthode est aussi nommée technique argument pour/argument contre.

Un tableau de balance ci dessous est remis à Sofiane sur lequel sont mentionnés les avantages et inconvénients des schémas. Les schémas les plus hauts scorés ayant des valeurs entre 6, 5 et 4 sont pris en compte pour assouplissement.

Tableau 20 Balance des avantages et inconvénients des schémas cognitifs (Sofiane)

SCHEMAS	Quels sont les avantages à l'existence de ce schéma ?	Quels sont les inconvénients à l'action des ces schémas/les éléments me prouvant qu'il est néfaste pour moi ?
Sacrifice de soi 6	« on aide les autres »	« on reste en dernier » « je ne m'occupe pas de moi-même »
Sens moral implacable scoré à 6	« je défi les copains »	« ça développe la jalousie »
L'attachement scoré à 6	« on obéit aux parents »	« je n'exprime pas mes sentiments » « je doit faire mon propre style »
Peur de perdre le contrôle scorée à 6	« on se défend »	« donner des coups aux amis et aux proches...c'est pas bien » « les relations ne seront pas bonnes »
Inhibition émotionnelle scorée à 5	« la famille ne rit pas de toi »	« on devient agressif » « on n'est pas fort »
La méfiance scorée à 4	« on est en sécurité » « j'évite les dangers »	« on ne joue pas » « on s'isole des autres » « ça ne me rend pas heureux »
Incompétence scorée à 4	« je n'ai pas d'idée...on apprend »	« on ne se sent pas comme les autres, on se sent diminué, différent...ça nous rend triste et envieux »

Le Feed-back des séances : Sofiane a accompli cette tâche en mobilisant beaucoup de concentration.

En dépit de la difficulté d'accomplir cette tâche, cette méthode a permis l'assouplissement des schémas cognitifs inadaptés. Elle lui a permis d'apporter un éclairage sur ses prises de position qui à leur tour modifient ses réactions émotionnelles et comportementales. Sofiane dit avoir compris beaucoup de choses sur ses émotions.

A propos du locus de contrôle : L'échelle du lieu de contrôle révèle un score de 21/24. Lors des séances, le discours de Sofiane n'a révélé aucune idée externe.

Malgré l'incompréhension de Sofiane « pourquoi j'ai cette maladie ? », une question qui lui revient souvent, il n'attribue pas sa maladie à la malchance ou à l'incompétence des médecins. Il reconnaît l'efficacité de son traitement et lui accorde son entière confiance. Son souci majeur est bien au contraire le manque de disponibilité ou de rupture de son traitement qui n'est disponible qu'en milieu hospitalier.

Action sur la douleur par la distraction comme processus cognitif :

L'objectif est d'adopter une attitude de décentration en développant des moyens de faire face à sa douleur afin de retrouver un sentiment de contrôle sur sa vie.

Les sens auditif et visuel sont particulièrement utilisés pour la distraction qui n'est pas une forme passive de diversion de l'attention mais bien une forme active qui altère la perception de la douleur. Plus l'enfant parvient à être absorbé, plus sa douleur sera réduite.

N'importe quelle activité agréable peut servir de distraction, mais il était nécessaire de décider à l'avance d'une liste de distractions possibles qui passionnent le patient. Sofiane est très attiré par les jeux électroniques GTA, principalement les jeux sur internet.

Se référant à l'histoire connue de « La petite vendeuse d'allumettes », nous avons expliqué le phénomène neurophysiologique de la concentration et l'imagerie mentale sur l'inhibition du message douloureux ; nous proposons à Sofiane l'assignation de la tâche suivante : Il est invité à évaluer sa douleur en utilisant l'EVA avant et après un jeu de son choix en mobilisant le maximum de concentration soutenue.

Après nette assimilation, nous demandons à Sofiane de reproduire sur le tableau des quatre colonnes le score de sa douleur, identifier l'émotion et la cognition qui accompagnent cette douleur puis reporter dans la quatrième colonne l'idée alternative. Sofiane doit à ce moment choisir une activité ludique ou intellectuelle nécessitant une concentration soutenue durant une demi-heure ; puis il réévalue son score de douleur de 0 à 10.

3.2.2. Les techniques émotionnelles :

Elles visent :

* La diminution de l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire.

Pratiquement, nous avons suivi les démarches du protocole citées en page 113-114.

* La technique de la relaxation de Jacobson: nous avons initié Sofiane à la relaxation lors de son hospitalisation. Il a aussitôt assimilé la façon d'obtenir un état de détente physique et psychique qu'il a apprécié (contrôle de la respiration, de la fréquence cardiaque). En effet, cette pratique lui

permet de réduire et de maîtriser les symptômes anxieux. Dès la première séance, Sofiane a manifestement intégré la technique. Nous l'avons accompagné dans cette pratique durant deux séances durant lesquelles il a bien réagit et s'est laissé aller sans difficulté. Progressivement, il a assimilé et continué tout seul à raison de deux séances par jour. La simplicité d'apprentissage de cette méthode a favorisée une bonne adhésion de Sofiane durant les autres séances. Sofiane a réalisé les bienfaits de la relaxation et l'importance du relâchement musculaire sur son bien-être général.

Démarche appliquée pour agir sur le style de coping

L'échelle de faire face à la douleur indique une valeur $F1 = 1.0$. Elle traduit une bonne adaptation quant au support social. Elle se situe au dessus de la ligne 0. La valeur de $F4 = 2.0$ traduit une bonne adaptation par rapport à la recherche de l'efficacité. La recherche de distraction $F3$ se situe sur la ligne 0 avec une valeur de 0,0. L'auto-instruction cognitive est par contre située sous la ligne 0.0. Elle porte une valeur de -0.4 qui traduit une diminution dans la stratégie d'auto-instruction cognitive.

Nous avons ciblé dans le cas de Sofiane à développer cet aspect. La restructuration cognitive fut un outil par excellence. Elle a agit favorablement sur l'auto-instruction cognitive.

Si nous mettons en relation les sous échelles de mauvaise estime de soi, de la faible énergie, du pessimisme et de l'humeur triste de l'échelle de dépression nous réalisons que c'est une suite logique que nous pouvons basculer dans le sens positif si nous agissons sur une auto-instruction cognitive plus adaptée.

Les aspects cognitifs et émotionnels qui sont les vecteurs les plus importants dans les stratégies d'adaptation ont été déjà modifiés et pris en compte par la restructuration cognitive et la relaxation. Le tableau des quatre colonnes a donné à Sofiane la possibilité d'élargir ses pensées en envisageant d'autres interprétations possibles, en développant des cognitions alternatives positives.

La présence des schémas cognitifs d'attachement, de peur de perdre le contrôle d'inhibition émotionnelle ainsi que la hausse des scores des sous échelles de l'échelle composite de dépression d'introversion sociale, de mauvaise estime de soi, le catastrophisme, le pessimisme, l'anxiété, l'autocontrôle insuffisant, le sentiment d'impuissance et d'incompétence, sont tous hautement scorés chez Sofiane, ils représentent des facteurs pathogènes en faveur d'un coping passif centré sur l'émotion principalement l'anxiété et la dépression.

Sofiane a bien pris conscience de l'impact des émotions et comportements qui potentialisent le perçu de sa douleur. Il a également concrétisé par le processus de diversion attentionnelle et de

relaxation qu'il est compétent, capable d'agir positivement, certainement pas pour abolir la douleur mais l'atténuer pour la rendre supportable ce qui offre une meilleure qualité de vie.

Favoriser un coping actif c'est encourager la compétence :

Les stratégies centrées sur le problème que nous visons à développer sont suffisamment présentes dans le cas de Sofiane. En effet, Sofiane est né dans une famille qui est formée sur l'hémophilie à travers son frère aîné. L'adhésion de ce dernier dans une association lui a permis de se former et d'avoir les connaissances suffisantes sur cette pathologie. L'éducation thérapeutique sur cette maladie est offerte par des médecins, des infirmiers (ères), et même des laboratoires qui offrent des trousseaux de soins pour permettre à l'enfant de s'auto-injecter le produit (Facteur VIII). Sofiane possède une instruction suffisante sur l'évolution, les risques, la médication...). Il a en effet appris à se piquer depuis l'âge de 11 ans, ce qui a encouragé son auto-efficacité et son autonomie (appelés aussi par certains auteurs, coping vigilant ou encore actif) qui sont des stratégies actives d'adaptation

En évaluant les scores de l'intensité de la douleur avant et après effort attentionnel soutenu, Sofiane a réalisé concrètement qu'il est capable par lui-même de réduire sa douleur. En effet les scores ont diminué de 3 à 5 points notés par le patient sur le tableau des quatre colonnes. (Tableau N°19)

Le sentiment d'impuissance 56 est faible avant même la prise en charge, mais il existe en schéma d'incompétence (4). Il explique que Sofiane veut se dépasser. Il s'engage à se décentrer de la douleur par un processus de distraction au lieu de pleurer ou crier. Cette attitude est expliquée dans l'échelle de Coping par la valeur F4 recherche d'efficacité=2

3.2.3. Les techniques comportementales :

Elles ciblent la modification des interactions mère/enfant par conditionnement classique et conditionnement opérant. Les réponses comportementales nous sont fournies par l'observation et l'entretien. Ils nous offrent la possibilité d'analyser les réponses conditionnées de l'enfant à la douleur.

Le conditionnement classique : L'approche comportementale explique que la douleur chronique et les comportements douloureux associés sont influencés par des processus de conditionnement ; la douleur chronique est pour cela un comportement appris. L'analyse des réactions comportementales se traduit en général chez Sofiane par l'évitement : s'allonger, ne pas jouer, arrêter toute activité, pleurer, crier rester en classe à regarder les autres jouer et courir,

s'isoler... La mère encourage ces attitudes passives « quand il a mal, il me fait de la peine... je lui demande de s'allonger et de se reposer » « quand il fait son injection, je suis soulagée ».

Les stratégies d'intervention sont axées sur une meilleure implication de la mère qui est déjà bien formée et informée sur la maladie depuis que son fils âgé de 29 ans est atteint de cette pathologie. Elle nous dit : « Avec son grand frère je ne connaissais pas la maladie, il était souvent hospitalisé, ça durait parfois 5 mois, il n'y avait pas les traitements d'aujourd'hui, ... Sofiane je suis sa mère, son infirmière »

Par contre, en cas de douleur la mère est fortement stressée « j'ai peur si demain on sera en guerre, si on ne trouve pas le traitement » « Dès qu'il a mal je veux qu'il se pique aussitôt » « quand il se pique, j'ai peur qu'il ne trouve pas sa veine » « je reste avec lui jusqu'à ce qu'il la fasse ». La prise de conscience de la mère que la douleur lui génère une inquiétude démesurée à une incidence sur les idées négatives de Sofiane « J'ai peur qu'en faisant mon injection le vaisseau éclate » « j'ai peur si on sera en guerre ou que l'Algérie sera en grande crise économique et qu'on n'aura pas de traitement » Le schéma d'attachement est d'une valeur optimale de 6 il confirme la difficulté à se détacher des opinions parentales.

La mère doit mobiliser des ressources de savoir faire tout en gérant ses émotions négatives, Elle doit avoir une attitude sereine et encourageante afin de transmettre de la quiétude à son enfant. Nous avons à ce moment incité Mme S à distinguer sa propre subjectivité de celle de son enfant en prenant conscience que certains de ses comportements et attitudes étaient induits par son anxiété qui potentialise celle de son enfant.

Sofiane est dispensé de l'activité sportive scolaire, son professeur de sport lui confie la tâche d'arbitrage lors des matchs, ce qui est très apprécié par Sofiane qui ne sent pas l'exclusion tout en respectant les exigences de la maladie. Nous avons à ce moment recommandé à la mère :

Par sa recherche d'auto-efficacité dont l'échelle de coping révèle un score élevé F4 traduisant une adaptation pour cet aspect, Sofiane participe aux sorties organisées par l'association des malades hémophiles. Cet été, il a bénéficié d'une semaine de colonie de vacances en bord de mer. Accompagné de son frère, parfois même de sa mère, ils sortent en excursion à l'occasion de la journée des hémophiles le 17 Avril de chaque année. L'encouragement de ces activités permet par la même occasion de dédramatiser la maladie dont il partage l'expérience avec d'autres patients.

Sofiane fait son injection intraveineuse tout seul depuis une année. Il la faisait à l'hôpital s'obligeant ainsi un déplacement deux fois par semaine. Une infirmière lui a appris ce geste

médical. Une formation thérapeutique fut accordée aux hémophiles afin de développer leur autonomie que Sofiane a aussitôt assimilée.

Mme S doit reconnaître et valoriser ce geste plutôt courageux de son fils. Son rôle serait de cadrer le geste « Juste je surveille s'il est sur la veine, j'ai toujours peur qu'il la rate »

Favoriser les relations avec les pairs en valorisant les jeux collectifs sans danger pour Sofiane comme les jeux de société, domino, jeux de carte au lieu des jeux individuels et solitaires.

- Nous avons favorisé des liens mère/enfant sécurisants, enrichis en communication positive et optimiste afin de palier au sentiment d'insécurité et d'impuissance apprise. Mme S nous rapporte : « il n'est pas courageux » en dépit des efforts qu'il fournit pour faire son injection.

Un changement du discours et de regard maternel qui s'avère dramatisant et décourageant est indispensable. La technique des flèches descendantes réalisée avec Mme S lui a fait réaliser son anxiété démesurée générée par une idéation irrationnelle. S'exercer à chercher des idées alternatives l'aiderait à diminuer son anxiété qui alimente à son tour les distorsions cognitives.

Le conditionnement opérant : Le conditionnement opérant ou instrumental est un processus d'apprentissage impliquant le changement de la probabilité d'une réponse par manipulation des conséquences de celle-ci. Il permet une analyse du comportement observable dans ses relations et ses conséquences. Le comportement de la douleur peut favoriser des gains secondaires qui augmentent ou diminuent la perception de la douleur. Le comportement de douleur renforcé positivement peut augmenter la perception de la douleur.

Les entretiens nous offrent certains aspects des comportements maternels inadéquats qui entretiennent la douleur : aide à l'habillage, traitement de faveur consistant à répondre à ses demandes et caprices quotidiens... le programme de conditionnement opérant consiste à :

1- la réduction des bénéfices secondaires dont les plus importants chez Sofiane sont : l'exemption de certaines tâches comme faire quelques courses mais surtout la dépendance de la mère pour des actes quotidiens (ramener un verre d'eau, se servir...qu'il fait faire par sa mère et auxquels elle répond systématiquement). C'est en effet des comportements non adaptés qui constituent un facteur d'entretien de la maladie et de la douleur. A cet effet, la mère doit inciter à l'autonomie pour tout acte ou geste que Sofiane est dans la capacité d'accomplir et qui soit sans danger pour lui. Mme S doit récompenser les comportements positifs minimes soit-ils principalement ceux qui concernent l'autonomie.

2- Au moment de faire son injection intraveineuse, nous avons recommandé à la mère d'éviter les propos catastrophiques «quand il se pique, j'ai peur qu'il ne trouve pas de veine », mais

d'exercer un renforcement positif verbal ou gestuel (conditionnement opérant) comme récompense affective à l'effort exercé par Sofiane tout en verbalisant sa satisfaction.

Pour une attitude maternelle adéquate : Afin d'influencer de manière positive la qualité des soins maternels et des interactions mère/enfant qui constituent un aspect fondamental de la prise en charge, nous avons établi un programme d'intervention qui vise directement ses dimensions comportementales en intervenant sur les aspects relationnels de la dyade mère/enfant qui modifient la perception de la douleur. Nous avons ciblé et intervenu sur les points suivants :

1/ Encourager un changement de discours en utilisant comme outil la reformulation et l'empathie. Développer une communication positive avec empathie « vas t'allonger ça va passer » « cette maladie peut donner un handicap » qui potentialisent l'anxiété de Sofiane. Son attitude doit être sensibilisante ni dans l'amplification ni dans la banalisation mais dans l'écoute empathique offrant de la sécurité. « Il n'est pas courageux » est une opinion dévalorisante qui renforce le sentiment d'impuissance et une mauvaise estime de soi.

2/ Ajuster les liens d'attachement : Le lien d'attachement mère/enfant fait référence aux aspects relationnels servant à réguler l'excitation stressante de l'enfant ou son sentiment de vulnérabilité. Les observations et entretiens cliniques, nous avons relevé une omniprésence et une attitude d'hyperprotection et anxieuse de Mme B.

3/ Le style d'attachement mère/enfant dans le cas de Sofiane est sécure. Il sent que sa mère est suffisamment à l'écoute, « elle se déplace avec moi, elle comprend ma maladie » ; mais Il perçoit sa mère comme très anxieuse « elle a peur, elle ne me laisse rien faire » Dans la grille d'entretien (Expression du ressenti de la mère au moment de la douleur, elle répond par oui à « Quand il a mal, le pauvre, il me fait de la peine » elle ajoute « Netgattaa M'aah ». La prise de conscience de cette dernière de l'impact de son anxiété sur l'état émotionnel de son enfant est ciblée. En effet Mme S est sensible et perçoit les signaux mais il s'avère que son hyperprotection et son anxiété marquée inflige des émotions négatives chez son fils.

4/ Le ressenti de Mme S par rapport à la maladie de son fils est révélé dans la grille d'entretien. Elle la perçoit comme une épreuve mais jamais comme une punition ; elle répond par souvent à (la maladie de mon enfant est une épreuve pour moi).

5/ Le soutien perçu de Mme S est suffisant. Elle dit que son mari est bienveillant, l'aide matériellement en dépit des ressources limitées ; il veille la nuit au chevet de son fils quand il est malade ; mais tout ce qui se rapporte au médical, il ne s'implique pas. Il n'a jamais discuté avec les médecins de l'hôpital ; il a honte nous rapporte-elle. Elle répond par parfois pour « mon entourage me soutient ». En effet Mme S nous rapporte que les membres de sa famille manquent d'empathie en culpabilisant la mère « c'est toi qui a donné cette maladie à tes enfants ». Notre

intervention va cibler la déculpabilisation de Mme S tout en valorisant son dévouement et sacrifices pour ses enfants.

Feed- Bak : Mme S s'est montrée très attentive, coopérative, et favorable pour un changement d'attitude. Elle reconnaît, et s'autocritique pour être anxieuse. Elle a pris conscience de certains comportements inadéquats dont elle ignorait l'effet négatif. Son hyper-vigilance générée par son anxiété entrave significativement l'auto-efficacité de son enfant. Limiter les bénéfices secondaires incite Sofiane à l'autonomie pour s'assumer au mieux possible dans les tâches quotidiennes.

3.3. PHASE B (reevaluation) :

Réévaluation de l'échelle de dépression MDI-C :

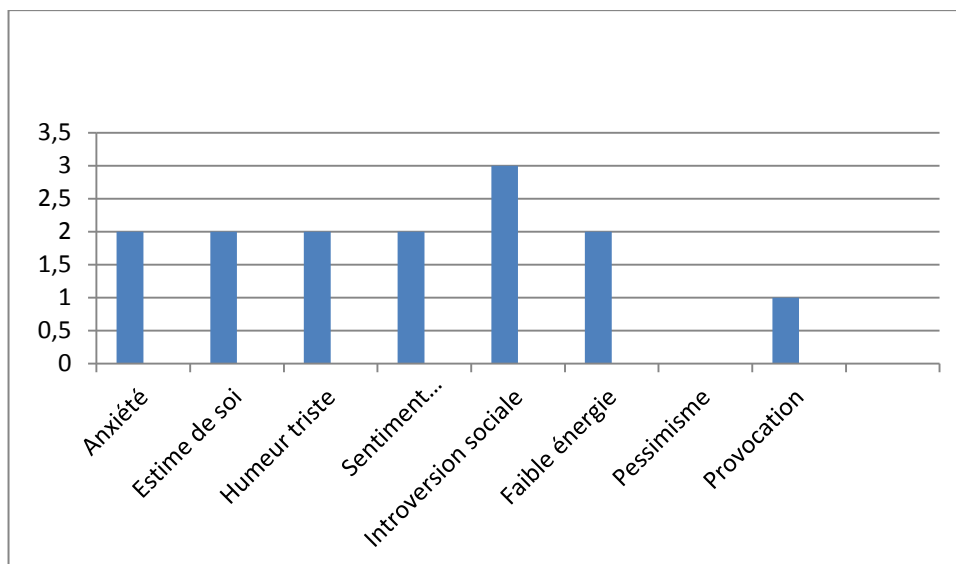
Les notes brutes transformées en Notes T aux huit échelles de la MDI-C sont les suivantes :

- Anxiété = 2 qui équivaut à une Note T de 48
- Estime de soi =2 qui équivaut à une Note T de 58
- Humeur dépressive =2 qui équivaut à une Note T de 61
- Sentiment d'impuissance =.... 2 qui équivaut à une Note T de 56
- Introversion sociale =3 qui équivaut à une Note T de 67
- Faible énergie =2 qui équivaut à une Note T de 54
- Pessimisme =0 qui équivaut à une Note T de 40
- Provocation =1 qui équivaut à une Note T de 43

L'interprétation des résultats de l'échelle composite de dépression montre que les Notes T inférieures à 56 indiquent l'absence de symptomatologie en relation avec une dépression.

La réévaluation révèle dans le cas de Sofiane un score global de **14**, il correspond à une Note T = **53** sur la table d'étalonnage(Annexe 7)qui est inférieure à 56.

Cette valeur indique l'absence d'une symptomatologie dépressive.

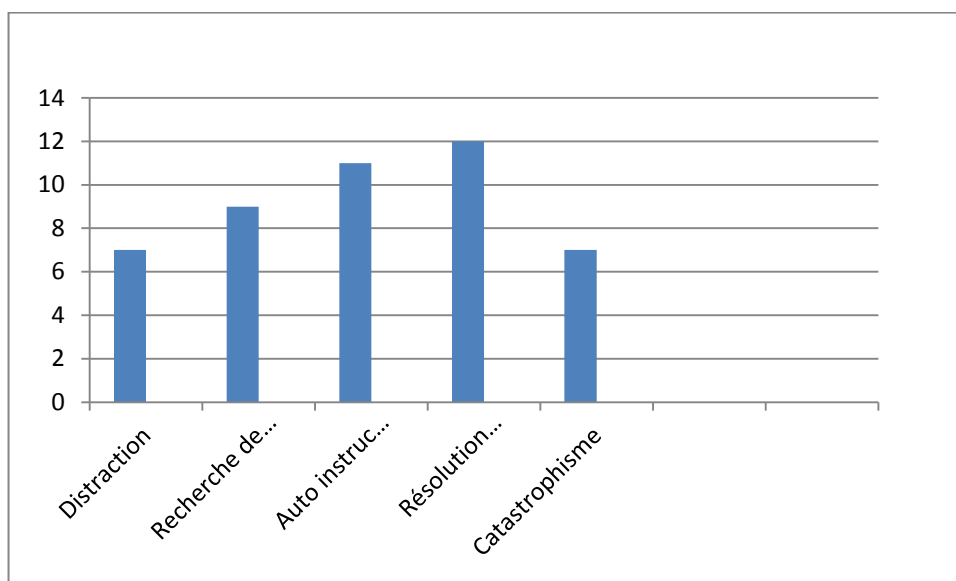


Histogramme 14 : Réévaluation des sous-échelles de la dépression (Sofiane)

Résultats de l'échelle du coping face à la douleur (PPCI) de Sofiane :

Les scores obtenus sont :

- la distraction =**15**
- l'auto instruction cognitive =.....**11**
- la résolution du problème =**12**
- la recherche d'un support social =...**09**
- le catastrophisme =**07**

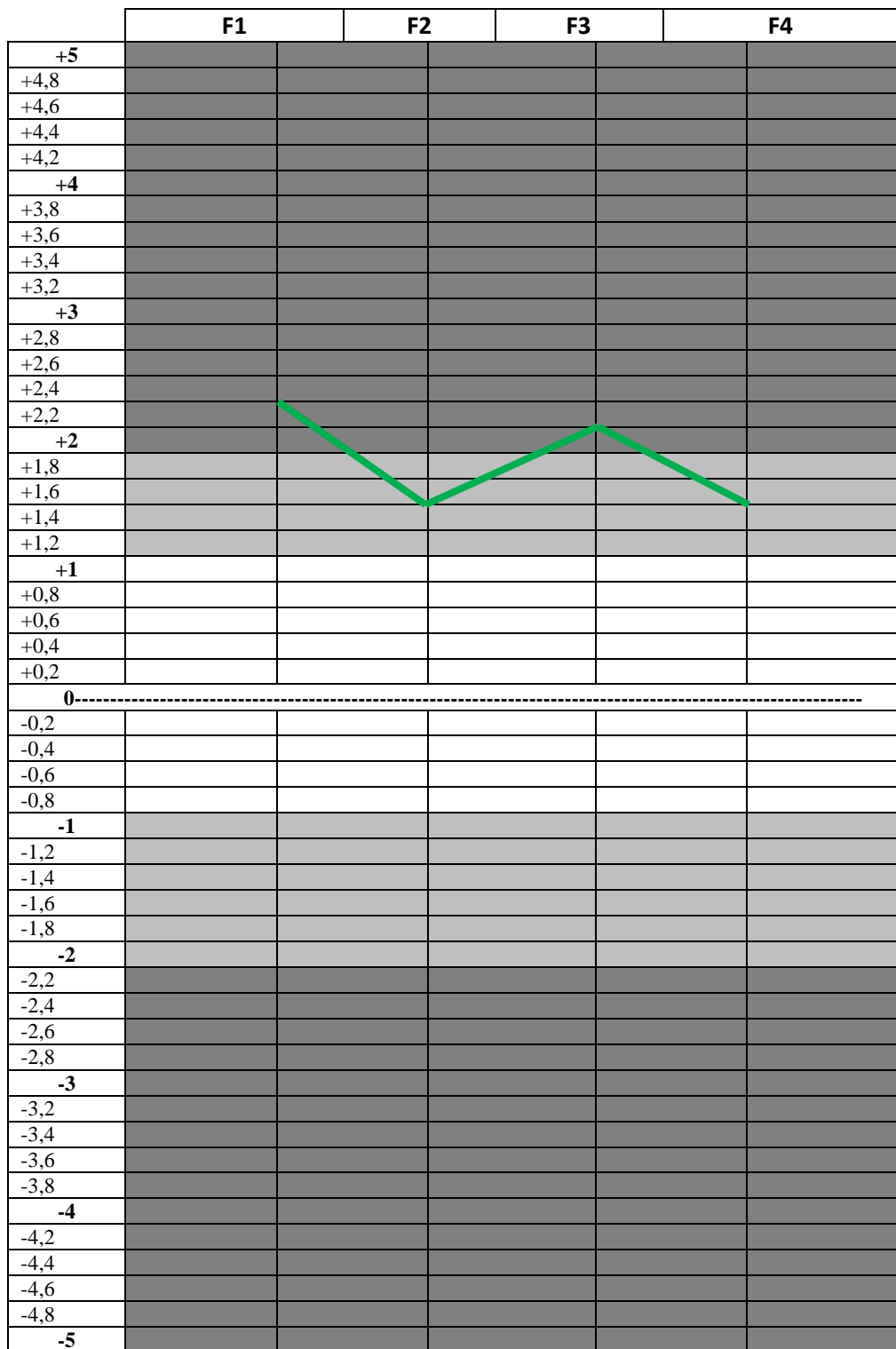


Histogramme 15 : Réévaluation du coping (Sofiane)

- Le facteur **F1** obtenu après addition des scores des items : 1, 3, 4, 5, 8, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39 et 41 = **18** qui correspond à **2,2** en note transformée selon la table d'étalonnage. 2.2 indique un coping adapté
- Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **16** qui correspond à **1.4** en note transformée selon la table d'étalonnage. 1.4 se situe en dessus de la ligne 0, elle indique un coping adapté.
- Le Facteur **F3** est obtenu après l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **12** qui correspond à **2,0** en note transformée. Elle se situe en dessus de la ligne 0, elle indique un coping adapté.
- Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = 8 qui correspond à **1.4** en note transformée selon la table d'étalonnage. 0.4 se situe en dessus de la ligne 0, elle indique un coping adapté.

La reproduction des chiffres sur la feuille de profil nous permet de voir un tracé qui met en apparence une zone située en dessus de la ligne 0 qui indique l'utilisation de stratégies adaptées de façon harmonieuse face à la douleur chronique. (Voir feuille de profil N°6).

Feuille de profil N°6



Légende : (F1) Recherche de support social

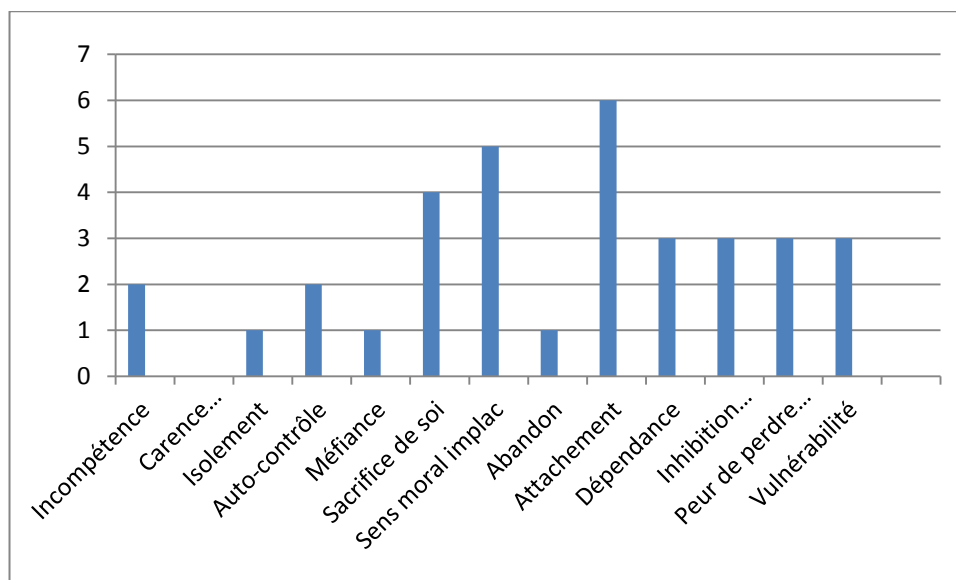
(F2) Recours à l'auto instruction cognitive

(F3) Recherche de distraction

(F4) Recherche d'efficacité

Résultat de l'échelle des schémas cognitifs :

SCHEMAS	SCORES
Incompétence	2
Carence émotionnelle	0
Isolement	1
Autocontrôle insuffisant	2
Méfiance	1
Sacrifice de soi	4
Sens moral implacable	5
Abandon	1
Attachement	6
Vulnérabilité	3
Dépendance	3
Inhibition émotionnelle	3
Peur de perdre le contrôle	3



Histogramme 16 : Réévaluation des schémas cognitifs (Sofiane)

L'addition des notes obtenues aux deux questions relatives à chacun des schémas nous indique la présence de ce dernier. Un schéma est considéré « présent » si le sujet donne la réponse maximale très souvent (3 points) aux deux items correspondant au schéma.

Les schémas présents prenant 6 points dans le cas de Sofiane (comme le montre l'histogramme) sont : l'attachement qui a gardé sa note maximale 6. Est classé en deuxième position le schéma du sens moral implacable avec 5 points, et enfin le sacrifice de soi avec une valeur de 4. Tous les autres schémas ayant pris une note inférieure à 4 sont considérés comme absents.

3.4. DISCUSSION DES RESULTATS :

Le tableau des quatre colonnes nous montre qu'avec l'auto-observation (monitoring) des émotions et cognitions ainsi que l'apprentissage de l'élaboration d'autres idées alternatives, Sofiane a pu agir positivement sur les émotions négatives qui permettent à leur tour de développer un style de coping actif. Sofiane a en effet développé une auto-efficacité perçue qui exerce un auto-renforcement sur le comportement adaptatif. Elle lui permet de réduire l'intensité de la douleur même s'il ne s'agit pas de l'abolir.

Le phénomène de la distraction a effectivement agité sur l'intensité de la douleur. L'apprentissage par décentration contribue à la gestion de la douleur. L'évaluation chiffrée des scores de l'EVA nous permet de voir que la douleur diminue de deux à trois chiffres sous l'effet de la distraction.

La réévaluation à travers les deux échelles : échelle composite de dépression (MDI-C) ou l'échelle de faire face à la douleur pédiatrique (IPPA) révèlent que l'application des techniques thérapeutiques cognitives et comportementales a fait ses preuves quant à l'amélioration des stratégies de faire face à la douleur en modifiant aussi bien le sens accordé à la douleur par la restructuration cognitive que par le comportement et l'émotion qui en découlent. Les représentations sur feuille de profil N°6 et histogramme N°16 nous permettent de mieux visualiser les progrès réalisés.

En effet le score de dépression a diminué. Il est passé de 32 pour une note T de 65 à un score de 14 pour une note T de 53. La première évaluation, avant la mise en œuvre le protocole thérapeutique a marqué une dépression faible à modérée, la seconde marque l'absence de dépression. Le tableau ci-dessous montre les modifications des Notes T entre la première et la seconde évaluation.

Tableau 21 :Echelle de dépression (Sofiane) (Notes T du test / Re-test)

Sous échelle	Evaluation 1 (Note T)	Evaluation 2 (Note T)	Différence
Anxiété	63	48	15
Estime de soi	68	58	10
Humeur dépressive	65	61	04
Sentiment d'impuissance	56	56	00
Introversiion sociale	75	67	08
Faible énergie	65	54	11
Pessimisme	66	40	26
Provocation	49	43	06

Le score de la sous-échelle de pessimisme qui se situait dans la sévérité (entre 66 et 75) a réduit considérablement ; il est passé de la note T=66 à la note T= 40 qui traduit l'absence de pessimisme de valeur significative. Le score a baissé de 26 points. Cette différence est expliquée par l'apport de la restructuration cognitive qui adonné la possibilité à Sofiane de trouver des alternatives à ses idées négatives.

Le score de la sous-échelle d'anxiété a nettement diminué de 15 points avec une Note T = 48 (sur la table d'étalonnage) qui exclue l'importance de cette composante dans le profil de Sofiane; celle de l'estime de soi a nettement régressé de 10 points. Malgré la diminution de la note T en l'introversion sociale qui est passée de 75 à 67 (différence de 08 points) elle reste entre les limites de modération/ sévérité. Elle est corrélée avec l'absence du schéma d'isolement qui prend un point seulement dans les deux évaluations.

La faible énergie a baissé de 11 points, la note T est passée de 65 à 54 situant ainsi Sofiane en dehors des seuils pathologiques. Le sentiment d'impuissance est resté par ailleurs identique ; aucune différence n'est marquée entre les deux évaluations.

En ce qui concerne les stratégies d'adaptation face à la douleur, le tableau ci dessous nous montre les différences entre la première et seconde évaluation :

Tableau 22 : Les scores de l'échelle de coping (Sofiane)(Test- retest)

Sous échelles	Evaluation 1	Evaluation 2
Distraction	09	15
Auto-instruction cognitive	08	11
Résolution du problème	11	12
Recherche d'un support social	09	09
Catastrophisme	08	07

Nous pouvons expliquer l'augmentation infime du score de la résolution du problème de l'échelle de coping qui est passée de 11 à 12 seulement par l'auto instruction cognitive qui a augmenté de 8 à 11, mais surtout de la distraction qui est passée de 9 à 15 points.

Le score du catastrophisme a régressé de 1 point seulement. Face à la douleur, Sofiane a développé des compétences consistant à trouver une solution au problème. En parallèle, la sous échelle de dépression de faible énergie est passé de 65 à 54. La Note T se situe en dehors de l'intervalle pathologique. La stratégie de soutien sociale a pris la même valeur aussi bien au test qu'au re-test. Devenant acteur dans le cours et l'évolution de sa maladie, Sofiane met en œuvre ses propres compétences pour gérer sa douleur (relaxation, auto efficacité, restructuration

cognitive) tout en étant dépendant de son entourage. Le schéma cognitif de dépendance confirme cette aptitude par le maintien de 3 points dans le schéma de dépendance pour les deux évaluations.

Concernant les schémas cognitifs, le tableau ci-dessous nous montre les différences entre la première et seconde évaluation :

Tableau 23 : Les scores de l'échelle des schémas cognitifs(Sofiane) (Test-retest)

Schéma	Evaluation 1	Evaluation 2
Incompétence	4	2
Carence émotionnelle	0	0
Isolement	1	1
Autocontrôle insuffisant	2	2
Méfiance	6	4
Sacrifice de soi	6	2
Sens moral incapable	6	5
Abandon	3	1
Attachement	6	5
Vulnérabilité	3	3
Dépendance	3	3
Inhibition émotionnelle	5	3
Peur de perdre le contrôle	6	3

L'échelle des schémas cognitifs montre que les scores des schémas sur lesquels nous avons agit, ont diminué de 1 à 4 points. Le schéma qui a réduit son activité de 4 points est celui du sacrifice de soi dont le contenu est le dévouement sans limites à cause des autres. La formation de ce schéma est sans doute favorisée par l'imprégnation de la famille au système associatif que Sofiane a largement côtoyé. Il est donc expliqué par un apprentissage par observation ou apprentissage vicariant.

Le tableau de la balance révèle pour Sofiane que l'inconvénient de ce schéma est qu' « on oublie soi-même »

Le schéma de peur de perdre le contrôle dont le contenu est la peur de réagir impulsivement a régressé de 3 points ; il va dans le même sens de la réduction de l'anxiété de l'échelle de dépression dont la note T a réduit de 15 points. Sofiane le confirme en nous disant qu'il n'est plus nerveux comme avant, il ne se dispute plus avec ses copains et qu'il a un meilleur contrôle émotionnel. La relaxation et la restructuration cognitive ont été bénéfiques pour réduire et gérer le stress généré par la douleur et la maladie.

Le schéma de carence affective a prit la valeur de 0 dans les deux évaluations confirme la fidélité de l'échelle ; mais aussi, il est en corrélation avec l'échelle de style d'attachement qui est sécuritaire. En effet la moyenne du sentiment d'abandon est inférieure à celle de la communication et de la confiance. Cette corrélation nous permet de dire que dans le cas de Sofiane, le schéma d'abandon a réduit de 2 points malgré n'avoir pas travaillé sur son contenu. Nous pouvons expliquer son assouplissement par la qualité de la relation mère/enfant qui s'est centrée sur la subjectivité en gagnant une distance émotionnelle. Il traduit une amélioration des liens avec la mère et autrui qui a indirectement agit sur le schéma d'abandon.

Parallèlement, le schéma d'attachement nous révèle une amélioration d'un point seulement. Son contenu fait référence à l'incapacité de se détacher de l'opinion et des influences parentales, a réduit d'un point seulement, ce qui implique une prise de position qui s'autonomise à peu près au même rythme avec le schéma de dépendance qui a réduit de 3 points. Cet aspect va dans le même sens que la recherche du support social en coping qui s'est stabilisée avec un score de 9 points dans les deux évaluations. Sofiane a toujours besoins des autres pour faire face à ses difficultés tout en mettant en œuvre des stratégies adaptées telle que la recherche de solution, l'auto instruction cognitive et la diversion attentionnelle.

Le schéma d'inhibition émotionnelle souligne les progrès réalisés par Sofiane quant à la verbalisation de ses affects surtout avec sa mère dont l'omniprésence anxieuse inhibait l'expression des affects de Sofiane.

Cliniquement Sofiane est plus souriant et enthousiaste. Il se sent efficace et autonome. La restructuration cognitive a encouragé et développé chez Sofiane un changement de discours qui est devenu plus positif et moins culpabilisant. Il se pose plus de questions « pourquoi moi ? » qui induit un sentiment d'injustice ; il est plutôt dans l'auto-efficacité et la contrôle. L'auto-efficacité a agit comme une composante de contrôle. Sofiane a développé dans sa perception sur sa capacité à agir sur sa douleur.

3.5 PHASE D'ENTRETIEN :

Notre objectif à ce stade est la prolongation de la méthode de restructuration cognitive pour laquelle le patient est suffisamment bien entraîné. Malgré une note T traduisant l'absence de dépression, et à titre préventif contre une éventuelle rechute, nous avons jugé utile de cibler comme objectif l'amélioration des sous échelles de l'échelle de dépression dont l'intervalle est situé dans la modération. Nos efforts vont être orientés vers le rehaussement du sentiment d'impuissance, l'humeur triste, l'introversion sociale et l'estime de soi.

Nous revoyons avec Sofiane l'ensemble des progrès que nous avons réalisés ensemble face auxquels il a manifesté un grand enchantement.

Les progrès cognitifs, émotionnels et comportementaux induits par la restructuration cognitive ainsi que le travail sur les schémas cognitifs ont donné à Sofiane la possibilité de percevoir autrement la douleur et donc d'améliorer les stratégies de coping. Face à d'autres situations frustrantes comme la contrainte de ne pas jouer au football ou courir, Sofiane utilise la minimisation « Je ne sais pas jouer à certaines choses comme eux, mais eux aussi il y a des choses que je joue sur micro ordinateur et qu'ils ne connaissent pas ».

Par l'utilisation de la distraction, il a pu diminuer les scores de douleur, ce qui a renforcé son sentiment d'efficacité. « En attendant que la douleur parte, quand je me concentre dans un jeu, ma tête fait passer le temps plus vite et la douleur diminue ».

Nous informons Sofiane sur la nécessité d'entretenir les acquis et continuer notre collaboration afin de réduire les risques de récurrence, ce qui impose un suivi régulier sur périodicité d'une séance par mois durant les trois mois qui suivent.

Une prolongation des séances de relaxation est maintenue à cette phase pour maintenir les acquis en contrôle émotionnel.

Mme S, satisfaite de la prise en charge, nous révèle que son fils est beaucoup moins nerveux. En raison de l'incidence de son état émotionnel, nous avons planifié des séances avec la mère dont les objectifs ciblent le traitement de l'anxiété par restructuration cognitive et relaxation.

3.6 Conclusion :

Le programme d'autogestion proposé dans ce protocole est de donner à Sofiane un rôle plus actif dans le contrôle de sa douleur chronique. Le protocole de notre étude insiste sur le fait d'apprendre ou réapprendre à l'enfant à adopter un comportement adapté face à la douleur. Les stratégies d'intervention sont axées alors sur l'implication aussi bien de l'enfant que de la mère.

Le cas de Sofiane nous révèle que malgré un style d'attachement sécure et un lieu de contrôle interne, l'impact de la douleur n'est pas sans effet sur son équilibre psychologique. Il se traduit chez Sofiane par une dépression modérée avec un style de coping centré sur l'émotion. Un vécu subjectif négatif de la douleur généré par une idéation dramatisante. L'effet de l'intersubjectivité de la relation mère/enfant est capital. L'anxiété de la mère peut infléchir considérablement sur les capacités adaptatives de son enfant.

L'application du protocole a révélé à Sofiane qu'en ayant un rôle actif, il peut avoir de l'influence sur ses cognitions, émotions et comportements. La démarche thérapeutique nous a

permi d'orienter le patient vers d'autres modalités cognitives et comportementales pour mettre fin aux styles de coping mal adaptés. Le renforcement de l'auto-efficacité a favorisé le contrôle perçu qui est un facteur salutogène. La restructuration cognitive et l'assouplissement des schémas ont donné la capacité de Sofiane d'estimer ses capacités et ressources dont il dispose et ignore ou juge insuffisantes pour faire face à sa douleur.

L'action thérapeutique est d'orienter le patient vers une évaluation secondaire qui l'amène à enrôler ses ressources personnelles pour faire face à la situation de douleur. Nous avons noté que la distraction et l'auto-instruction cognitive renforcent le sentiment d'efficacité et de contrôle.

Le conditionnement classique et opérant et la restructuration cognitive nous ont favorablement aidés à modifier les comportements douloureux aussi bien pour Sofiane que pour sa mère. En effet, la modification des comportements et attitudes maternels a permis dans le cas de Sofiane une mise en confiance aussi bien de la Mme S que de son enfant traduite par une communication moins catastrophique et anxieuse ; plus empathique et efficace.

Sofiane et sa mère soulignent avoir apprécié cette technique de travail qui les implique dans la thérapeutique. Motivée, elle a réalisé qu'il fallait réduire son anxiété afin d'être efficace au lieu de réagir par l'émotion

Les signes pathologiques d'anxiété et de dépression ont nettement diminué. Les résultats scolaires du dernier trimestre ont marqué une augmentation de la moyenne générale qui est passé de 12 à 13. Les TCC ont été d'une grande efficacité. Malgré avoir atteint notre objectif en traitant la dépression avec succès, nous envisageons un travail d'appoint de restructuration cognitive durant la phase d'entretien aussi bien avec Sofiane mais surtout avec Mme S.

4. CAS N° 4 IHEB :

4.1.PHASE A : phase evaluative (sans intervention therapeutique) :

4.1.1. Le déroulement des séances :

La prise en charge psychologique de Iheb s'est étalée sur une durée de sept mois et demi du 11 Novembre 2016 au 25 Juin 2017 avec une périodicité de 1 séance hebdomadaire durant les trois premiers mois, puis d'une séance par quinzaine durant les quatre mois qui ont suivi.

Les séances se sont déroulées au service de pédiatrie du centre Hospitalo-universitaire de Sidi-Bel-Abbès. La durée de chaque séance était d'environ de 40 à 50 minutes. La salle de jeux où les psychologues assurent aussi leur consultation, a permis un déroulement des séances dans une ambiance calme et favorable pour les entretiens cliniques. Nous avons vu Iheb et son père pour une première séance alors qu'ils venaient prendre son traitement pour hémophilie (Facteur VIII) que le service délivre chaque mardi de la semaine. Cette régularité nous a convenus quant à la prise en charge ; aussi, elle n'a pas contraint le patient qui n'a pas classe le Mardi après midi. Souvent pressé par le temps, c'est son père qui l'accompagnait pour la plupart des entretiens. Nous avons expliqué à Mr B le rôle de la psychologie dans la prise en charge de la douleur et la maladie chronique. Nous avons demandé la présence de la mère pour la séance suivante. Iheb et sa mère qui s'est présentée à la troisième séance était enceinte de cinq mois. Elle a coopéré et fut favorable pour une prise en charge psychologique de son enfant.

4.1.2. Description des séances :

4.1.2.1. Les séances de 1 à 4 :

Elles se sont basées sur l'étude les points suivants que nous allons développer successivement :

1/ l'écoute et l'observation : Nous nous sommes appuyés sur l'observation clinique et sur une partie de la grille d'observation (Annexe N°4) puisque Iheb n'a pas été hospitalisé durant la période de l'étude.

2/ le recueil des données anamnestiques s'est basé sur une grille d'entretien (Annexe N°3) que nous avons élaboré afin de rassembler le maximum de données personnelles et familiales.

3/ l'évaluation et application des échelles

4/ Le diagnostic.

4.1.2.1.1 Ecoute et observation :

Iheb est un garçon âgé de 13 ans, originaire et habitant dans un village situé à 50 Km de Sidi-Bel-Abbès. Il est le second d'une fratrie de quatre dont deux garçons et deux filles.

Son l'apparence est peu soignée. Maigre et longiligne, son visage est marqué par une pâleur. Son regard est terne et peu expressif. Il affiche par son langage une certaine assurance.

Il s'est montré peu spontané lors des premières séances. Il s'exprime avec réserve. Ses réponses sont brèves et expéditives. Les tenues vestimentaires reflètent un niveau socio-économique moyen.

Mme B nous dit qu'elle s'est consacrée entièrement à Iheb durant ses premières années « ma jeunesse, c'est lui qui me l'a prise... Iheb tout seul » « j'ai passé ma vie à l'hôpital, hivers, été, le mois de ramadan...je ne vivais pas comme les autres femmes ». La famille vie modestement dans une maison assez confortable. Le niveau économique et juste moyen. Mme B nous rapporte que sa famille l'aide régulièrement pour compléter les besoins matériels de la famille et des enfants « ma famille m'aide pour l'aide, les fournitures scolaires...quand je manque d'argent mon père, mes frères ...ils sont là ».

Les relations sociales d'Iheb sont satisfaisantes et sélectives. Il nous dit qu'il aime sortir et qu'il a trois amis sur lesquels il peut compter et avec qui il aime jouer et se divertir. Par contre, au collège, « eux ils sortent jouer dans la cours, mes copains restent en classe avec moi ». Mme B nous dit qu'elle ne le laisse pas sortir dehors plus de deux heures à cause de l'entourage sociale « depuis qu'on a construit... des immeubles en face de nous, ça c'est mélangé, il joue avec ses cousins ou des voisins que nous connaissons ».

Aucune activité extra scolaire n'est pratiquée. Iheb est dispensé de l'activité sportive scolaire ; son sport favori est le foot bal. Il nous dit qu'il l'aime beaucoup cette discipline mais il ne peut pas jouer avec les enfants du quartier « je ne peux pas courir...aussi j'ai peur de tomber, mais je joue des parties de matchs sur la play station ».

4.1.2.1.2 Recueil de données anamnestiques

Iheb est situé au second rang d'une fratrie de quatre dont deux filles et deux garçons, âgés entre 16 et 11 ans. Il est issu d'un couple non consanguin; est né d'une grossesse désirée et suivie médicalement. Les circonstances de sa naissance ont posé l'indication d'une césarienne ayant pour motif un bassin étroit et un gros poids du bébé (4Kg 300 selon les dires de la mère). Aucun incident post-natal n'est à noter. L'accueil d'un garçon a enchanté les parents.

Iheb fut allaité au sein durant les trois premiers mois; puis un allaitement exclusivement artificiel fut instauré. Le calendrier vaccinal fut suivi correctement. Le développement psychomoteur a connu un rythme se situant dans les limites du normal nous rapporte la mère: acquisition de la posture assise à 06 mois, la marche autonome à un an et demi, les premiers mots à 12 mois. La

notion d'énurésie secondaire n'est pas à noter ; l'acquisition de la propreté aussi bien nocturne que diurne fut acquise à l'âge de trois ans.

Iheb fut scolarisé à l'âge de cinq ans en classe préparatoire et s'est aussitôt adapté au rythme scolaire. Ses résultats ont toujours été moyens. La classe de quatrième année primaire a été refaite en raison du nombre important des hospitalisations qui coïncidaient parfois avec les évaluations (devoirs surveillés ou compositions).

Aucun des membres de la famille ne traite pour une quelconque maladie. Scolarisé actuellement en deuxième année moyenne ; ses résultats ont baissé par rapport à ceux de l'année précédente (entre 9 et 10/20 de moyenne) ; son rendement a toujours été juste moyen mais un fléchissement à comparer avec l'an dernier est à noter. « A cause de la maladie, mes résultats ne sont pas bons » nous dit Iheb. Mme B nous rapporte qu'il ne fait pas assez d'efforts...il apprend vite mais les maths, il n'aime pas. Il s'absente aussi souvent, quand il a mal ou quand il sort de la classe à cause des épistaxis (saignement du nez) qui sont fréquents.

Mme B nous décrit son fils comme très gentil, susceptible et parfois nerveux. Avec son frère âgé de 11 ans, la relation est plutôt conflictuelle. « Il a de bonnes relations mais il lui arrive de chercher les problèmes à la maison surtout avec son père et son frère », « il est très gentil ne m'a jamais causé de problèmes dans la rue ni à l'école mais il est irritable, s'énerve facilement, pour la moindre contrainte ».

Les ressources matérielles de la famille sont limitées. Mr B âgé de 45 exerce comme mécanicien dans une entreprise ; il a un niveau d'instruction de sixième année primaire. Mme B est âgée de 39 ans. Elle a un niveau d'instruction de neuvième année moyenne et dit n'avoir jamais exercé aucune profession. Le couple semble harmonieux n'ayant pas connu de grandes crises de séparation.

Iheb est proche de sa mère qu'il décrit comme affectueuse et dévouée pour sa famille « Elle me comprend, mais quand on fait les devoirs, elle est dure, elle crie ». Son père le décrit comme nerveux tenant parfois des propos dévalorisants pour Iheb mais ayant un rôle protecteur. « Il ne me comprend pas mais quand j'ai mal c'est lui qui me fait parfois l'injection...c'est lui qui m'emmène à l'hôpital chaque mardi ».

Début de la maladie :

Iheb présente une hémophilie de type A sévère. Avant l'identification de la maladie, Mme B nous dit qu'elle trouvait souvent des ecchymoses sur le corps de son fils qui fut diagnostiquée à l'occasion d'une circoncision hémorragique à l'âge de 18 mois.

Plusieurs hospitalisations ont été indiquées suite à des chutes, motivées à chaque fois par l'apparition d'hématomes dans des endroits divers du corps : fesse droite, hanche droite, front, genou gauche cheville.

La mère nous dit que quand il était petit il tombait souvent, il était turbulent, et ne faisait pas attention. Le 01/03/2009 il fut hospitalisé pour des crises convulsives dans un contexte apyrétique. Après un suivi médical, l'EEG de l'année 2010 a révélé l'absence de comitativité.

En 2009, il fut hospitalisé pour une impotence fonctionnelle et œdème douloureux de la cheville gauche causé par une chute ayant posé l'indication d'une immobilisation plâtrée de la cheville gauche.

Les hospitalisations sont en moyenne d'une fréquence de trois par an. Depuis le mois de Mai 2016, il n'a pas été réadmis en milieu hospitalier. Les hospitalisations sont motivées par des hémarthroses qui provoquent des douleurs et une impotence fonctionnelle sur plusieurs articulations : Genou droit, cheville gauche, hanche droite, coude gauche.

Le genou droit fut le motif d'hospitalisation pour tuméfaction douloureuse et hémarthrose macroscopique. La répétition de cette réaction a engendré une arthropathie du genou gauche. Une des causes fut la chute d'escaliers ayant provoqué une limitation des mouvements et épanchement articulaire minime.

Ces signes sont accompagnés d'une limitation de l'activité physique, notamment la marche. Le repos et l'immobilisation de l'articulation avec placement d'une attelle à titre antalgique sont alors indiqués lors des hospitalisations.

Des épistaxis (saignements du nez) de moyenne abondance sont aussi fréquentes surtout quand le climat est chaud. Cette manifestation survient souvent aussi en classe et contraint Iheb à sortir de l'école. Mme B nous dit : « Il vient tout tâché, son tablier plein de sang, ses mains ses vêtements parfois il tache même ses cahiers et réécrit ses leçons... Quand l'hémorragie est importante son père l'emmène à l'hôpital... parfois ça survient quand il dort, son oreiller se remplit de sang ».

Chaque hospitalisation qui indique une médication basée essentiellement sur le Facteur VIII, corticothérapie et antalgiques, marque une bonne amélioration clinique traduite par régression des raideurs articulaires avec diminution de la douleur ; une marche autonome ; une réduction des œdèmes qui favorise une meilleure amplitude des mouvements.

Iheb garde une légère séquelle du genou qui se traduit sur le plan moteur par une légère boiterie.

4.1.2.1.3 – Evaluations, application des échelles et interprétation :

Les échelles appliquées dans le cas de Iheb sont :

- L'IPPA : L'inventaire de l'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA)
- (rubrique réservée à l'attachement à la mère seulement)
- Le PPCI : Inventaire du faire face en douleur pédiatrique
- Le MDI-C : l'échelle composite de dépression
- Echelle de lieu de contrôle
- Inventaire des schémas précoces

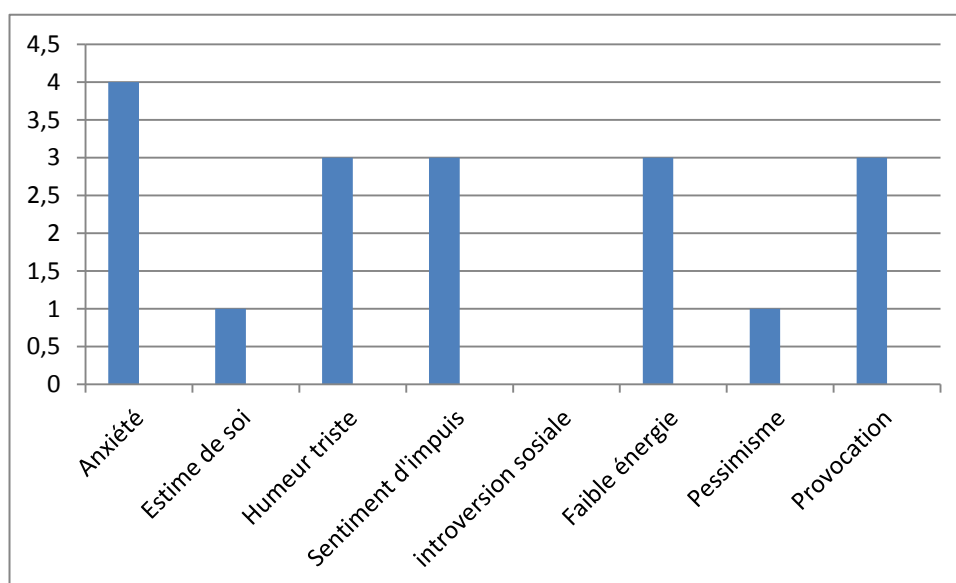
4.1.2.1.4. Résultats des tests pratiqués :

Résultats de l'échelle de dépression MDI-C :

Les notes brutes transformées en Notes T aux huit échelles de la MDI-C sont les suivantes :

- Anxiété = 4 équivaut à une Note T de 56
- Estime de soi =1 équivaut à une Note T de 54
- Humeur triste =3 équivaut à une Note T de 65
- Sentiment d'impuissance = 3 équivaut à une Note T de 60
- Introversiion sociale =0 équivaut à une Note T de 44
- Faible énergie =3 équivaut à une Note T de 61
- Pessimisme =2 équivaut à une Note T de 55
- Provocation =3 équivaut à une Note T de 53

L'interprétation des résultats montrent que les Notes T comprises entre **56** et **65** indiquent des niveaux de symptomatologie en relation avec une dépression faible à modérée. La note T obtenue chez Iheb est de **19**. Elle correspond à une note T = **57** sur la table d'étalonnage. Cette note correspond à une dépression faible puisque 57 tend plus vers 56 que 65.

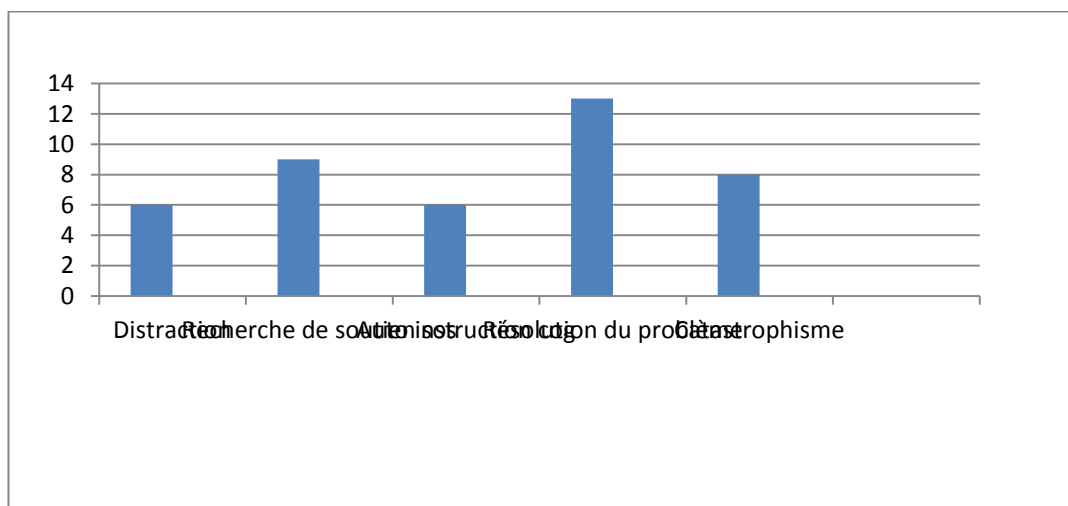


Histogramme 17 : Scores des sous-échelles de dépression (Iheb)

Résultats de l'échelle du coping face à la douleur (PPCI) de Iheb :

Les scores obtenus sont :

- la distraction =06
- l'auto instruction cognitive =.....06
- la résolution du problème =13
- la recherche d'un support social =09
- le catastrophisme =08

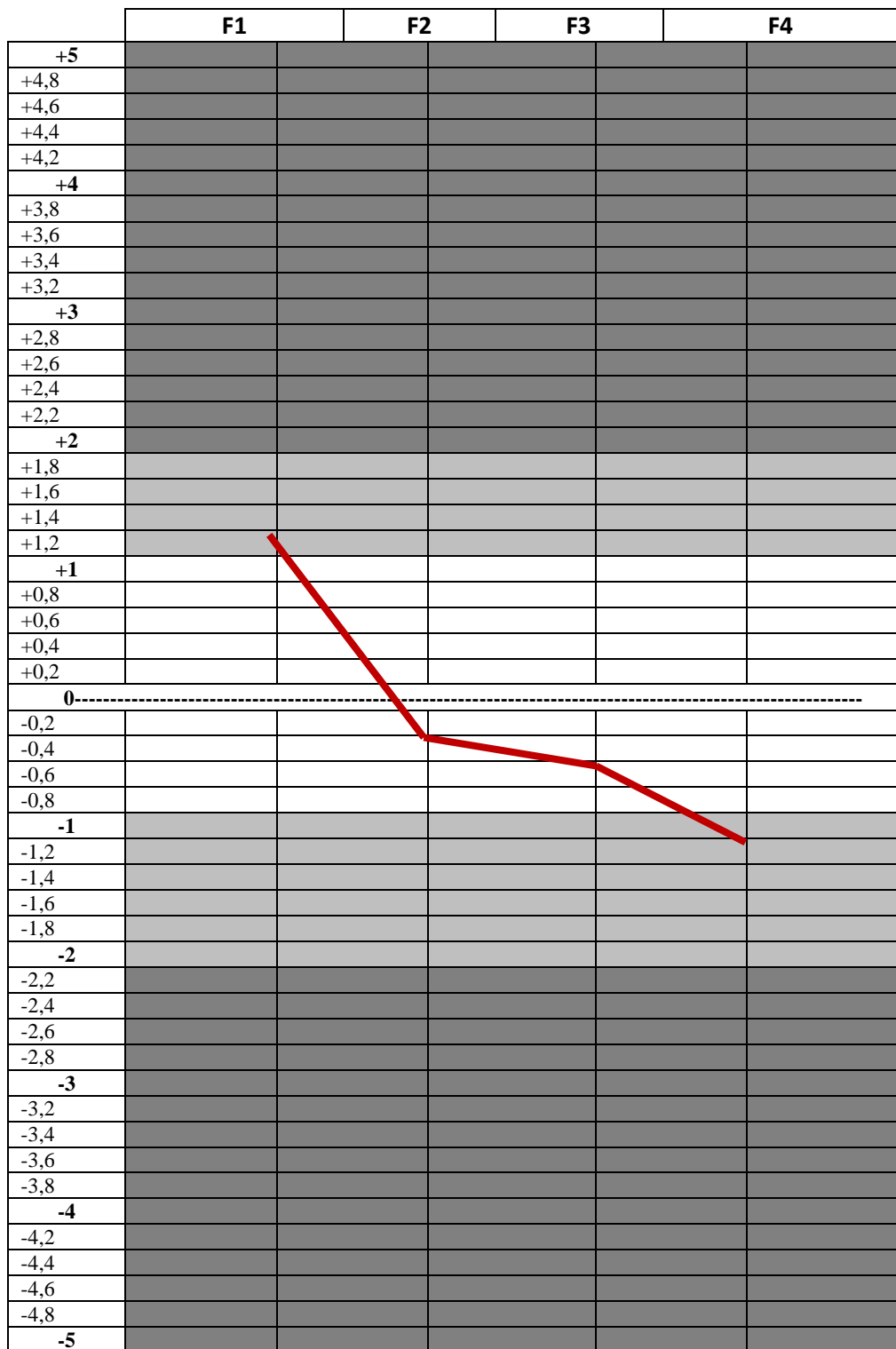


Histogramme 18 : Scores des sous échelles de coping (Iheb)

- Le facteur **F1** obtenu après addition des scores des items : 1, 3, 4, 5, 8, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39 et 41 = **20** qui correspond à **1,2** en note transformée selon le tableau d'étalonnage. 1,2 indique un coping adapté en recherche de support social.
- Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **11** qui correspond à **-0,4** en note transformée selon le tableau d'étalonnage. -0.4 se situe en dessous de la ligne 0, cette valeur indique un coping non adapté en auto-instruction cognitive face à la douleur.
- Le Facteur **F3** est obtenu après l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **5** qui correspond à **-0,6** en note transformée. Elle se situe en dessous de la ligne 0, elle indique un coping non adapté en recherche de distraction.
- Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = **4** qui correspond à **-1,2** en note transformée selon le tableau d'étalonnage. -1,2 se situe en dessous de la ligne 0, elle indique un coping inadapté en recherche d'efficacité face à la douleur.

La reproduction des chiffres sur la feuille de profil nous permet de visualiser un tracé qui met en apparence une zone située en dessous de la ligne 0 ce qui indique l'utilisation de stratégies inadaptées face à la douleur chronique. (Voir feuille de profil N°7).

Feuille de profil N°7



Légende : (F1) Recherche de support social

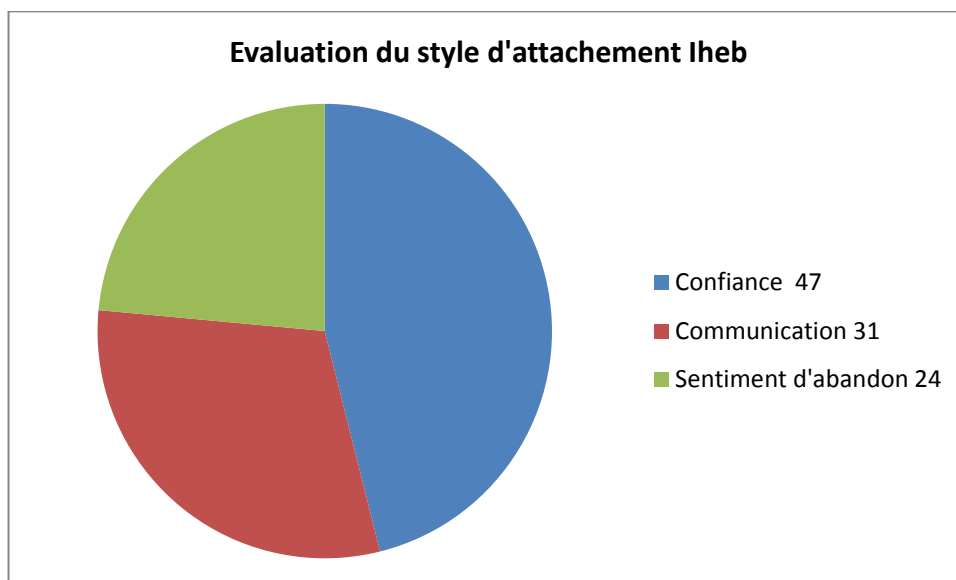
(F2) Recours à l'auto instruction cognitive

(F3) Recherche de distraction

(F4) Recherche d'efficacité

Résultats de l'Inventaire de l'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA) (rubrique attachement à la mère seulement) :

- Le score obtenu en confiance (il différencie les adolescents « Sécures » des adolescents « évitant » des « ambivalents ») = **47**
- Le score obtenu en communication = **31**
- Le score obtenu en sentiment d'abandon (il différencie les adolescents « sécures » des adolescents « ambivalents ») = **24**



Secteur 5 : Evaluation des composantes du style d'attachement (Iheb)

Afin d'obtenir un score global de sécurité, il suffit d'additionner les scores de confiance et de communication, puis diviser pour obtenir une moyenne.

La moyenne des scores de confiance et de communication est de **4**.

La moyenne du score de sentiment d'abandon est de **4,1**.

Le protocole d'Iheb indique une élévation infime de la moyenne des scores de confiance et de communication avec la moyenne du sentiment d'abandon; ce qui permet de dire que Iheb a un style d'attachement «ambivalent ».

Résultat de l'échelle de lieu de contrôle :

Plus les valeurs augmentent vers **24** (valeur optimal), plus le lieu de contrôle tend vers l'internalité. Inversement, si la valeur baisse vers le **0**, elle implique un lieu de contrôle externe. Dans le cas d'Iheb, la valeur d'internalité obtenue est de **16**. Il est de ce fait en faveur d'un lieu de contrôle interne.

Résultat de l'échelle des schémas cognitifs :

Schemas	Scores
Incompétence	4
Carence émotionnelle	3
Isolement	3
Autocontrôle insuffisant	5
Méfiance...	3
Sacrifice de soi	3
Sens moral implacable	3
Abandon	3
Attachement	5
Vulnérabilité	4
Dépendance	3
Inhibition émotionnelle	6
Peur de perdre le contrôle	5

4.1.3 Interprétation et discussion :

L'échelle de dépression MDI-C révèle une dépression faiblement située dans l'intervalle pathologique (entre 56 et 65) puisque le score obtenu est de 57. Il tend plus vers le seuil de la faiblesse 56 que vers la modération dont le seuil est chiffré à 65. L'avantage de cette échelle est de nous proposer les sous échelles qui répondent à la symptomatologie dépressive qui vont nous offrir la possibilité de cibler puis d'agir par les TCC sur les aspects pathogènes.

Les scores des sous échelles les plus élevés sont dans un ordre décroissant celui de l'humeur triste, la faible énergie et le sentiment d'impuissance enfin l'anxiété. Iheb a répondu positivement aux items : 8 « je suis malheureux »⁴⁰, « je me sens triste », l'item 60 « c'est difficile de se sentir heureux » il a répondu négativement à l'item 29 « je suis un enfant heureux ». La tristesse et en effet une émotion alimentée par une cognition négative retrouvée dans l'échelle de coping se traduisant par un catastrophisme chiffré à 8 et qui se manifeste par l'amplification des images mentales se rapportant aux éventuelles conséquences de la douleur. Iheb imagine le pire, ce qui génère forcément une émotion négative qui est l'anxiété. Cette dernière porte une note T= 56 qui est le seuil pathologique minime. Les sous échelles d'humeur triste et d'anxiété s'inscrivent dans l'intervalle de symptomatologie faible à modérée (entre 56 et 65). L'anxiété émane également du schéma cognitif de vulnérabilité scoré à 4 dont le contenu est la peur d'une catastrophe imminente. Egalement, le schéma cognitif d'auto contrôle insuffisant est scoré à 5 ; son contenu indique un énervement facile et un manque de volonté pour achever les tâches ainsi qu'un refus d'agir contre sa volonté.

Le schéma d'inhibition émotionnelle est aussi présent avec une valeur maximale de 6 ce qui accentue l'anxiété qui n'est pas suffisamment verbalisée. C'est d'ailleurs confirmé par les dires de la mère : « il ressemble à mon frère... tous reste dedans, il ne montre pas ce qu'il ressent »

La Note T en faible énergie de l'échelle de dépression est de 58. Elle se situe entre 56 et 65 évaluant ainsi ce symptôme dépressif plus dans la faiblesse que la modération. Le sentiment d'impuissance prend une valeur T = 60 se situant dans la modération. Ils sont corrélés avec le schéma cognitif d'incompétence qui prend également une valeur 4.

Combien même réduites, les valeurs de ces aspects pathogènes expliquent la faiblesse de la dépression d'Ihab.

Le vécu de la douleur reste une expérience perçue et purement subjective. Les items de l'échelle de faire face à la douleur : 5 et 41 sont cotés à 2 « Je pense que je ne peux rien faire pour arrêter la douleur », « quand j'ai mal, je pleure ou je cris » l'item 22: « j'imagine que je peux faire disparaître la douleur tout(e) seul(e) » est coté à 0. En dehors de la solution de l'injection, Iheb se perçoit comme incapable, n'ayant pas de ressources ni la capacité de gérer sa douleur.

En dépit des efforts que toute la famille met en œuvre pour faire face à la maladie, la recherche du soutien social est scorée à (9), elle implique qu'Iheb a besoin d'un support et recherche un appui pour faire face à sa douleur. Les ressources sociales sont en effet favorablement perçues par Iheb. Le milieu familial est dans la compréhension et l'empathie : « ma mère s'occupe de moi, elle m'aide beaucoup ». Par ailleurs le schéma de dépendance n'est pas actif (3) et le lieu de contrôle s'avère interne (16), ceci est expliqué par le besoin humain, quelque soit l'âge d'être entouré et soutenu dans des situations frustrantes.

D'ailleurs, et pour appuyer cette argumentation, l'échelle de faire face à la douleur révèle dans le cas de Iheb une valeur de F1 = 1.2 se situant en dessus de la ligne 0 qui indique une adaptation quant à la recherche de support social.

L'échelle de dépression met en valeur l'introversion sociale qui prend la Note T = 44 traduisant une aisance dans les situations sociales et une ouverture suffisante aux autres. La mère nous le confirme en disant « il aime sortir avec ses copains, je le laisse mais pas plus de deux heures seulement, les temps sont durs ». Parallèlement et en corrélation, l'absence du schéma cognitif d'isolement dont le contenu est la recherche de solitude et l'incapacité à s'investir dans les relations sociales prend la valeur de (3) ; Aussi, l'absence du schéma cognitif de méfiance (3) vont dans le même sens. Iheb aborde l'autre avec confiance. L'estime de soi dont la note T = 54 est en dehors de l'intervalle pathologique, va dans le même sens également.

Les scores de distraction (6) et d'auto-instruction cognitive (6) sont limités. Au moment de la douleur, Iheb réprime ses sentiments et émotions, il agit seul comptant principalement sur l'injection. Le schéma cognitif d'inhibition émotionnelle le confirme d'ailleurs avec une valeur de 5 c'est pourquoi son comportement tend vers l'évitement. Dès qu'il a mal, il fait l'injection et attend dans la passivité qu'elle s'estompe. Cette attitude est retrouvée à travers les items de l'échelle PPCI : 1 « quand j'ai mal je vais au lit », 27 « je me couche », 35 « je vais dormir jusqu'à cela aille mieux ». L'échelle de coping révèle une valeur F2 = -0.8, F3 = -0.6 et F4 = -1.2. Elles se situent toutes en dessous de 0 traduisant ainsi une stratégie inadaptée face à la douleur.

La sensibilité de la mère au moment de la douleur est manifeste « je sais quand il a mal, mon fils il me ressent et je le ressens...même s'il ne dit rien, ça se voit sur son visage...je lui pose son injection sur la table et je lui dis, dès que tu as mal tu vas la faire (centre à proximité de la maison) ». Elle ajoute : « Je lui dis tu es grand maintenant, tu dois compter sur toi-même...je lui dis occupes toi de ta santé (gabel sahtek), moi je m'occupe de ton frère..., ta sœur, je sors..., je vais au bain... »

Malgré une présence maternelle induisant une autonomie qui a aidé Iheb à développer un lieu de contrôle internal, le style d'attachement de Iheb et sa mère est ambivalent. La moyenne de communication et du sentiment de sécurité (4) est presque égale à celui de l'abandon (4,1). Paradoxalement on note l'absence des schémas cognitifs d'abandon (3), de carence émotionnelle (3) et de dépendance (3). Nous pouvons expliquer que l'ambivalence ne provient pas de schémas dysfonctionnels mais d'attitudes trop banalisantes et « responsabilisantes » qui donne un aspect distant dans la relation avec une mère peu « contenante » qui frustré Iheb d'une présence maternelle chaleureuse et empathique. « je suis tranquille pour lui, il a son traitement, il s'occupe de lui-même (rah kayem b'rouheh)».

La présence du schéma cognitif d'attachement qui prend la note maximale (6) dont le contenu est la difficulté à se détacher de l'opinion et des influences des parents explique le sentiment d'impuissance qui prend une note T= 60 à l'échelle de dépression. Par ailleurs, l'absence du schéma de dépendance va faciliter le travail thérapeutique sur le schéma d'attachement et d'incapacité.

4.1.4. Diagnostic :

Depuis cette année, Iheb présente les symptômes suivants :

- Une humeur triste et pleurs faciles
- Irritabilité

- Une fatigabilité
- Un manque d'appétit
- Anxiété
- vulnérabilité

Selon le manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux DSM V (2015), Iheb répond aux critères A (1,2,3,6,8) ; B ; C ;D et E posant le diagnostic d'un trouble dépressif caractérisé léger portant le code : 296.31 (F33.0).

4.1.2.2. Les séances de 4 à 8 :

Elles furent destinées à l'information et l'éducation concernant le mécanisme de la douleur mis en relation avec l'émotion et la cognition. De façon explicite, nous avons montré à Iheb l'importance d'apprendre à mettre en relation les émotions et la pensée ;chaque pensée est associée à une émotion.Nous avons initié par la même occasion Iheb à la pratique de la relaxation selon la méthode de Jacobson ainsi que la méthode de contrôle respiratoire.

Nous avons expliqué le principe ainsi que l'intérêt de l'évaluation de la douleur en nous appuyant sur l'échelle visuelle analogique EVA scorée de 0 à 10.Aucune intervention thérapeutique n'a été réalisée à ce stade. Les différents points étudiés durant ces séances se basent sur les aspects suivants :

- Le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles.
- L'analyse fonctionnelle
- L'établissement d'un contrat thérapeutique

4.1.2.2.1 Le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles :

Deux techniques sont utilisées dans le protocole pour le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles :

1-Le tableau des trois colonnes de Beck (Situation, Emotion, Cognition) : Une autre fiche d'auto-enregistrement (monitoring) fut remise au patient sur laquelle sont représentées trois colonnes :

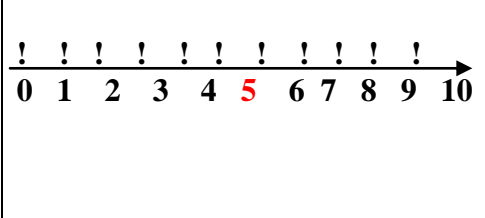
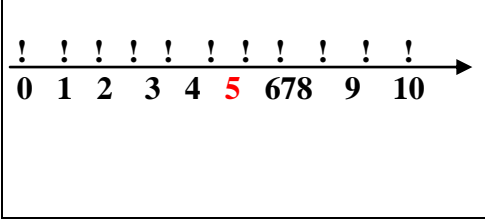
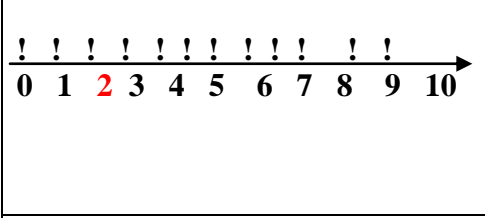
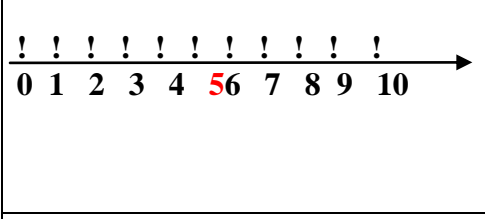
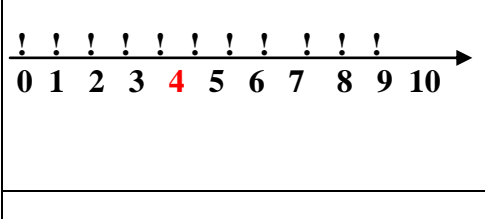
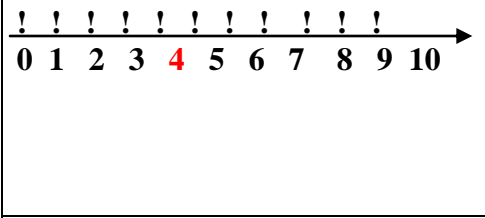
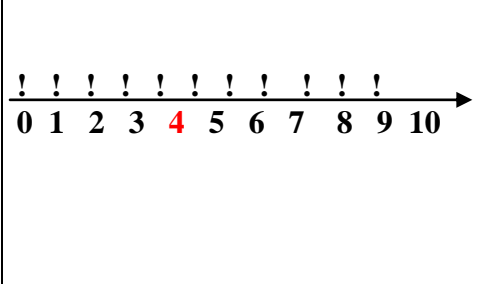
- La première colonne représente une échelle numérique graduée de 0 à 10 sur laquelle il doit mentionner l'intensité de sa douleur en fonction de son ressenti. Cette colonne concerne la situation étudiée dans notre travail, qui est la douleur.
- La seconde contient des bulles dans lesquelles il doit écrire le ou les sentiments qui accompagnent la douleur.

- La troisième contient également des bulles différentes mais dans lesquelles il doit reporter l'idée, la pensée ou l'image mentale qui se présente à lui au moment de la douleur de manière spontanée et automatique.

Après la notation dans la troisième colonne la pensée automatique associée à l'émotion induite par la douleur, Iheb doit apprécier son degré de croyance en cette idée. Cette estimation se base sur l'utilisation d'une échelle en pourcentage de 0 à 100% (d'aucune conviction à conviction totale).

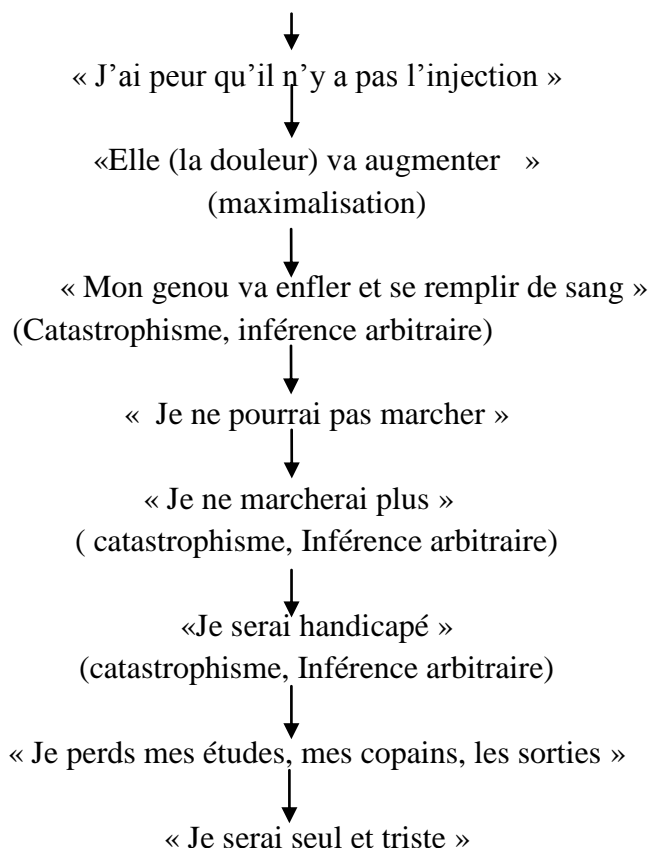
Dans le protocole, nous avons proposé la présentation du tableau sous forme de bulles qui facilite à notre patient l'expression de ses idées et sentiments. Les objectifs visés à ce stade est d'apprendre à Iheb de s'auto-observer et de prendre conscience de ses émotions ainsi que de ses idées. Les émotions relevées dans le vécu douloureux de Iheb sont parfois négatives. Elles proviennent d'une idéation négative qui génère le pessimisme (voir tableau N° 24).

Tableau 24 : Les émotions et cognitions associées à la douleur (Iheb)

Douleur scorée de 1 à 10	Emotion	Cognition
	<p>Energé</p> <p>6/10</p>	<p>Ça va augmenter</p> <p>100%</p>
	<p>En Colère</p> <p>6/10</p>	<p>Mon genou va coincer le sang va pénétrer dans l'articulation</p> <p>80%</p>
	<p>Triste</p> <p>5/10</p>	<p>Je ne vais pas pouvoir marcher</p> <p>80%</p>
	<p>Energé</p> <p>9/10</p>	<p>Et s'il n'y a pas l'injection ?</p> <p>80%</p>
	<p>Energé</p> <p>6/10</p>	<p>Quand je ferai l'injection ? j'ai peur que le TRT ne soit disponible</p> <p>70%</p>
	<p>Tristesse</p> <p>9/10</p>	<p>Mon genou va enfler je ne pourrai pas marcher</p> <p>70%</p>
	<p>Energé et triste</p> <p>6/10</p>	<p>Peut être que je vais rater mes veines</p> <p>90%</p>

2-La seconde manière de repérage des pensées automatiques dysfonctionnelles est celle des flèches descendantes :

Douleur

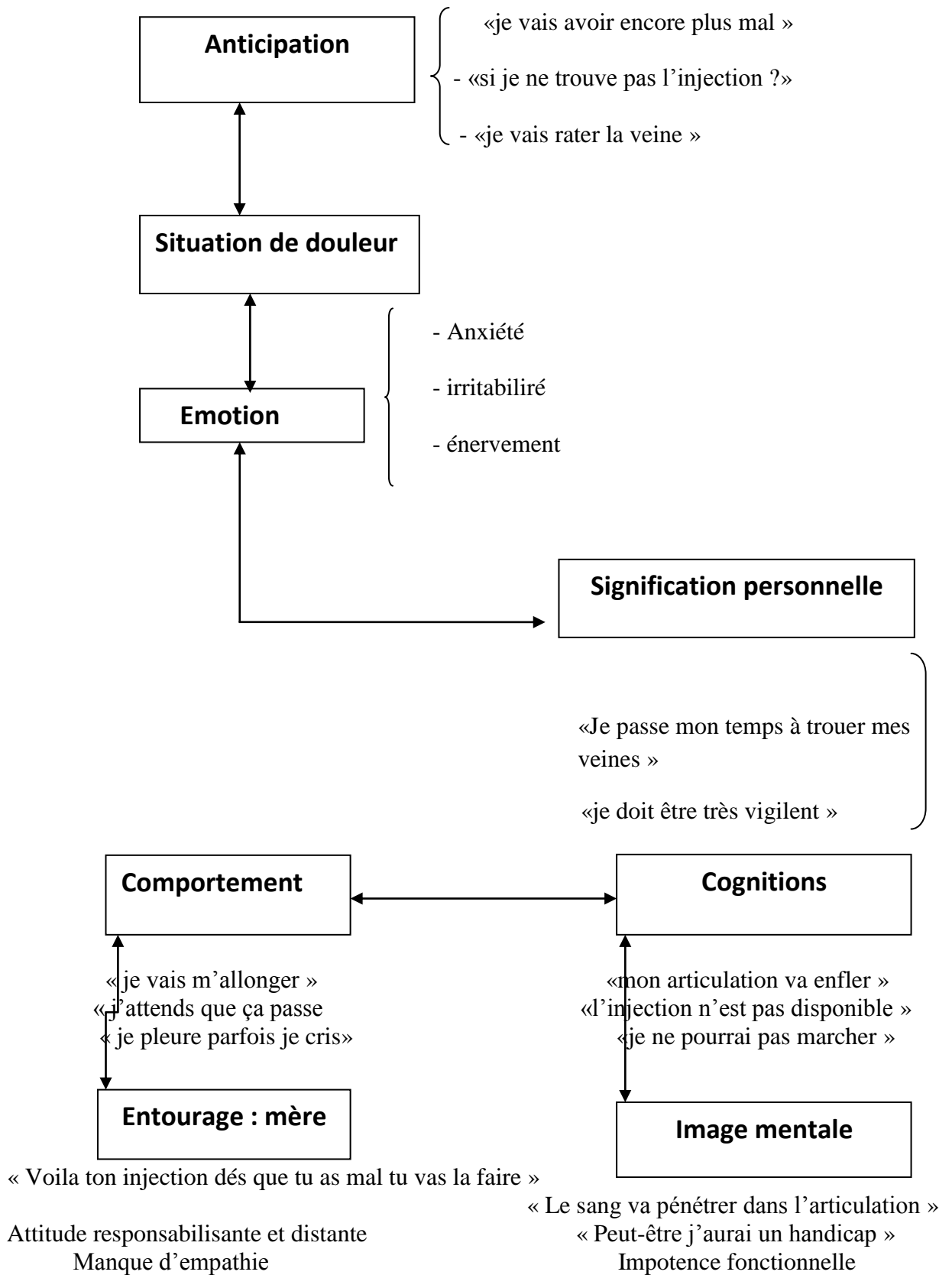


Le feed-back : Iheb a trouvé un confort dans la pratique de cette méthode Iheb. Il l'a réalisé avec dynamisme. La spontanéité de ses réponses laisse comprendre qu'il a réalisé cette tâche sans aucun effort. Il s'est montré coopératif et très motivé. Grâce au tableau des trois colonnes de Beck et de la méthode des flèches descendantes, Iheb a libéré ses idées et émotions qui émanent de sa douleur. Il a pris conscience que lorsqu'il a mal, ses pensées automatiques, systématiquement négatives et irrationnelles agissent sur son humeur et son comportement. Les émotions négatives telles que la tristesse et la colère qui reviennent souvent, sont consécutives à une idéation négative et dramatisante. La reformulation et le feed-back ont facilité l'établissement d'une alliance thérapeutique.

4-1-2-2-2 l'analyse fonctionnelle :

Il est indispensable dans le protocole d'utiliser le modèle de la grille d'analyse SECCA de J.Cottraux : figure 6.3a (2004:112) afin d'observer directement et indirectement le comportement douloureux. Le but est d'étudier les pensées, les images mentales, les monologues intérieurs qui vont accompagner et /ou précéder la douleur qui nous permettraient de préciser les conditions de maintien de la douleur.

Analyse fonctionnelle synchronique



Synthèse : Le tableau des trois colonnes et la grille d'analyse fonctionnelle nous offrent une meilleure vision des interactions entre les différentes composantes de la douleur, à savoir la composante cognitive, affective, émotionnelle et comportementale.

Iheb a tendance à anticiper le négatif. Son appréhension au moment de la douleur est centrée sur la construction d'images et représentations mentales négatives, amplifiées et dramatiques se rapportant à son devenir fonctionnel: « mon articulation va coincer », «le sang va pénétrer dans l'articulation », « peut être j'aurai un handicap ».

Il en découle une irritabilité, une colère et une humeur triste aboutissant aux pleurs induisant l'évitement de tout effort ou activité. L'inactivité (kinésiophobie) est devenue le comportement systématique en cas de douleur: « conditionnement classique » calquée sur Stimulus/Réponse.

La grille d'analyse fonctionnelle a permis également de déterminer les capacités de coping que Iheb met en œuvre pour faire face à la situation de douleur qui se traduisent par un coping non adapté.

4.1.2.2.3 L'établissement du contrat thérapeutique:

Notre protocole prévoit un contrat thérapeutique centré sur quatre points essentiels qui ne peuvent se réaliser qu'avec le bon vouloir et le plein consentement de l'enfant qui est motivé pour le changement :

* Nous avons expliqué à Iheb les principes, objectifs, stratégies et techniques utilisés en thérapies comportementales et cognitives.

* Il fallait l'informer qu'il devait participer en ayant un rôle actif aux progrès que nous devons réaliser ensemble et de respecter les recommandations, esprit de collaboration nécessitant une participation active. Il fallait aussi l'informer que son implication est capitale dans le succès thérapeutique.

* Nous avons défini (informé et décrits la façon dont va se dérouler la TCC) ; le déroulement des séances ainsi que les objectifs que nous désirons atteindre. Nous avons pour cela donné des explications claires à Iheb et sa mère sur la co-morbidité essentiellement, l'anxiété et la dépression dans l'expérience de la douleur chronique:

- Agir sur la dépression aussi faible soit-elle par la restructuration cognitive
- Assouplir les schémas dysfonctionnels
- Diminuer l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire et de la relaxation

* Nous avons défini les étapes et les modalités de la prise en charge ainsi que ses délais de cette dernière que nous avons estimée de cinq à six mois puisque la régularité de la mise à leur disposition le traitement de l'hémophilie est programmée par le service de pédiatrie chaque

mardi. Par la même occasion et vu que les enfants n'ont pas classe, nous avons organisé une séance par semaine. Iheb s'est montré favorable à la prise en charge.

4.2.PHASE B (application du protocole) :

De 8 à 17 ème séances : Le catastrophisme, l'anxiété, la vulnérabilité, l'autocontrôle insuffisant, le sentiment d'impuissance et d'incompétence sont des facteurs pathogènes qui, même en ayant des scores peu élevés chez Iheb induisent des troubles d'adaptation dont la prise en charge s'avère nécessaire.

Elle cible des techniques cognitives, comportementales et émotionnelles dont l'objectif est d'aider le patient à agir directement et indirectement sur sa douleur.

4.2.1. Les techniques cognitives :

Hormis le lieu de contrôle qui est dans le cas d'Iheb internal, l'action thérapeutique cognitive vise :

- * L'action sur la dépression (même si elle est faible) par la restructuration cognitive
- * Assouplissement des schémas cognitifs dysfonctionnels
- * L'action sur la douleur par la distraction
- * Favoriser un coping actif en encourageant l'auto efficacité

La démarche appliquée pour traiter la dépression face à la douleur : En dépit d'une faible dépression, la mise en œuvre d'une procédure thérapeutique consiste à mettre en évidence et traiter quelques distorsions cognitives qui donnent une lecture erronée à l'expérience de la douleur. Nous les avons en effet relevés chez Iheb à partir des tableaux des trois colonnes ainsi que de la technique de flèches descendantes:

- les inférences arbitraires : Iheb utilise des erreurs de logique qui l'incitent à déduire sans avoir de preuves. Ces erreurs se traduisent cliniquement par des cognitions marquées par un style de pensée non fondé :

«Je ne marcherai plus », « je perds mes études, mes copains, les sorties »
« peut être j'aurai un handicap », « Je ne vais pas trouver la veine »

- la maximalisation : Iheb attribue une très grande valeur à sa douleur ainsi qu'à sa maladie conduisant à un catastrophisme idéationnel. En effet les idées qui accompagnent la douleur sont :
« la douleur va augmenter », «le sang va pénétrer dans l'articulation, ça va enfler » «mon genou

va coincer, je ne pourrai pas marcher » « je ne marcherai plus », « peut être j'aurai un handicap »
« Et s'il n'y a pas l'injection ? » « je perds mes études, mes copains, les sorties »

Techniques de la restructuration cognitive utilisées :

Le tableau des quatre colonnes de Beck : Cette technique est utilisée comme tâche assignée. La restructuration cognitive favorise une modification des distorsions cognitives en utilisant le tableau des 4 colonnes de Beck : situation, émotion, cognition, idée alternative tout en réévaluant le degré de croyance sur un pourcentage de 0 à 100%.

Une fiche est pour cela remise à Iheb sur laquelle il doit continuer à s'auto-observer : observer ses pensées et émotions en transcrivant sur un tableau de quatre colonnes. La douleur représentant la situation à observer. Iheb est invité à l'évaluer sur une échelle graduée de 0 à 10 sur la première colonne; sur la seconde colonne, il reporte l'émotion qui accompagne la douleur ; dans une troisième colonne il inscrit la pensée automatique avec le degré de croyance en cette idée ; dans la quatrième l'idée alternative qui accompagne la douleur. Enfin, Iheb doit enchaîner avec une activité ludique choisie préalablement. La douleur est ensuite réévaluée après 30 mn, en fin d'activité (voir tableau ci-après).

Les pensées alternatives positives sont le produit de l'enfant qui est ainsi invité à élargir la conception qu'il a du mécanisme de la douleur ainsi que des composantes qui la constituent. La modification de l'idée impacte sur l'apaisement des émotions négatives et pénibles.

Il s'agit d'encourager chez Iheb un esprit investigateur qui remettrait en questions les pensées négatives élaborées comme si elles étaient des hypothèses. Il s'agit d'envisager d'autres interprétations possibles ainsi qu'un changement de discours interne. Le tableau ci-dessous représente le travail cognitif élaboré par Iheb.

Tableau 25 :Tableau des quatre colonnes (Iheb)

Situation de douleur de 0 à 10	Emotion	Cognition	Pensée alternative	Type de diversion et évaluation
<p>!!!!!!! → 0 1 2 3 5 6 7 8 10</p>	<p>Peur Anxiété 8/10</p>	<p>« Et s'il n'y aura pas l'injection ? » 80%</p>	<p>«je vais vers le frigo, j'applique les poches de glace sur mon genou » 40%</p>	<p>match de foot sur tablette !!!!!!! → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Anxiété 2/10</p>
<p>!!!! !!!!! → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Irritable 6/10</p>	<p>«je passe mon temps à trouer mes veines » 80%</p>	<p>« beaucoup d'enfants sont aussi malades comme moi et font la même chose » 80%</p>	<p>partie de jeu de carte avec les copains !!!!!!! → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Irritabilité 2/10</p>
<p>!!!!!!! !!!!! → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Anxiété Irritabilité 9/10</p>	<p>«si le TRT se termine » 80%</p>	<p>« Il y a beaucoup d'enfants comme moi, l'hôpital nous a toujours donné notre TRT » 70%</p>	<p>Jeu de Bella !!!!!!! → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Anxiété et irritabilité 2/10</p>
<p>!!!! !!!!! !!!!! → 0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p>	<p>Enervé 8/10</p>	<p>«mon genou va enfler, je vais être handicapé, j'ai vu plusieurs malades handicapés quand je suis allé en excursion avec l'association des hémophiles » 80%</p>	<p>« les autres hémophiles n'avaient pas le cogenat comme maintenant, c'est pour ce qu'ils devenaient handicapés » 90%</p>	<p>match de foot sur Play station !!!!!!! → 0 1 2 3 4 5 6 8 9 10 Enervé 1/10</p>
<p>!!!! !!!!! !!!!! → 0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p>	<p>Anxiété 7/10</p>	<p>«Les autres sont en bonne santé, ils peuvent courir, moi je suis malade, je dois tjr faire attention» 80/100</p>	<p>«beaucoup d'autres enfants sont aussi malades, l'hôpital est plein » 70%</p>	<p>Jeu sur Play station GTA !!!!!!! !!!!! → 0 1 2 3 5 6 7 8 9 10 Anxiété 2/10</p>

Le Feed-back des séances : la technique du tableau des quatre colonnes a permis à Iheb de mieux visualiser ses attitudes émotionnelles. Le changement des idées erronées et amplifiées en idées plus réalistes avec un haut niveau de croyance a pu atténuer les affects négatifs qui en découlent. Les idées positives, nous dit-il m'ont soulagées. Je ne pense pas beaucoup à ma maladie. « quand on change l'idée, on est plus reposé (Nreyhou) et on ne pense pas trop à la maladie ».

La technique de diversion attentionnelle qui a agi comme moyen de décentration a laissé à Iheb la possibilité de comprendre qu'il peut agir lui même et réduire sa douleur. Il nous dit : « de cette manière tu es vite apaisé (Hakka t'riyeh fissaa) ».

La démarche appliquée pour assouplir les schémas dysfonctionnels face à la douleur :

Les buts annoncés sont donc :

- Prendre conscience à Iheb l'existence des schémas ;
- Prendre conscience du poids des inconvénients qu'ils imposent dans les situations de vie et entre autres quand ils sont suractivés en cas de douleur ;
- Prendre conscience de la technique de la balance pour agir sur l'assouplissement du schéma (serait-il plus avantageux ou désavantageux de conserver ces schémas).

L'assouplissement des schémas par la technique de pondération ou travail de balance est une technique qui sert à évaluer les avantages et inconvénients du schéma. Le niveau de chaque argument est pondéré. « *L'hypothèse de traitement thérapeutique de YOUNG repose sur la possibilité d'assouplir un schéma en activant son ou ses schémas antagonistes pour que les idées dysfonctionnelles disparaissent, remplacées par des idées plus adaptées* ». (S.Rusinek , 2006 :64)

Pour mener à bien cette démarche nous avons procédé à faire à penser à Iheb les avantages et inconvénients des schémas cognitifs les plus hautement scorés dans son cas. Schémas identifiés préalablement en phase A du protocole : l'inhibition émotionnelle (6), l'attachement, la peur de perdre le contrôle et l'autocontrôle insuffisant (5), et enfin l'incompétence et la vulnérabilité (4)

Tache assignée :

La tâche que Iheb est amené à accomplir serait de peser le pour et le contre des conséquences du schéma. L'objectif de ce travail thérapeutique de revenir avec des situations problématiques résolues est de décrire les situations et faire la balance des conséquences positives / conséquences négatives des situations.

Un tableau de balance ci dessous est remis à l'enfant sur lequel sont mentionnés les avantages et inconvénients des schémas.

Les schémas les plus hauts scorés ayant des valeurs entre 6, 5 et 4 sont pris en compte pour assouplissement.

Tableau 26 : Balance des avantages et inconvénients des schémas cognitifs (Iheb)

SCHEMAS	Quels sont les avantages à l'existence de ce schéma ?	Quels sont les inconvénients à l'action des ces schémas/les éléments me prouvant qu'il est néfaste pour moi ?
Autocontrôle insuffisant scoré à 5	« j'exprime que je ne suis pas d'accord »	« je ne suis pas calme, ça me fait mal »
Attachement scoré à 5	« S'est rassurant ça donne de la sécurité »	« on n'affirme pas notre personnalité »
Vulnérabilité scorée à 4	«on fait attention »	« on est sensible on a peur de beaucoup de choses»
Incompétence 4	«on ne se croit pas mieux que les autres, c'est pour cela qu'on fait des efforts »	« On se sent moins que les autres...diminués »
Inhibition émotionnelle 6	«je garde dans mon cœur ce que je ressens »	« On reste énervé à l'intérieur »
Peur de perdre le contrôle 5	«on pense aux autres, à ne pas leur faire du mal »	« je perds les copains...ils ne restent plus avec moi...ça fait des problèmes »

Le Feed-back des séances : ce travail cognitif fut réalisé avec concentration et effort attentionnel soutenu du patient.

4.2.2. Les techniques émotionnelles :

Elles visent :

* La diminution de l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire.

Pratiquement, nous avons suivila technique telle qu'elle est présentée dans le protocole (voir page 113-114).

* La technique de relaxation de Jacobson: nous avons initié Iheb à la relaxation qu'il a aussitôt assimilée. Il a compris que la détente physique et psychique (contrôle de la respiration, de la fréquence cardiaque) lui permet de réduire et de maîtriser son anxiété.

Par cette technique, Iheb a réalisé que plus il détend ses muscles plus il ressent un bien-être et que plus il pratique la relaxation plus il la maîtrise.

Démarche appliquée pour agir sur le style de coping

Iheb a pris conscience de la relation directe entre les émotions et comportements qui potentialisent le perçu de sa douleur. Il a également concrétisé par le processus de distraction et de relaxation qu'il est compétent, capable d'agir positivement, certainement pas pour abolir la douleur mais l'atténuer pour la rendre supportable ce qui implique un meilleur contrôle sur sa vie. Le tableau des quatre colonnes concrétise la diminution des scores de la douleur et des affects négatifs

Les aspects cognitifs et émotionnels qui sont les vecteurs les plus importants dans les stratégies d'adaptation ont été déjà modifiés et pris en compte par la restructuration cognitive et la relaxation ; il faut agir sur les aspects comportementaux qui en fait, en sont des conséquences des cognitions et émotions.

Les techniques comportementales insistent sur l'entraînement à la compétence et l'encouragement de l'auto-efficacité de Iheb. Nous avons procédé pour cela à développer des stratégies centrées sur le problème qui sont des stratégies d'adaptation actives.

Favoriser un coping actif centré sur le problème consiste à encourager la compétence par:

- l'action sur un degré cognitif ou motivationnel pour changer ou maîtriser la situation de douleur (utilisation du tableau des quatre colonnes de Beck ainsi que par les exercices de diversion attentionnelle).

En évaluant les scores de l'intensité de la douleur avant et après effort attentionnel soutenu, Iheb a réalisé concrètement qu'il est capable par lui-même de réduire sa douleur. En effet les scores ont diminué de 2 à 4 points notés par le patient sur le tableau des quatre colonnes.

Le sentiment d'impuissance et d'incapacité se trouve réduit après la prise de conscience des émotions et comportements automatiques qui augmentent et/ou entretiennent la douleur, Iheb s'engage à apprendre à utiliser un éventail de réponses de coping plus adapté.

Pour cela, des objectifs sont fixés à travers une assignation des tâches d'auto-renforcement positif à domicile qui consistent à:

* consolider les acquis (restructuration cognitive, maîtrise de la douleur par distraction, gestion des émotions par relaxation et contrôle respiratoire).

- * encourager l'autonomie prendre son bain seul. Mme B nous dit : « mes enfants c'est moi qui les douche...même si Iheb est grand, je préfère le doucher moi-même »
- * Réduire la dépendance du milieu hospitalier en soutenant Iheb à faire son injection tout seul. Les infirmiers (ères) se portent volontaires pour apprendre ce geste aux enfants atteints d'hémophilie. Nous avons utilisé le modeling (donner l'exemple d'autres enfants comme Sofiane qui s'auto-injecte depuis un an) et ce comme moyen de développer et encourager cette aptitude qui renforce l'autonomie et l'auto-efficacité.
- *S'accorder des récompenses suite à chaque effort pour une injection faite avec succès.

4.2.3. Les techniques comportementales :

Elles ciblent la modification des réponses comportementales qui nous sont fournies et enrichies par la grille d'entretien et l'analyse fonctionnelle (SECCA) qui nous offre la possibilité d'analyser le type de conditionnement de l'enfant à la douleur. La grille d'observation n'a pu être utilisée parce que Iheb n'a pas été hospitalisé lors de l'étude.

Le conditionnement classique : L'approche comportementale explique que la douleur chronique et les comportements douloureux associés sont influencés par des processus de conditionnement ; la douleur chronique est pour cela un comportement appris.

- L'analyse des réactions comportementales se traduit en général chez Iheb par l'évitement : pleurer, crier, s'allonger, ne plus jouer, arrêter toute activité, s'isoler, arrêter de bouger. Il faut remplacer par des comportements efficaces et adaptés : appliquer des poches de glaces sur l'articulation endolorie, soulever la jambe pour favoriser la circulation sanguine, faire son injection et adopter la méthode de distraction en choisissant une activité attentionnelle favorite.

- Iheb est dispensé de l'activité sportive sous indication médicale. La tendance à réduire l'activité est conseillée aux enfants présentant une hémophilie. L'exercice d'une activité sportive douce ou à défaut, faire de la marche pour préserver les articulations et éviter les raideurs et la limitation de mouvements sont par contre recommandés. Iheb aime déjà sortir avec ses copains. Notre intervention se suffit de cibler et fructifier la sortie. Iheb aime le foot Ball, des parties de Baby foot permettraient de faire la marche jusqu'à la salle de jeu, de réduire la frustration par rapport à la pratique de ce sport et favoriser les interactions avec les pairs.

Le conditionnement opérant : Le conditionnement opérant ou instrumental est un processus d'apprentissage impliquant le changement de la probabilité d'une réponse par manipulation des conséquences de celle-ci. Le comportement de la douleur peut favoriser des gains secondaires ;

la manière de se comporter en état douloureux peut même augmenter ou diminuer la perception de la douleur. Le comportement de douleur renforcé positivement peut augmenter la perception de la douleur.

Les stratégies d'intervention sont axées sur l'implication de la mère comme acteur dans ses interactions avec son enfant au moment de la douleur. La prise de conscience que la douleur est un symptôme la sensibilise à mobiliser des ressources et d'avoir à son tour un coping actif.

Le programme de conditionnement opérant consiste à :

1- la réduction des bénéfices secondaires dont les plus importants chez Iheb sont : l'absentéisme qui est un facteur qui influe clairement sur son rendement et compromet son devenir scolaire (Iheb a doublé la classe de quatrième année primaire). A cet effet, la mère ne doit inciter à l'absentéisme qu'en cas d'hospitalisation ou indication médicale.

2 -Encourager l'auto-efficacité en incitant Iheb à l'autonomie :

- des soins corporels : se laver tout seul

- L'inciter à l'apprentissage de l'auto-injection. Pour le début, la présence encourageante de la mère jouerait un rôle sécurisant et favorisant l'autonomie et l'auto-efficacité.

-Participer à des tâches régulières et lever l'exemption de certaines responsabilités: ranger sa chambre et ses affaires, faire des courses de manière intermittente avec son frère.

3- Pour tout effort ou tâche réalisée, nous avons recommandé à la mère d'exercer un renforcement positif verbal ou gestuel encourageant et valorisant (conditionnement opérant) comme récompense affective à l'effort exercé par Iheb tout en verbalisant sa satisfaction.

Pour une attitude maternelle adéquate :

Afin d'influencer de manière positive la qualité des soins maternels et des interactions mère/enfant qui constituent un aspect fondamental de la prise en charge Le programme établi vise directement les dimensions comportementales en intervenant sur les aspects relationnels de la dyade mère/enfant qui modifient la perception de la douleur. Nous avons ciblé et intervenu sur les points suivants :

1/ Encourager un changement de discours de la mère en utilisant comme outil la reformulation et l'empathie. Développer une communication positive avec empathie évitant la banalisation, « vas t'allonger ça va passer » ; ou la responsabilisation : « Je lui dis tu es grand maintenant, tu dois

compter sur toi-même...je lui dis occupes toi de ta santé (gabel sahtek), moi je m'occupe de ton frère, ta sœur, je sors, je vais au bain. »

Une attitude d'écoute empathique offrirait à Iheb de la sécurité affective. Il est nécessaire de parler de ce que fait Iheb de positif et de se rapprocher de lui afin de partager ses émotions, même en dehors des moments de douleur. Nous avons favorisé les liens mère/enfant et encouragé la communication empathique. Pour éviter que son attitude responsabilisante soit perçue par Iheb comme distante ou indifférente ; Mme B doit marquer une présence encourageante et bien vaillante les moments de douleur.

2/ Le style d'attachement mère/enfant dans le cas de Iheb est ambivalent. Il perçoit sa mère comme affectueuse et disponible mais pas suffisamment empathique et réceptive. Il s'agit dans ce cas de faire preuve d'une meilleure écoute pour répondre aux besoins affectifs de Iheb qui se trouvent frustrés.

3/ Mme B est suffisamment sensible et réceptive des signaux de détresse de son enfant « je sais quand il a mal, mon fils il me ressent et je le ressens...même s'il ne dit rien, ça se voit sur son visage » par contre l'écoute est insuffisante. Mme B devrait favoriser l'expression verbale des affects de son enfant.

4/ Le ressenti de Mme B par rapport à la maladie de son fils est révélé dans grille d'entretien. Elle est perçue comme une épreuve parfois comme une injustice ; elle répond par souvent à (la maladie de mon enfant est une épreuve pour moi). « Il me fait de la peine parce qu'il n'a pas vécu son enfance comme les autres enfants c'est pour cela qu'il aime toujours jouer ». Une attitude positive et efficace serait de penser avec Iheb des moyens de divertissement adaptés à sa maladie (ex : jeu de carte, jeux de société, domino...)

5/ Le soutien perçu par la mère de Iheb est à son tour satisfaisant ; elle évoque que son mari est nerveux mais il l'aide et la soutien. C'est lui qui accompagne Iheb au CHU, il lui ramène son traitement de l'hôpital et qui, parfois même lui fait son injection.

Les ressources familiales sont juste moyennes. Elle répond par non pour « mon entourage me fait sentir que je suis diminuée » et par souvent pour « mon entourage me soutient ». Elle ajoute « ma famille m'a toujours soutenu sur tous les plans, il suffit que je demande » « financièrement ils m'ont toujours aidé, ils nous ont même aidé à acheter la voiture pour pouvoir accompagner Iheb à l'hôpital... ; avant, il tombait malade en pleine nuit »

Pour une attitude paternelle adéquate :

Réajuster le comportement surtout verbal du père qui parfois exerce de la violence verbale traduite par des propos dévalorisants. Il a pris conscience de l'incidence de ses injures sur l'image que Iheb se construit de sa personne.

Feed- Back : La mère s'est montrée très attentive, coopérative, et favorable pour un effort de changement d'attitude. Mr et Mme semblent en accord avec certains comportements dont ils ignoraient l'effet négatif comme les bénéfices secondaires et la violence verbale.

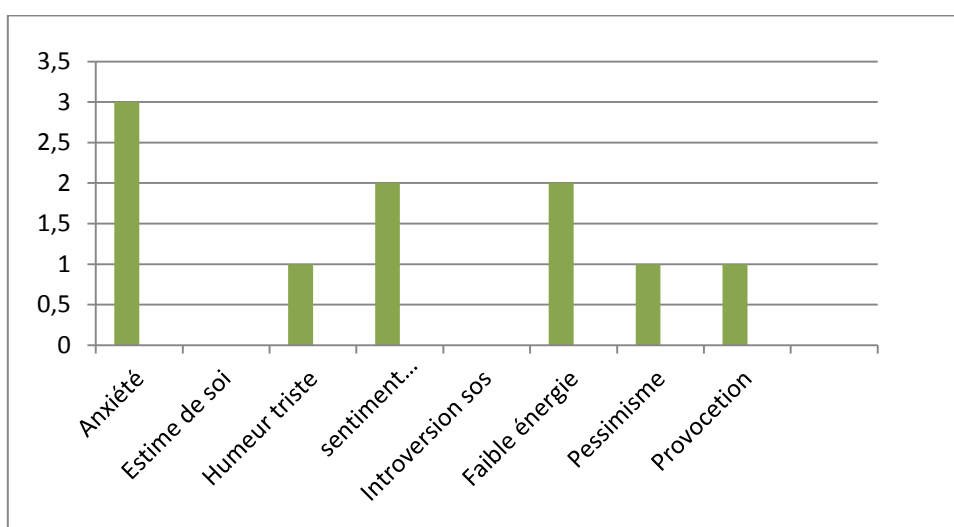
4.3. PHASE B (post-test : réévaluation) :

Réévaluation de l'échelle de dépression MDI-C :

Les notes brutes transformées en Notes T aux huit échelles de la MDI-C sont les suivantes :

- Anxiété = 3 qui équivaut à une Note T de 53
- Estime de soi =0 qui équivaut à une Note T de 44
- Humeur triste =..... 1 qui équivaut à une Note T de 56
- Sentiment d'impuissance = 2 qui équivaut à une Note T de 56
- Introversion sociale =0 qui équivaut à une Note T de 44
- Faible énergie =2 qui équivaut à une Note T de 54
- Pessimisme =1 qui équivaut à une Note T de 49
- Provocation =1 qui équivaut à une Note T de 43

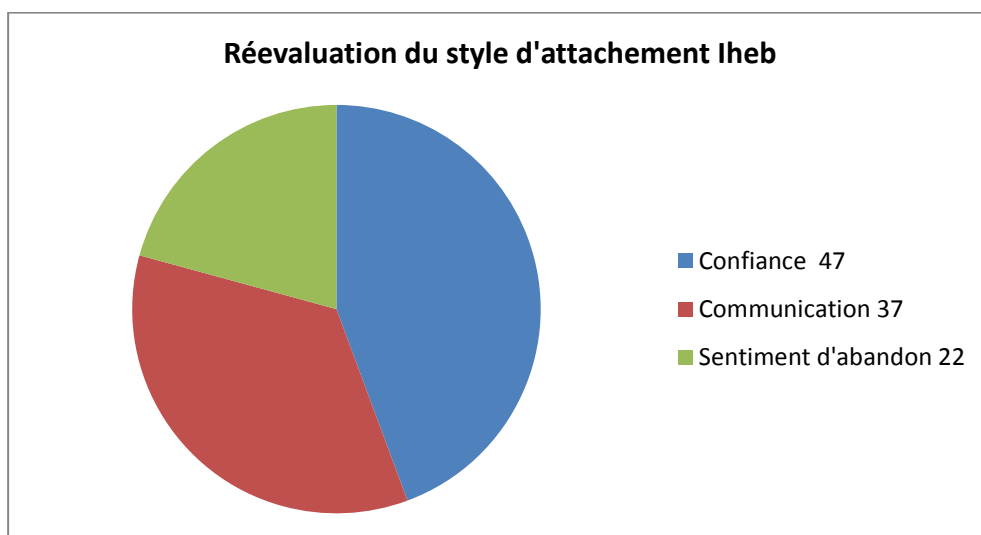
L'interprétation des résultats montrent que les Notes globale = 10 équivaux à T=49 sur le tableau d'étalonnage (Annexe7) qui est en dessous de 56 indique l'absence d'une symptomatologie en relation avec une dépression. Dans le cas d'Iheb, le score global est de **10**, il correspond à une Note **T= 49** qui indique l'absence de dépression.



Histogramme 19: Réévaluation de la dépression (Iheb)

Réévaluation de l'Inventaire de l'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA) (rubrique attachement à la mère seulement) :

- Le score obtenu en confiance (il différencie les adolescents « Sécures » des adolescents « évitant » des « ambivalents ») = **47**
- Le score obtenu en communication = **37**
- Le score obtenu en sentiment d'abandon (il différencie les adolescents « sécures » des adolescents « ambivalents ») = **22**



Secteur 6 : Réévaluation des secteurs du style d'attachement (Iheb)

Afin d'obtenir un score global de sécurité, il suffit d'additionner les scores de confiance et de communication, puis diviser pour obtenir une moyenne.

La moyenne des scores de confiance et de communication est de **4,4**.

La moyenne du score de sentiment d'abandon est de **3,6**.

Le protocole de Iheb indique une élévation infime de la moyenne des scores de confiance et de communication qui est passée de 4 à 4,4. La valeur de confiance est maintenue à 47 par contre celle de la communication s'est élevée de 6 points. La moyenne du sentiment d'abandon a diminué de 2 points; ce qui permet de dire que Iheb a un style d'attachement sécuritaire.

Réévaluation de l'échelle de coping face à la douleur (PPCI) de Iheb :

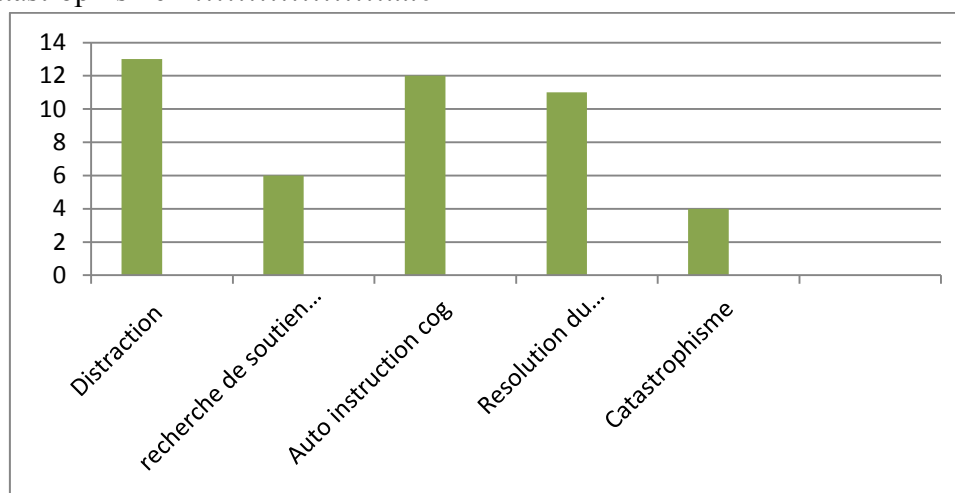
Les scores obtenus sont : - la distraction =13

- l'auto instruction cognitive =12

- la résolution du problème =11

- la recherche d'un support social = ..06

- le catastrophisme =04



Histogramme 20 : Réévaluation des sous-echelles de coping (Iheb)

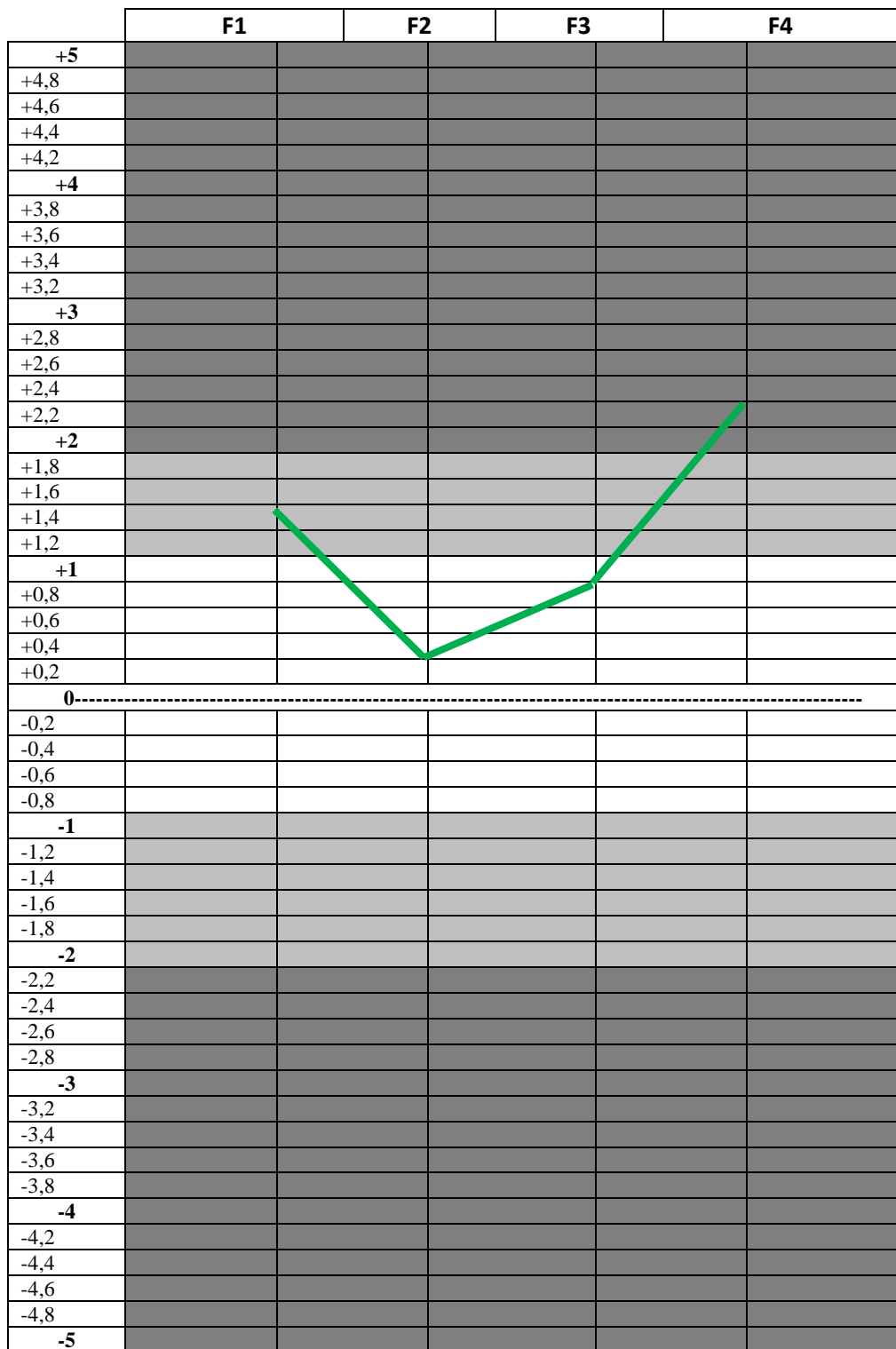
Le facteur **F1** obtenu après addition des scores des items : 1, 3, 4, 5, 8, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39 et 41 = **21** qui correspond à **1.4** en note transformée sur le tableau d'étalonnage (Annexe 10). 1.4 est situé au dessus de la ligne 0 ce qui implique l'utilisation d'un coping adapté.

Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **12** qui correspond à **0.2** en note transformée sur le tableau d'étalonnage. 0.2 est situé au dessus de la ligne 0 ce qui implique l'utilisation d'un coping adapté

Le Facteur **F3** est obtenu après l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **09** qui correspond à **0.8** en note transformée. 0.8 est situé au dessus de la ligne 0 ce qui implique l'utilisation d'un coping adapté

Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = **8** qui correspond à **2.2** en note transformée selon le tableau d'étalonnage. 2.2 est situé au dessus de la ligne 0 ce qui implique l'utilisation d'un coping adapté. La reproduction des chiffres sur la feuille de profil nous permet de suivre un tracé qui met en apparence une zone située en dessus de la ligne 0 ce qui indique que Iheb utilise des stratégies adaptées face à la douleur chronique. (Voir feuille de profil N°8).

Feuille de profil N°8



Légende : (F1) Recherche de support social

(F2) Recours à l'auto instruction cognitive

(F3) Recherche de distraction

(F4) Recherche d'efficacité

Réévaluation de l'échelle des schémas cognitifs de Iheb :

Schéma	Score
Incompétence	1
Carence émotionnelle	3
Isolement	2
Autocontrôle insuffisant	2
Méfiance	3
Sacrifice de soi	3
Sens moral incapable	3
Abandon	3
Attachement	2
Vulnérabilité	3
Dépendance	2
Inhibition émotionnelle	3
Peur de perdre le contrôle	2

Le tableau ci-dessus nous laisse remarquer que la réévaluation est marquée par une modification des scores qui ont baissé par rapport à la première évaluation de 1 à 3 points. Une différence de 3 points concerne principalement les schémas d'incapacité, l'autocontrôle insuffisant, l'inhibition émotionnelle et de peur de perdre le contrôle. Suivis du schéma de vulnérabilité qui a baissé de 2 points et enfin le schéma de dépendance et d'isolement ont réduit d'un point sans que nous ayons une action directe sur eux.

4.4. DISCUSSION DES RESULTATS :

Le tableau des quatre colonnes nous montre qu'avec l'auto-observation (monitoring) des émotions et cognitions ainsi que l'apprentissage de l'élaboration d'autres idées alternatives, Iheb a pu agir positivement sur les émotions négatives qui permettent à leur tour de développer un style de coping actif. Iheb a en effet développé une auto-efficacité perçue qui exerce un auto-renforcement sur le comportement adaptatif. Elle lui permet de réduire l'intensité de la douleur même s'il ne s'agit pas de l'abolir.

Le phénomène de la distraction a effectivement agi sur l'intensité de la douleur. L'apprentissage par décentration contribue à la gestion de la douleur. L'évaluation chiffrée des scores de l'EVA nous permet de voir que la douleur diminue de deux à trois chiffres sous l'action de la distraction.

La réévaluation à travers les deux échelles : échelle composite de dépression (MDI-C) ou l'échelle de faire face à la douleur pédiatrique (IPPA) révèlent que l'application des techniques thérapeutiques cognitives et comportementales a fait ses preuves quant à l'amélioration des

stratégies de faire face à la douleur en modifiant aussi bien le sens accordé à la douleur par la restructuration cognitive que par le comportement et l'émotion qui en découlent. Les feuilles de profil 7 et 8 nous permettent de mieux découvrir les progrès réalisés.

En effet le score de dépression a diminué. Il est passé de 19 pour une note T de 57 (Tableau d'étalonnage annexe 7) à un score de 10 pour une note T de 49. La première évaluation, avant la mise en œuvre le protocole thérapeutique a marqué une dépression faible puisque la Note T= 57 est très proche de 56, la seconde marque l'absence de dépression. Le tableau ci-dessous montre les modifications des Notes T entre la première et la seconde évaluation.

Tableau 27 :Echelle de dépression (Iheb) (Notes T du Test- Retest)

Sous échelle	Evaluation 1 (Note T)	Evaluation 2 (Note T)	Différence
Anxiété	56	53	03
Estime de soi	54	44	10
Humeur dépressive	65	56	11
Sentiment d'impuissance	60	56	04
Introversion sociale	44	44	00
Faible énergie	61	54	07
Pessimisme	55	49	06
Provocation	53	43	10

Aucun des scores des sous-échelles ne se situait dans l'intervalle de sévérité ; la sous échelle qui a marqué le meilleur progrès concerne l'humeur triste qui a réduit de 11 points. En effet cette évolution est expliquée par la restructuration cognitive qui modifie les affects pessimiste et décourageants ; d'ailleurs, la note T de pessimisme le confirme. Elle a réduit de 06 points.

Sans que nous ayons une action directe sur la mauvaise estime se soi, son score a réduit de 10 points. Elle signifie que Iheb a développé une vision plus positive de lui-même. Elle est reliée aux progrès quant au sentiment d'impuissance qui réduit de 04 points et celui de la faible énergie qui a baissé de 07 points. Iheb a développé un sentiment d'assurance qui lui permet de se sentir capable d'affronter les situations stressantes et les frustrations telle que la douleur chronique. L'échelle de coping face à la douleur confirme cette explication par le développement chez notre patient de l'auto-instruction cognitive qui est passée d'un score de 06 à 12.

Le score de la sous-échelle d'anxiété a diminué de 03 points seulement avec une Note T = 53 qui exclue l'importance de cette composante dans le profil de Iheb. Elle est située en dehors du seuil pathologique.

La provocation dont la note T= 53, pas loin du seuil pathologique a régressée de 10 points. En effet, par rapport aux comportements oppositionnels et provocateurs liés à l'humeur ont régressé. En ce qui concerne les stratégies d'adaptation face à la douleur, le tableau si dessous nous montre les différences entre la première et seconde évaluation :

Tableau 28 :Les scores des sous-échelles de coping (Iheb) (Test- retest)

Sous échelles	Evaluation 1	Evaluation 2
Distraction	06	13
Auto-instruction cognitive	06	12
Résolution du problème	13	11
Recherche d'un support social	09	06
Catastrophisme	08	04

La distraction a connu une amélioration du score dans la réévaluation. Elle est passée de 06 à 13. Elle a agit comme un processus cognitif actif qui a décentré l'attention de la douleur. En utilisant ses jeux électroniques favoris Iheb est parvenu à être absorbé dans le jeu, ce qui a réduit sa douleur qui, dans le tableau des quatre colonnes réduit de 2 à 4 points sur l'échelle EVA.

Nous pouvons expliquer la régression infime du score de la résolution du problème par l'augmentation du score d'auto-instruction cognitive est passée de 06 à 12 de distraction qui a augmenté de 06 à 13. L'échelle de faire face à la douleur montre aussi une réduction d'une idéation catastrophique de 04 points. Le catastrophisme est en effet une composante qui amplifie les affects négatifs et les ruminations qui induisent les troubles d'adaptation. La différence des scores obtenus est expliquée par l'apport de la restructuration cognitive qui a donné la possibilité à Iheb de trouver des alternatives positives et rationnelles relatives à sa douleur.

La stratégie de recherche de soutien sociale a régressé de 03 points au re-test. Devenant acteur dans le cours et l'évolution de sa maladie, Iheb met en œuvre ses propres compétences pour gérer sa douleur (relaxation, auto efficacité, restructuration cognitive). Le schéma cognitif de dépendance qui ne s'avère pas dysfonctionnel confirme cette aptitude par un passage de 3 à 1 point entre la première et la seconde évaluation. Parallèlement le schéma d'incompétence qui était dysfonctionnel avec une valeur de 4 a réduit de 3 points.

Le tableau si dessous nous montre les différences entre la première et seconde évaluation des schémas précoces.

Tableau 29 : L'échelle des schémas cognitifs (Iheb) (Test- retest)

Schéma	Evaluation 1	Evaluation 2
Incompétence	4	1
Carence émotionnelle	3	3
Isolement	3	2
Autocontrôle insuffisant	5	2
Méfiance	3	3
Sacrifice de soi	3	3
Sens moral incapable	3	3
Abandon	3	3
Attachement	5	2
Vulnérabilité	4	3
Dépendance	3	2
Inhibition émotionnelle	6	3
Peur de perdre le contrôle	5	2

L'échelle des schémas précoces montre que les schémas sur lesquels nous avons agit, ont diminué de 1 à 3 points. Le schéma qui a réduit son activité de 3 points est celui de l'incompétence, d'auto-contrôle insuffisant, d'attachement et d'inhibition émotionnelle.

Le schéma de peur de perdre le contrôle dont le contenu est la peur de réagir impulsivement a régressé de 3 points ; il va dans le même sens de la réduction de l'anxiété de l'échelle de dépression ainsi que le schéma de vulnérabilité qui lui aussi a régressé d'un point. Iheb le confirme en nous disant qu'il est moins nerveux, il ne s'accroche pas aussi souvent avec son jeune frère. La réduction de la valeur du catastrophisme de 4 points par la technique de restructuration cognitive a également joué un rôle dans la minimisation des affects négatifs liés à l'expérience de la douleur. La relaxation et la restructuration cognitive ont été bénéfiques pour réduire et gérer le stress généré par la douleur et la maladie.

Les schémas cognitifs de carence affective et d'isolement et de méfiance ont prit la valeur de 3 dans les deux évaluations ce qui confirme la fidélité de l'échelle ; mais aussi, il est en corrélation avec l'échelle de style d'attachement qui est devenue sécuritaire. En effet la moyenne du sentiment d'abandon est inférieure à celle de la communication et de la confiance. Cette corrélation nous permet de dire que dans le cas de Iheb, le schéma d'abandon n'est pas dysfonctionnel ; par ailleurs, la modification de la qualité des interactions a put modifier la qualité de la communication. Cette argumentation se trouve appuyée par la valeur de la communication qui a augmenté de 6 points et celle du sentiment d'adandon qui a réduit de 2 points.

Parallèlement, le schéma d'attachement nous révèle une amélioration de sa valeur qui est passée de 5 à 2 points. Le schéma d'attachement dont le contenu fait référence à l'incapacité de se

détacher de l'opinion et des influences des parents, a réduit d'un point seulement, ce qui implique une prise de position qui s'autonomise avec le même élan du schéma de d'inhibition émotionnelle qui a réduit de 3 points. En effet, il indique que Iheb se détache progressivement de l'opinion parentale et exprime ses sentiments avec plus d'aisance.

Cliniquement Iheb est plus expressif et enthousiaste. Son schéma cognitif d'impuissance n'est pas activé de manière exagérée. Il se sent plus efficace et autonome depuis aussi qu'il a appris à faire son injection intra veineuse tout seul ; il nous dit « je suis fier de moi, je m'enferme dans la chambre, je pose ma trousse et prépare le nécessaire, et je fais mon injection... je ne suis pas obligé d'aller au centre ». « *L'enfant normal serait sans doute celui qui ne connaît pas l'influence exagérée de ses schémas mal adaptés mais aussi celui qui a su développer des schémas bien adaptés* » S.Rusinek (2006 : 63).

L'échelle de coping révèle une valeur F1 = 1.2 , F2= 0.8, F3= 2.2 et F4=1.0. Elles se situent toutes en dessus de 0 traduisant ainsi une stratégie adaptée face à la douleur.

La restructuration cognitive a encouragé et développé chez Iheb un changement de discours qui est devenu plus positif. La naissance d'une petite sœur a renforcé son assurance pour la place du grand frère qu'il occupe.

4.5.PHASE D'ENTRETIEN :

Dans le cas de Iheb, le lieu de contrôle est internal, le style d'attachement est maintenant sécuritaire, les stratégies cognitives, émotionnelles et comportementales devant la douleur sont adaptées. Nous avons alors fixé comme objectif durant la phase d'entretien la prolongation de la méthode de restructuration cognitive à laquelle le patient est suffisamment bien habitué. Malgré avoir atteint notre objectif en traitant la dépression avec succès, nous envisageons un travail d'appoint de restructuration cognitive.

Malgré une note T = 49 traduisant l'absence de dépression, nous agissons à titre préventif contre l'évolution vers une éventuelle dépression. « *La dépression s'installerait par le fait que certains schémas et leurs biais de traitement s'installent progressivement et deviennent plus actifs.* » S.Rusnek (2006 :63) De ce fait, nous avons jugé utile de cibler comme objectif l'amélioration des sous échelles de l'échelle de dépression dont l'intervalle se rapproche de la faiblesse. Nos efforts vont être orientés vers le rehaussement du sentiment d'impuissance, l'humeur triste, la faible énergie et l'anxiété.

Nous revoyons avec Iheb l'ensemble des progrès que nous avons réalisés ensemble depuis le début de la prise en charge et examinons les secteurs dans lesquels il a marqué un grand

changement. Nous discutons avec lui la nécessité d'entretenir les acquis et continuer notre collaboration afin de réduire l'anxiété, ce qui impose un suivi régulier sur périodicité d'une séance par mois durant les trois mois qui suivent. Iheb s'est montré volontiers et favorable.

Une prolongation des séances de relaxation est alors maintenue à cette phase pour développer les acquis en contrôle émotionnel.

Mme B, a manifesté une satisfaction pour la prise en charge qui l'a aidé à prendre conscience et éviter les comportements qui entretiennent la douleur « maintenant je comprends mieux mon fils ; je ne savais pas que la psychologie pouvait changer les idées comme ça ». Elle nous révèle que son fils est beaucoup moins nerveux, plus démonstratif et plus courageux.

4.6. Conclusion :

Nous avons agi chez Iheb sur certaines sous échelles qui frôlent le seuil pathologique et constituent en effet la symptomatologie dépressive. Le programme d'autogestion du protocole proposé dans l'étude est de donner à Iheb un rôle plus actif dans le contrôle de sa douleur chronique. Il insiste sur le fait de lui apprendre ou réapprendre à adopter un comportement adapté face à la douleur. La compréhension de l'effet de l'intersubjectivité de la relation mère/enfant est capitale

Le cas de Iheb nous révèle que malgré un style d'attachement ambivalent et un lieu de contrôle internal, l'impact de la douleur n'est pas sans effet sur l'équilibre psychologique de l'enfant. Il se traduit chez Iheb par une dépression plutôt faible avec un style de coping centré sur l'émotion. Un perçu subjectif négatif de la douleur généré par une idéation dramatisante. La démarche thérapeutique nous a permis d'orienter le patient vers d'autres modalités cognitives et comportementales pour mettre fin au style de coping mal adapté. Le renforcement de l'auto-efficacité a favorisé le contrôle perçu qui est un facteur salutogène. La restructuration cognitive et l'assouplissement des schémas ont donné la capacité à Iheb d'estimer ses capacités et ressources dont il dispose et ignore ou juge insuffisantes pour faire face à sa douleur. Les signes pathologiques d'anxiété et de dépression ont nettement diminué. Nous avons noté que la distraction et l'auto-instruction cognitive renforcent le sentiment d'efficacité et de contrôle.

Les thérapies comportementales et cognitives ont été d'un apport bénéfique. Le changement se concrétise dans la relation d'Iheb et Mme B avec une communication moins détachée et plus empathique. Les deux partenaires soulignent avoir apprécié cette technique de travail qui les implique dans la prise en charge de la douleur et de la maladie parallèlement à la thérapeutique médicale.

5. CAS N 5 : KAMEL

5.1.PHASE A : (phase evaluative)

5.1.1. Le déroulement des séances :

Les séances se sont étalées sur une durée de huit mois et demi : du 07 Mars au 31 Octobre 2017 avec une périodicité de 1 séance par semaine durant les trois premiers mois ; une séance par quinzaine aux mois de Mai et juin. Au mois d'Aout, nous avons interrompu les séances à cause de l'indisponibilité du père pour accompagner son fils.

Toutes les séances se sont déroulées à titre externe au service de pédiatrie du CHU de Sidi-Bel-Abbès. La salle de jeu du service nous a été confiée pour les consultations en alternance avec les autres psychologues cliniciens. La durée de chaque séance était d'environ de 40 à 50 minutes. Nous avons rencontré Kamel et son père pour une première séance alors qu'ils venaient prendre son traitement pour hémophilie (Facteur VIII) que le service délivre chaque mardi de la semaine. Cette régularité nous a convenus pour la prise en charge ; aussi, elle n'a pas contraint l'emploi du temps du patient qui n'a pas classe le Mardi après midi. Habitant en dehors de la ville, c'est son père qui l'accompagne pour tous les entretiens.

Nous avons commencé par donner un aperçu simplifié sur le rôle de la psychologie dans la prise en charge de la maladie et de la douleur chronique. Kamel et son père n'ont montré aucune réticence ou hésitation pour une prise en charge. Nous avons pu voir la mère pour la première fois durant la seconde séance. Elle a marqué d'emblée un intérêt particulier pour la prise en charge.

5.1.2. Description des séances :

5.1.2.1. Les séances de 1 à 4 :

Elles se sont basées sur l'étude de quatre points que nous allons développer successivement :

1/l'écoute et l'observation : réalisée aux moments des entretiens cliniques. Vu que Kamel n'a pas été hospitalisé durant la période de l'étude, nous nous sommes appuyé sur les entretiens cliniques et une partie de la grille d'observation (Annexe N°4) qui porte sur les points suivants :-

la communication et interactions de la mère à l'enfant

- la communication et interactions de l'enfant à la mère

- les comportements de l'enfant en terme d'autonomie /dépendance

2/le recueil de données anamnestiques s'est basé sur une grille d'entretien (Annexe N° 3) que nous avons élaboré afin de rassembler le maximum de données.

3/l'évaluation et application des échelles

4/le diagnostic

5.1.2.2. L'écoute et l'observation :

Kamelest âgée de 12 ans, originaire et demeurant dans un village situé à 20 Km de Sidi-Bel-Abbès. Il est situé au troisième rang d'une fratrie de quatre dont deux filles et deux garçons âgés entre 20 et 10 ans. La sœur aînée est âgée de 20 ans. Elle a interrompu sa scolarité en sixième année primaire. La cadette, âgée de 10 ans, est scolarisée en troisième année primaire.

Le frère de Kamel a interrompu sa scolarité en deuxième année moyenne. Aucun membre de la famille ne traite pour une quelconque pathologie. Kamel est scolarisé en cinquième année primaire ; ses résultats sont médiocres. Il a redoublé la deuxième année et a doublé la troisième. La moyenne trimestrielle est de 4/10 de l'année en cours; son rendement nous dit Mr B a toujours été médiocre. « Il n'aime pas apprendre ses leçons...s'il fait des efforts, mais pas suffisamment... la maladie ne l'a pas laissé étudier comme les autres...les absences... les hospitalisations...En deuxième année, il n'a presque pas été à l'école... à chaque fois, il était hospitalisé ».

Kamel est rondet, de taille normale par rapport à son âge. Son regard vif dégage de l'inquiétude et de la vitalité. Il bouge sans cesse sur sa chaise. Son apparence est peu soignée. Il s'exprime aisément mais ses réponses restent brèves et peu spontanées.

Ses relations sociales sont aisées. Kamel nous révèle qu'il sort souvent dehors«J'aime sortir avec mes copains du quartier, ils connaissent ma maladie...ils savent que si je me blesse le sang n'arrête pas de couler...d'autres enfants ne comprennent pas, ils m'insultent et ça fait des problèmes.» « A l'école aussi, je suis plus âgés de ma classe...ils m'insultent ils me disent (soumina), je leur donne des coups parce que je n'aime pas qu'on m'insulte ».

Kamel n'exerce aucune activité extra scolaire ; il est dispensé de l'activité sportive. « Lors de la séance de sport, la maîtresse me dit vas te reposer. Il m'arrive de jouer avec mes camarades mais je ne dois pas tirer le ballon fort, j'aurai aimé être comme eux et jouer normalement ». Souvent, Kamel assiste aux séances de sport en spectateur.

Mme B nous décrit son fils comme brutal (Khchin), très provocateur et parfois susceptible. Avec ses sœurs, il est insolent, il les embête, les provoque et parfois même il est fait preuve de violence. Parlant de ses enfants, elle ajoute « les autres ne sont pas comme lui... je n'ai pas râlé après eux, mais avec lui je crie tout le temps...quand il était petit, il sortait et nous ne pouvions pas le frapper...parfois les voisins se plaignent, ils ne veulent pas le frapper. Quand je le rapporte à son père il me dit : puisque je ne peux pas le frapper pourquoi tu me dis. » Parlant de l'attitude des voisins elle nous dit qu'ils lui disent « tu as souffert avec lui ».

Son père nous confirme : « il a de bonnes relations avec son frère et ses sœurs mais il lui arrive de chercher les problèmes ».

Kamel est proche de sa mère qu'il décrit comme peu compréhensive « Parfois elle ne me comprend pas quand je lui dis j'ai mal, elle me dit : tais-toi, tu es habitué à ta maladie...j'ai l'impression qu'elle ne me ressent pas, elle est occupée à faire le ménage »

Mr B manque d'autorité avec son fils ; « il me gâte, m'achètent ce que je veux... mon frère et mes sœur, il les prive parfois ». « Quand je fais des bêtises il me dit : je vais venir, mais il ne me fait rien » « lui, il ne dit rien c'est ma mère ou mes sœurs qui le poussent ».

Mr B est âgé de 53 ans, travaille à son propre compte. Son épouse est âgée de 43 ans. Elle n'exerce comme profession. La famille vie modestement dans une maison étroite de deux pièces cuisine. Le niveau économique est moyen. Le couple, uni depuis 22 ans n'est passé par aucune crise de séparation pouvant affecter significativement l'équilibre familial.

Malgré les instructions données à Kamel sur les comportements à risque, nous constatons que plusieurs hospitalisations sont motivées par des comportements qui dénotent une insouciance des conséquences de ses agissements. Par exemple, il a enjambé le mur du stade pour regarder un match de football, Mme B dit : « il ne prend pas soin de lui ...il fait toujours l'inverse de ce qu'on lui demande ».

5.1.2.3 Recueil de données anamnestiques :

Kamel est issu d'un couple non consanguin, d'une grossesse désirée et médicalisée. Il est né d'un accouchement à terme, par césarienne motivé par une rupture prématurée des membranes. Son poids de naissance était dans les normes 3,400 Kg. Aucun trouble ou accident pré, péri ou post-natal n'est à signaler. Il fut allaité de manière artificielle dès son troisième mois.

Son développement psychomoteur fut marqué selon les dires de Mme B par un rythme s'inscrivant dans les limites du normal (acquisition de la posture assise à l'âge de 7 mois, la marche autonome à 12 mois, les premiers mots à deux ans et le contrôle sphinctérien nocturne et diurne à trois ans).

La vaccination a été faite correctement selon le calendrier vaccinal.

Kamel a été scolarisée à l'âge de six ans ; il s'est aussitôt adapté au milieu scolaire mais était retiré au début nous dit sa mère. Il ne jouait pas beaucoup avec ses camarades, son rendement scolaire n'a jamais été bon.

Kamel n'a aucune activité extrascolaire, il est dispensé de l'activité sportive, son passe temps favori est le bricolage, les travaux manuels et les jeux électroniques (course de motos et de

voitures) sur PSP ou sur tablette. Kamel n'a jamais connue de séparation avec sa mère qui l'accompagnait durant toutes ses hospitalisations.

Début de la maladie :

Kamel présente une hémophilie de type A sévère. Sa première hospitalisation datée du 01/05/2005 alors qu'il avait un an, fut motivée par une gingivorragie post-traumatique (saignement important et prolongé de la gencive) avec un retentissement important de l'état général traduit par des vomissements et des selles noirâtres. C'est alors et après investigations que le diagnostic d'hémophilie fut posé.

Depuis, plusieurs hospitalisations ont été indiquées, motivées à chaque fois par l'apparition d'hématomes dans des endroits divers du corps : cuisse droite, hématome pariétal abdominal ou des hémarthroses sur différentes articulations du corps : les deux poignets, la hanche droite, genou surtout gauche, cheville droite.

Les hémarthroses répétées du genou gauche ont évolués vers une synovite chronique. Un hématome périorbitaire post traumatique de l'œil droit a nécessité une hospitalisation en 2014. La dernière admission au service de pédiatrie date du 22/03/2016 fut motivée par une hémarthrose post-traumatique du poignet droit.

La mère nous dit que quand il était petit ses chutes étaient fréquentes, il était turbulent, sortait souvent et ne faisait pas attention à lui. Le 14/10/2012 il fut hospitalisé pour un traumatisme crânien ayant nécessité des points de suture du cuir chevelu.

Les hémarthroses du genou et de la cheville provoquent une impotence fonctionnelle et œdème douloureux posant l'indication d'une immobilisation plâtrée.

Les hospitalisations sont d'une fréquence de trois par an. La dernière, date du mois de Mars 2016, il fut admis pour une hémarthrose post-traumatique du poignet.

Ces signes sont généralement accompagnés d'une limitation de l'activité physique, notamment la marche. Le repos et l'immobilisation de l'articulation avec placement d'une attelle à titre antalgique sont alors indiqués lors des hospitalisations avec la prescription d'une médication basée essentiellement sur le Facteur VIII, corticothérapie et antalgiques. La prise en charge marque une bonne amélioration clinique traduite par un gain d'amplitude des mouvements, une autonomie de la marche, une réduction des raideurs articulaires et des douleurs. Kamel garde une légère séquelle du genou gauche qui se traduit sur le plan moteur par une boiterie discrète et une difficulté de plier le genou gauche, ce qui entrave la flexion nécessitant la réalisation de certains mouvements pour accomplir certaines tâches (Kamel nous donne l'exemple de sa difficulté pour s'accroupir ou s'asseoir sur une plateforme basse).

5.1.2.4 Evaluations, application des échelles et interprétation :

Les échelles appliquées dans le cas de Kamel sont :

- L'IPPA : L'inventaire de l'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA)
- (rubrique réservée à l'attachement à la mère seulement)
- Le PPCI : Inventaire du faire face en douleur pédiatrique
- Le MDI-C : l'échelle composite de dépression pour enfants
- Echelle de lieu de contrôle
- Inventaire des schémas précoces pour enfants

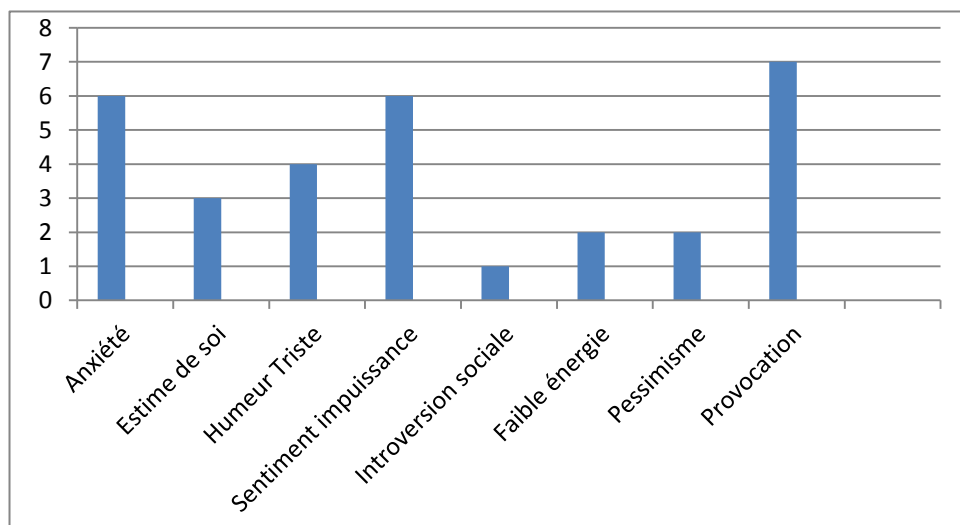
Résultats des tests pratiqués :

Résultats de l'échelle de dépression MDI-C :

Les notes brutes transformées en Notes T aux huit échelles de la MDI-C sont les suivantes :

- Anxiété = 6 qui équivaut à une Note T de 63
- Estime de soi =3 qui équivaut à une Note T de 63
- Humeur triste =4 qui équivaut à une Note T de 67
- Sentiment d'impuissance = 6 qui équivaut à une Note T de 67
- Introversiion sociale =1 qui équivaut à une Note T de 54
- Faible énergie =2 qui équivaut à une Note T de 54
- Pessimisme =2 qui équivaut à une Note T de 55
- Provocation =7 qui équivaut à une Note T de 65

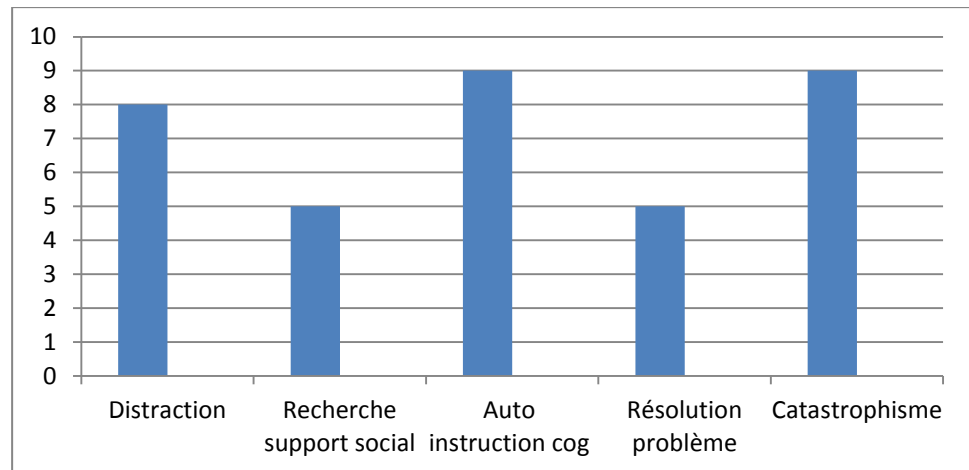
L'interprétation des résultats du MDI-C montre que les Notes T comprises entre **56** et **65** indiquent des niveaux de symptomatologie en relation avec une dépression faible à modérée. La note T obtenue chez Kamel de **31** correspond à une note T = **64** sur la table d'étalonnage (Annexe N° 7) qui indique une dépression qui tend plus vers la modération que vers la faiblesse puisque 64 se rapproche plus vers 65 que vers 56.



Histogramme 21 : Evaluation des sous-echelles de dépression (Kamel)

Résultats de l'échelle du coping face à la douleur (PPCI) de Kamel : Les scores obtenus sont :

- la distraction =**08**
- l'auto instruction cognitive =**09**
- la résolution du problème =**05**
- la recherche d'un support social = **05**
- le catastrophisme =**09**

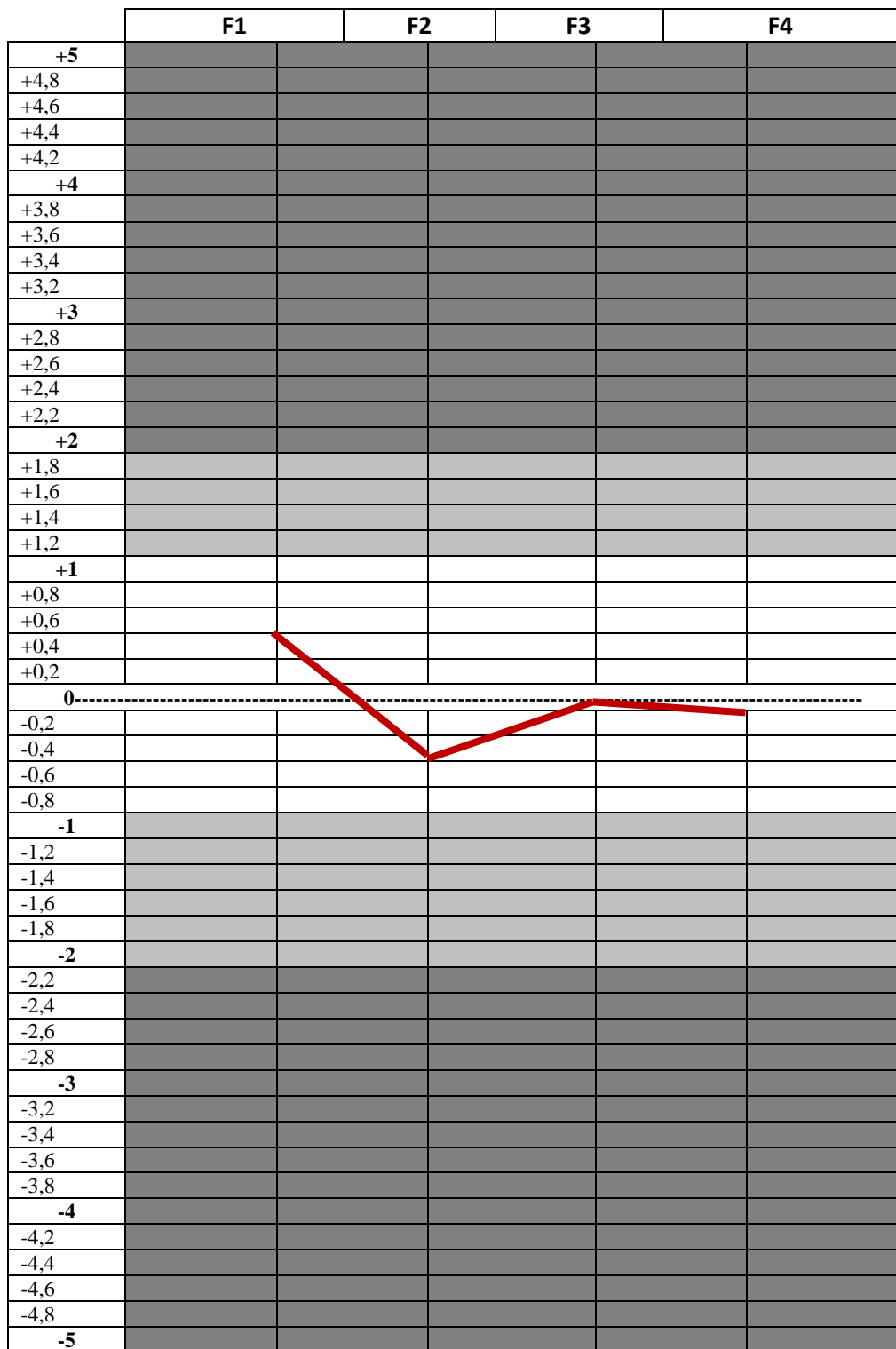


Histogramme 22 : Evaluation des sous-échelles de coping (kamel)

- Le facteur **F1** obtenu après addition des scores des items : 1, 3, 4, 5, 8, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39 et 41 = **15** qui correspond à **0,4** en note transformée selon le tableau d'étalonnage (Annexe 10). 0,4 indique un coping adapté en recherche de support social.
- Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **9** qui correspond à **-0,6** en note transformée selon le tableau d'étalonnage. -0,6 se situe en dessous de la ligne 0, elle indique un coping non adapté en auto-instruction cognitive face à la douleur.
- Le Facteur **F3** est obtenu après l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **6** qui correspond à **0,0** en note transformée selon le tableau d'étalonnage. Elle se situe sur la ligne 0, elle indique un coping limite adapté en recherche de distraction.
- Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = **5** qui correspond à **-0,2** en note transformée selon le tableau d'étalonnage. -0,2 se situe en dessous de la ligne 0, elle indique un coping inadapté en recherche d'efficacité face à la douleur.

La reproduction des chiffres sur la feuille de profil nous permet de remarquer un tracé qui met en apparence une zone située en dessous de la ligne 0 ce qui indique l'utilisation de stratégies inadaptées face à la douleur chronique. (Voir feuille de profil N°9).

Feuille de profil N°9



Légende : (F1) Recherche de support social

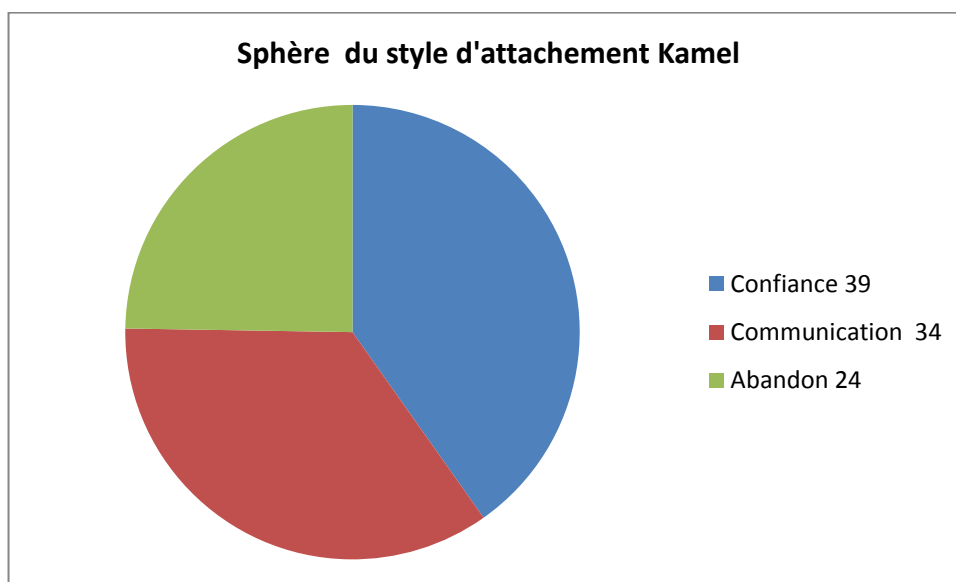
(F2) Recours à l'auto instruction cognitive

(F3) Recherche de distraction

(F4) Recherche d'efficacité

Résultats de l'Inventaire de l'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA) (rubrique attachement à la mère seulement) :

- Le score obtenu en confiance (il différencie les enfants « Sécures » des enfants « évitant » des « ambivalents ») = **39**
- Le score obtenu en communication = **34**
- Le score obtenu en sentiment d'abandon (il différencie les enfants « sécures » des enfants « ambivalents ») = **24**



Secteur 7 : Evaluation des composantes du style d'attachement (Kamel)

Afin d'obtenir un score global de sécurité, il suffit d'additionner les scores de confiance et de communication, puis diviser pour obtenir une moyenne.

La moyenne des scores de confiance et de communication est de **3,8**.

La moyenne du score de sentiment d'abandon est de **4**.

Le protocole de Kamel indique une baisse de la moyenne des scores de confiance et de communication par rapport à la moyenne du sentiment d'abandon; ce qui permet de dire que Kamel a un style d'attachement «insécure ».

Résultat de l'échelle de lieu de contrôle :

Plus les valeurs augmentent vers **24** (valeur optimal), plus le lieu de contrôle tend vers l'internalité. Inversement, si la valeur baisse vers le **0**, elle implique un lieu de contrôle externe. Dans le cas de Kamel, la valeur d'internalité obtenue est de **12**. Il est de ce fait en faveur d'un lieu de contrôle aussi bien interne qu'externe.

Résultat de l'échelle des schémas cognitifs :

Schéma	Score
Incompétence	4
Carence émotionnelle	3
Isolement	3
Autocontrôle insuffisant	5
Méfiance	2
Sacrifice de soi	2
Sens moral incapable	3
Abandon	3
Attachement	3
Vulnérabilité	4
Dépendance	3
Inhibition émotionnelle	3
Peur de perdre le contrôle	5

Interprétation et discussion :

L'échelle MDI-C révèle une dépression située dans un intervalle pathologique indiquant une dépression faible à modérée. La Note T totale = 31 correspond à une note T = 64 sur le tableau d'étalonnage (Annexe 7). Cette valeur est située entre (56 et 65) se rapproche plus vers la modération (64) que vers la faiblesse (56). L'avantage de cette échelle est de nous proposer les sous échelles qui répondent à la symptomatologie dépressive qui vont nous offrir la possibilité de cibler puis d'agir par les TCC sur les aspects pathogènes.

Les scores des sous échelles les plus élevés sont dans un ordre décroissant celui de l'humeur triste et le sentiment d'impuissance avec une Note T = 67 ; suivies de la provocation T= 65, de l'anxiété et l'estime de soi T= 63, le pessimisme T= 55 et enfin, la faible énergie avec l'introversion sociale qui ont pris une Note T= 54. Kamel a répondu positivement aux items : 40 « je me sens triste », 41 « j'ai le cafard », l'item 60 « c'est difficile de se sentir heureux » il a répondu négativement à l'item 29 « je suis un enfant heureux ». La tristesse et en effet une émotion alimentée par une cognition négative retrouvée dans l'échelle de coping se traduisant par un catastrophisme chiffré à 9. Il se manifeste par l'amplification des images mentales se rapportant aux éventuelles conséquences de la douleur. Kamel imagine des scénarios négatifs se rapportant à la douleur, ce qui génère inévitablement une émotion négative qui est l'anxiété. Cette dernière porte une note T= 63 qui est le seuil pathologique modéré. Les sous échelles d'humeur triste et d'anxiété s'inscrivent dans l'intervalle de symptomatologie faible à modérée (entre 56 et 65). L'anxiété prend sa source également du schéma cognitif de vulnérabilité scoré à 4 dont le contenu est la peur d'une catastrophe imminente. Egalement, le schéma cognitif d'auto

contrôle insuffisant et la peur de perdre le contrôle qui sont scorés à 5 ; dont le contenu indique un énervement facile, un manque de volonté pour achever les tâches ainsi qu'un refus d'agir contre sa volonté. Kamel répond positivement à l'item 32 de l'échelle de dépression « j'abandonne facilement ».

La Note T de l'humeur triste = 63 est dans la pathologie modérée; paradoxalement la Note T de pessimisme = 55 se situe dans la limite du normal. Cet écart explique la modération de la dépression.

La Note T en sentiment d'impuissance à l'échelle de dépression est scorée à 67. Elle traduit une difficulté de Kamel à percevoir ses capacités comme suffisantes pour faire face aux situations stressantes, entre autres : la douleur. Elle est confirmée et corrélée avec le schéma d'incompétence qui est actif et qui prend une valeur de 4. Les items 2 « J'ai l'impression que je rate tout ce que je fais à l'école et en dehors de l'école », l'item 12 "quand j'ai un contrôle, j'ai l'impression de réussir moins que les autres » ont pris une valeur de deux points chacun pour une réponse (parfois). En effet, ce schéma est activé devant toute situation qui nécessite une mise à l'épreuve de ses propres aptitudes. Le contenu du schéma indique la croyance en un niveau d'aptitude et de réussite inférieur à celui des autres. L'estime de soi dont la note T = 63 indique que « *les enfants présentant une note élevée sur cette échelle sont plus susceptibles d'avoir des difficultés à se faire apprécier des autres enfants ; ils ne pensent pas de bien d'eux-mêmes et de leur corps* ». J Berndt , C Kaiser (2008 :14)

L'activation de ce schéma explique la mauvaise estime de soi retrouvée dans l'échelle de dépression MDI-C. Ceci explique entre autre la raison pour laquelle Kamel n'a jusqu'à ce jour pas pu faire son injection tout seul malgré les séances de formation d'apprentissage réalisées au service de pédiatrie. L'échelle de coping montre une faiblesse de la valeur de résolution du problème (5). La valeur F4 traduisant la recherche d'efficacité s'avère inadaptée sur l'échelle de coping.

La valeur F4 = -0,2 se situe en dessous de la ligne 0 soulignant un coping en recherche d'efficacité inadapté (Voir Annexe N°9).

Le vécu de la douleur reste une expérience perçue et purement subjective. Les items de l'échelle de faire face à la douleur : 5 et 41 sont cotés à 2 « Je pense que je ne peux rien faire pour arrêter la douleur », « quand j'ai mal, je pleure ou je cris » l'item 22: « j'imagine que je peux faire disparaître la douleur tout(e) seul(e) » est coté à 0. Devant la douleur, Kamel se perçoit comme impuissant, n'ayant pas de ressources ni la capacité de gérer la situation.

Le sentiment d'impuissance alimente la mauvaise estime de soi qui prend d'ailleurs une Note T =63 pour un seuil pathologique modéré (entre 56 et 65). Cette valeur renvoie une image négative de soi retrouvée dans les réponses du MDI-C : 21 »les enfants m'embêtent »50 »je me sens moche » »je suis vraiment maladroit »il répond négativement à l'item 69 « j'aime bien la tête que j'ai »,71 « je me trouve très bien »

Le schéma d'inhibition émotionnelle n'est pas activé (3). Il est corrélé avec la note T de l'introversion sociale de l'échelle de dépression MDI-C qui prend la valeur de T= 54 situé en dehors des limites pathologiques. Cette valeur traduit une aisance dans les situations sociales et une ouverture suffisante aux autres. Parallèlement et en corrélation, l'absence du schéma cognitif d'isolement dont le contenu est la recherche de solitude et l'incapacité à s'investir dans les relations sociales prend la valeur de (3) ; Aussi, l'absence du schéma cognitif de méfiance (3) vont dans le même sens. Kamel a le contact social facile.

Par ailleurs, en provocation la Note T = 65 « *Une note élevée indique un sujet qui se perçoit comme un enfant à problème. Un enfant présentant une note élevée brave ouvertement le comportement conventionnel soit en se rebellant soit en s'engageant dans des actes qui constituent de réels problèmes de comportement* » J.Berndt , C. Kaiser (2008 :16)

En effet cette explication correspond au comportement provocateur de Kamel à domicile ainsi qu'à l'école. Mme B nous dit : « il me cause des problèmes avec les voisins qui se plaignent et parfois évitent de le faire parce qu'ils savent qu'il est malade ». « Les institutrices nous envoient souvent des convocations, il embête ses camarades...parfois il les frappe ». Kamel explique ce comportement par le fait qu'ils l'insultent et ne veulent pas jouer avec lui, lui revoyant ainsi une mauvaise image de lui. L'attitude provocatrice émane de l'activation des schémas d'autocontrôle insuffisant(5), de peur de perdre le contrôle(5) et de vulnérabilité (4) retrouvés dans l'échelle des schémas cognitifs. L'échelle de dépression montre également une élévation de la Note T = 63 qui peuvent expliquer les attitudes provocatrices.

La Note T en faible énergie de l'échelle de dépression est de 54. Elle est inférieure à 56 traduisant que Kamel possède des capacités d'énergie et d'entrain qui n'entravent pas ses activités quotidiennes. En effet, Kamel sort souvent, il aime faire les courses pour garder la monnaie qui lui permet de se payer des gourmandises.

Combien même réduites, les valeurs de ces aspects pathogènes expliquent la modération de la dépression de Kamel.

Malgré l'inactivation du schéma d'abandon et de carence émotionnelle, le style d'attachement est insécure. Le milieu familial mobilise des ressources considérables dans la prise en charge de la maladie. Les ressources sociales sont en effet favorablement perçues par Kamel. En effet, la valeur de $F1 = 0,4$ se situe en dessus de la ligne 0 qui indique une adaptation quant à la recherche de support social.

Le milieu familial est favorable matériellement mais pas suffisamment compréhensif et empathique. Kamel répond négativement à l'item 17 de l'échelle de dépression « ma famille m'écoute ». Il nous explique cette affirmation en disant : « quant je dis à mon père et mon grand frère que j'ai mal, ils croient que je mens, et que je simule ». L'échelle de coping face à la douleur nous offre la possibilité d'argumenter cette explication.

Kamel recherche une sensibilité, une écoute et une compréhension empathique qui le sécurise. L'absence du schéma de dépendance dont le contenu est le besoin des autres pour comprendre ce qui se passe et réaliser des actions peut appuyer notre argumentation.

Le lieu de contrôle s'avère dans une position médiane (12), situé entre l'externalité et l'internalité. L'attitude parentale n'est pas suffisamment sécurisante pour favoriser un mode fonctionnement internal et autonome pour faire face aux situations frustrantes.

L'échelle de dépression révèle que Kamel répond positivement à l'item 10 « la chance est contre moi » et négativement à l'item 31 « j'ai de la chance ». C'est aussi retrouvé dans ses propos envieux « pourquoi les autres sont joyeux et moi malheureux ».

L'échelle de coping montre que les scores de distraction (8), d'auto-instruction cognitive (9) et de résolution de problème sont limités. Au moment de la douleur, Kamel met en œuvre une idéation négative. L'échelle de coping met d'ailleurs un niveau de catastrophisme (9) suffisamment élevé pour alimenter des émotions négatives telles que la tristesse et l'anxiété dont les Notes T= 67 et 63 le confirment dans l'échelle de dépression. Elles indiquent une symptomatologie pathologiquement modérée. Dès qu'il a mal, il réagit émotionnellement par l'anxiété, l'irritabilité ou la tristesse qui peut induire des cris ou pleurs. Il va faire sont injection dans le centre de santé de proximité et attend dans la passivité que la douleur s'estompe. Cette attitude est retrouvée à travers les items de l'échelle PPCI : 1 « quand j'ai mal je vais au lit », 5 « je pleur ou je cris », 27 « je me couche », 35 « je vais dormir jusqu'à cela aille mieux ». L'échelle de coping révèle une valeur $F2$ (recours à l'auto-instruction cognitive = -0.6, $F4$ (la recherche d'efficacité) = -0.2. Elles se situent en dessous de la ligne 0 traduisant ainsi une

stratégie inadaptée face à la douleur. La valeur de F3 (recherche de distraction)=00. Elle se situe juste sur la ligne qui différencie l'adapté de l'inadapté (voir Annexe N°9).

Les réactions de Mme B quand Kamel se plaint de douleur sont peu adaptées. Elles reflètent un manque d'empathie interprétée par Kamel comme de l'incompréhension et de l'indifférence. Kamel nous rapporte : « des fois, elle ne me comprend pas, quand je lui dis j'ai mal, elle me répond : Tais toi, tu es habitué à ta maladie...elle est occupée à faire le ménage ... je sens qu'elle ne me ressent pas (n'hessa mechi hassa bya)».

Le style d'attachement de Kamel est insécure. La moyenne de communication et du sentiment de confiance (3,8) est légèrement inférieure à celle de l'abandon (4). Paradoxalement on note l'absence des schémas cognitifs d'abandon (3), de carence émotionnelle (3) et de dépendance (3). Nous pouvons expliquer que l'insécurité ne provient pas de schémas dysfonctionnels mais d'attitudes maternelles qui manquent d'empathie et de sensibilité. En effet Kamel se trouve frustré dans sa recherche de soutien, d'une présence maternelle chaleureuse, d'une figure d'attachement sécurisante, accessible, disponible et empathique pouvant répondre à ses frustrations affectives.

5.1.2.5 Diagnostic :

Depuis cette année, Kamel présente les symptômes suivants :

- Une humeur triste
- Irritabilité
- Provocation
- Anxiété
- Vulnérabilité
- Troubles du comportement alimentaire à caractère boulimique
- Dégout et anhédonie

Selon le manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux DSM V (2015), Kamel répond aux critères A (1, 5, 6, 7, 8) ; B ; C ;D et E posant le diagnostic d'un trouble dépressif caractérisé léger portant le code : 296.22 (F32.1).

5.1.2.2 Les séances de 4 à 8 :

Elles furent destinées à l'information et l'éducation concernant le mécanisme de la douleur mis en relation avec l'émotion et la cognition. De façon explicite, nous lui avons montré l'importance d'apprendre à mettre en relation les émotions et la pensée ; que chaque pensée est associée à une émotion qui induit un comportement. Nous avons introduit par la même occasion

l'apprentissage de la relaxation selon la méthode de Jacobson ainsi que la méthode de contrôle respiratoire (page 113-114).

Nous avons expliqué le principe ainsi que l'intérêt de l'évaluation de la douleur en nous appuyant sur l'échelle EVA graduée de 0 à 10. Les aspects étudiés durant ces séances se basent sur les points suivants :

- Le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles.
- L'analyse fonctionnelle
- L'établissement d'un contrat thérapeutique

Aucune intervention thérapeutique n'a été réalisée à ce stade.

5.1.2.2.1 Le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles :

Deux techniques sont utilisées dans le protocole pour le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles en rapport avec la douleur:

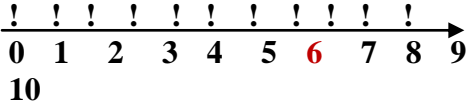
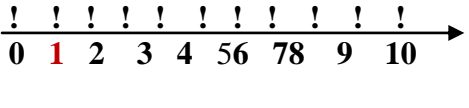
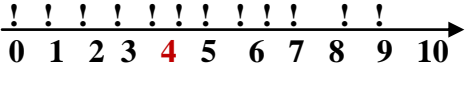
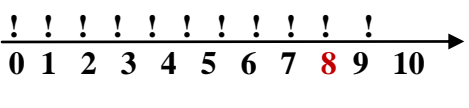
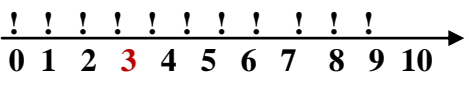
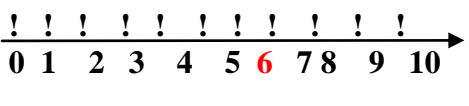
1-Le tableau des trois colonnes de Beck : Une autre fiche d'auto-enregistrement (monitoring) fut remise au patient sur laquelle figure trois colonnes : Situation, Emotion, Cognition

- La première représente une graduation de la douleur de de 0 à 10 sur lequel il est invité à chiffrer l'intensité de sa douleur. Cette colonne concerne la situation étudiée dans notre travail, qui est la douleur.
- La seconde contient des bulles dans lesquelles il doit transcrire le ou les sentiments qui accompagnent la douleur.
- La troisième contient également des bulles différentes mais dans lesquelles il reporte l'idée, la pensée ou l'image mentale qui se présente à lui au moment de la douleur de manière spontanée et automatique.

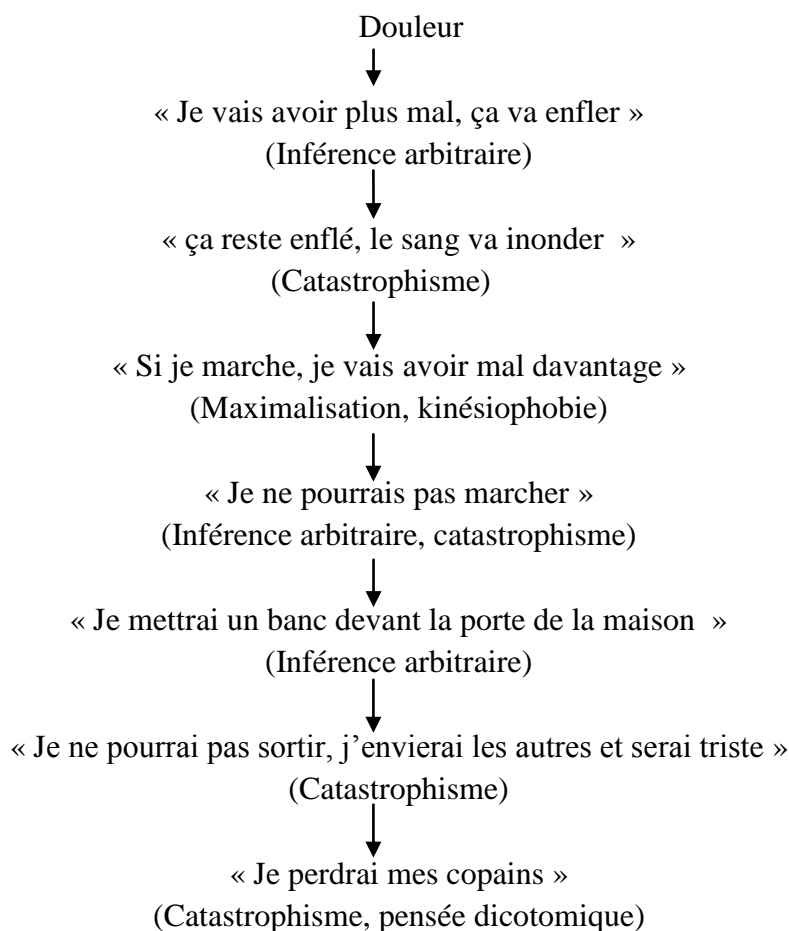
A prés la transcription dans la troisième colonne la pensée automatique associée à l'émotion induite par la douleur, Kamel doit évaluer son niveau de croyance. Cette estimation se base sur l'utilisation d'une échelle en pourcentage de 0 à 100% (d'aucune conviction à conviction totale). Dans le protocole, nous avons proposé la présentation du tableau sous forme de bulles qui facilite à l'enfant l'expression de ses idées et sentiments.

Les objectifs visés à ce stade est d'apprendre au patient de s'auto-observer et de prendre conscience de ses émotions ainsi que de ses idées au moment de la douleur (voir tableau N° 30)

Tableau 30 :Les émotions et cognitions associées à la douleur (Kamel)

Douleur scorée de 1 à 10	Emotion	Cognition
 <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Tristesse 4/10</p>	<p>Je ne vais pas guérir 100%</p>
 <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Irritabilité 8/10</p>	<p>Tous les autres sont heureux et moi j'ai souvent mal 80%</p>
 <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Dégout 6/10</p>	<p>Pourquoi je n'ai pas pris soin de moi ? 100%</p>
 <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Tristesse et irritabilité 9/10</p>	<p>ça va enfler et je ne pourrais pas marcher 80%</p>
 <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Je ressens de la colère 8/10</p>	<p>Je n'ai pas suivi ce que ma mère et les médecins m'ont dit 90%</p>
 <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Irritabilité et dégoût 7/10</p>	<p>Ça va enfler, Je vais avoir encore plus mal 100 %</p>

2-La seconde manière de repérage des pensées automatiques dysfonctionnelles est celle des flèches descendantes :



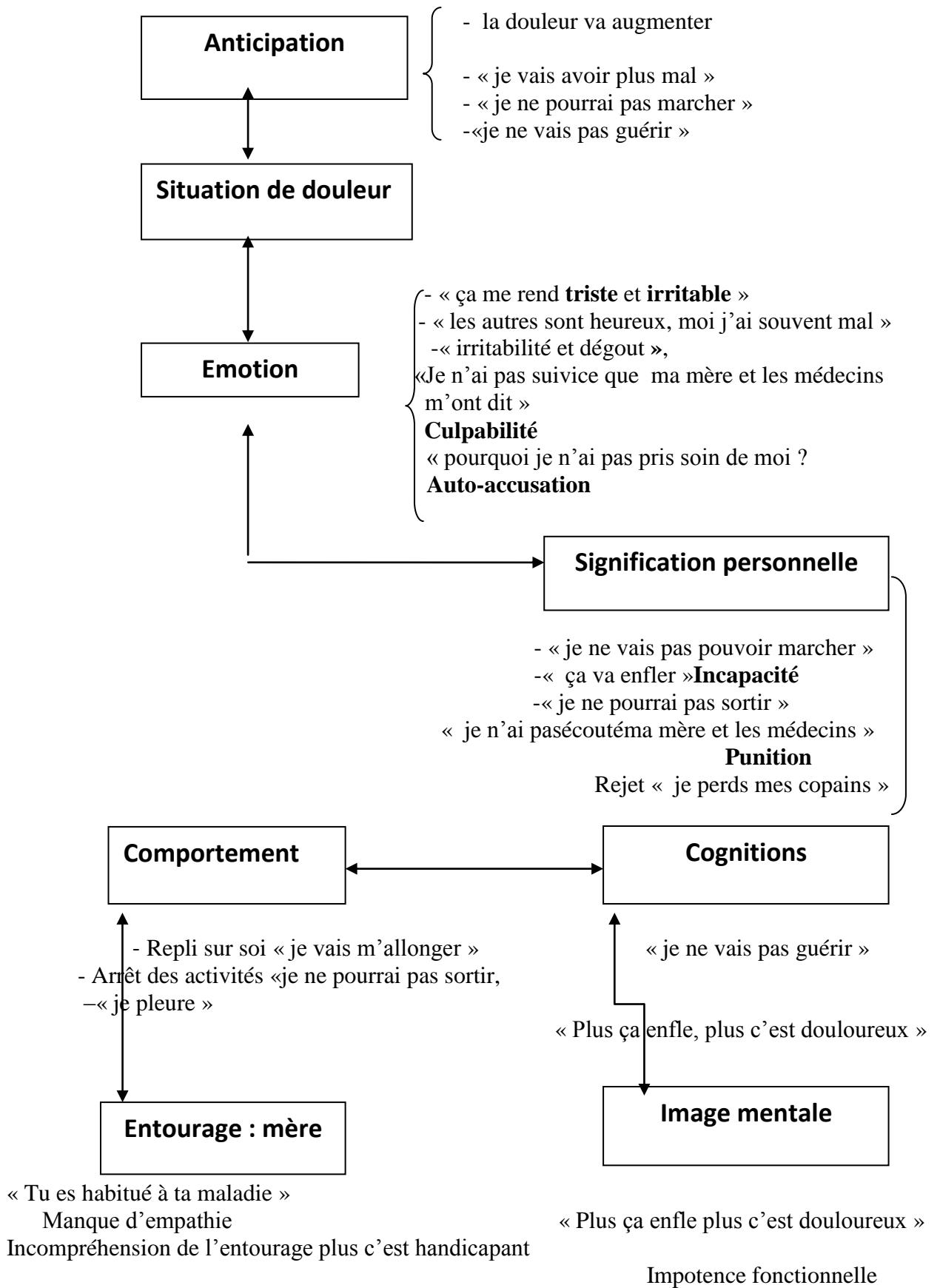
Le feed-back : au terme de ces séances, le patient souligne apprécier le cheminement de ses idées. Il se montre coopératif et très motivé.

Grace au remplissage des diverses fiches des colonnes de Beck et de la méthode des flèches descendantes, Kamel a réalisé l'impacte de ses pensées automatiques négatives sur son comportement et son humeur. Il a compris que lorsqu'il a mal, ça le rend anxieux, triste et en colère ce qui le pousse à penser de manière illogique, systématiquement négative.

5.1.2.2.2 L'analyse fonctionnelle :

Il est primordial dans le protocole d'utiliser le modèle de la grille d'analyse SECCA de J.Cottraux : figure 6.3a (2004:112) afin d'observer directement et indirectement le comportement douloureux. Le but est de préciser les conditions de maintien ; ce qui nous permettrait d'étudier les pensées, les images mentales, les monologues intérieurs qui vont accompagner et /ou précéder la douleur.

Analyse fonctionnelle synchronique



5.1.2.2.3 L'établissement du contrat thérapeutique:

Comme prévu dans le protocole le contrat thérapeutique centre quatre points essentiels qui ne peuvent faire abstraction de la motivation de l'enfant au changement :

* Nous avons expliqué à Kamel les principes, objectifs, stratégies et techniques utilisés en thérapies comportementales et cognitives.

* Il fallait l'informer que sa participation active au programme thérapeutique et aux progrès est une condition de réussite de la prise en charge.

* Nous avons informé et décrit la façon dont va se dérouler la TCC ; le déroulement des séances ainsi que les objectifs que nous désirons atteindre. Nous avons pour cela donné des explications claires à Kamel et sa mère sur la co-morbidité essentiellement, l'anxiété et la dépression dans l'expérience de la douleur chronique. Ensemble, nous avons défini :

- L'action sur la dépression par la restructuration cognitive
- L'assouplissement des schémas précoces,
- L'action sur le lieu de contrôle en développant l'internalité par la restructuration cognitive
- Enfin la diminution des facteurs émotionnels qui potentialisent l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire et de la relaxation

* Nous avons défini les étapes et les modalités de la prise en charge ainsi que ses délais de cette dernière que nous avons estimée de six à sept mois.

Kamel s'est montré très favorable et même enthousiaste pour une prise en charge.

5.2.PHASE B (application du protocole thérapeutique) :

De 8 à 16 ème séances :

Elles ciblent des techniques cognitives, comportementales et émotionnelles dont l'objectif est d'aider le patient à agir sur sa douleur

5.2.1. Les techniques cognitives :

Elles ont comme objectifs :

* L'action sur la dépression par la restructuration cognitive,

* Assouplissement des schémas précoces,

* L'action sur le lieu de contrôle par rapport à la douleur,

* L'action sur la douleur par la distraction,

* Favoriser un coping actif et l'auto-efficacité

La démarche appliquée pour traiter la dépression face à la douleur : La mise en œuvre de la procédure thérapeutique consiste à mettre en évidence et traiter les distorsions cognitives qui amènent à la lecture erronée de la réalité : celle de la douleur.

Nous les avons relevés chez Kamel à partir des tableaux des trois colonnes ainsi que de la technique de flèches descendantes:

- les inférences arbitraires : Kamel utilise des erreurs de logique qui l'incitent à déduire sans avoir de preuves. Ces erreurs se traduisent cliniquement par des événements cognitifs marqués par un style de pensée non fondé :

«Je ne pourrai pas marcher » « je ne pourrai plus sortir » «je n'irai plus en excursion » « ça va enfler et je ne pourrais pas marcher ».

- la maximalisation : Kamel attribue une grande valeur à sa douleur ainsi qu'à sa maladie conduisant à un catastrophisme idéationnel. En effet les idées qui accompagnent la douleur sont « je vais avoir plus mal, ça va enfler » «Je ne pourrai pas marcher », « je ne pourrai plus sortir », «je n'irai plus en excursion », « je mettrai un banc devant la porte de la maison », « je perdrai mes copains »

- la sur généralisation : il s'agit d'élargir, à partir d'un fait ou d'une situation d'autres incidents problématiques, « Tous les autres sont heureux et moi j'ai souvent mal » »je n'ai pas de chance »

-la personnalisation : La personnalisation qui consiste à ce que l'enfant s'attribue la responsabilité des événements, surestime les relations entre les événements défavorables et lui-même «J'ai pas suivi ce que ma mère et les médecins m'ont dit » « j'ai pas écouté ce qu'on m'a dit à l'hôpital »

Techniques de la restructuration cognitive utilisées :

Le tableau des quatre colonnes de Beck : Cette technique est utilisée comme tâche assignée. L'application de la restructuration cognitive favorise une modification des distorsions cognitives en utilisant le tableau des 4 colonnes de Beck : situation, émotion, cognition, cognition alternative tout en réévaluant le degré de croyance sur un pourcentage de 0 à 100%.

Une fiche est pour cela remise à Kamel sur laquelle il doit continuer à s'auto-observer : observer ses pensées et émotions en transcrivant sur un tableau de quatre colonnes. La douleur représentant la situation de douleur, mais cette fois-ci avec une évaluation sur une échelle graduée de 0 à 10 sur la colonne représentant la situation de douleur; la seconde colonne concerne l'émotion qui accompagne la douleur ; dans une troisième colonne il transcrit la pensée automatique avec le degré de croyance. Enfin, dans la quatrième, il propose une idée

alternative positive qui accompagne sa douleur. Kamel est appelé à enchaîner cette tâche avec une activité ludique choisie préalablement. La douleur est ensuite réévaluée après 30 mn, en fin d'activité (voir tableau ci-après). Les pensées alternatives doivent venir de l'enfant qui est ainsi invité à élargir la conception qu'il a du mécanisme de la douleur ainsi que des composantes qui la constituent. Elles permettent de ce fait d'apaiser les émotions négatives et pénibles.

L'objectif est d'encourager la curiosité de Kamel de chercher d'autres idées alternatives qui remettraient de considérer ses idées automatiques négatives comme si elles étaient des hypothèses. Il s'agit d'envisager d'autres interprétations possibles ainsi qu'un changement de discours interne en reportant sur le tableau des quatre colonnes remis pour tâche assignée à domicile.

Tableau 31 :Tableau des quatre colonnes(Kamel)

Situation de douleur de 0 à 10	Emotion	Cognition	Pensée alternative	Type de diversion et évaluation
<p>!!!!!!!</p> <p>0 1 2 3 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Triste</p> <p>8/10</p>	<p>« pourquoi je n'ai pas pris soin de moi ? »</p> <p>80%</p>	<p>« je suis ce que les médecins me disent, ma mère aussi elle cherche mon bien, je dois prendre soin de moi »</p> <p>80%</p>	<p>Jeu sur tablette de sa sœur</p> <p>!!!!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Tristesse 0/10</p>
<p>!!!! !!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Irritable</p> <p>4/10</p>	<p>« Pourquoi les autres sont heureux, moi j'ai mal »</p> <p>60%</p>	<p>« D'autres enfants sont malades aussi »</p> <p>80%</p>	<p>Jeu sur PSP</p> <p>!!!!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Irritabilité 2/10</p>
<p>!!!!!! !!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 7 8 9 10</p>	<p>colère</p> <p>7/10</p>	<p>«Ca va enfler, je vais avoir encore plus mal »</p> <p>70%</p>	<p>«je mets la poche de glace, je fais mon injection, je soulève la jambe et ça passera »</p> <p>90%</p>	<p>Jeu de course moto</p> <p>!!!!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Colère 2/10</p>
<p>!!!!!!! !!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p>	<p>Dégout</p> <p>8/10</p>	<p>« La douleur va augmenter »</p> <p>80%</p>	<p>«je fais ce m'a dit la psychologue, la dernière fois,sans me rendre compte, la douleur a diminué »</p> <p>80%</p>	<p>Course de moto sur tablette</p> <p>!!!!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 6 7 8 9 10</p> <p>Dégout 3/10</p>
<p>!!!!!!! !!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p>	<p>Irritable</p> <p>8/10</p>	<p>« je ne vais pas pouvoir marcher »</p> <p>80%</p>	<p>«il y a des hémophiles âgés, ils ne sont pas handicapés, mes copains (hémophiles) aussi » » 90%</p>	<p>Jeu sur PSP</p> <p>!!!!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p> <p>Irritabilité 1/10</p>
<p>!!!!!!! !!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 8 9 10</p>	<p>Tristesse</p> <p>7/10</p>	<p>« mon genou va enfler je ne pourrai pas marcher »</p> <p>80%</p>	<p>«beaucoup d'autres enfants ont cette maladie, ils marchent, ils ne sont pas handicapés»</p> <p>90%</p>	<p>Jeu sur PSP</p> <p>!!!!!!!</p> <p>0 1 2 3 5 6 7 8 9 10</p> <p>Tristesse 0/10</p>

Le Feed-back des séances : la technique du tableau des quatre colonnes a donné à Kamel la possibilité d'éclaircir ses attitudes émotionnelles. Le changement des idées erronées avec un haut

niveau de croyance a manifestement atténué les affects négatifs qui en découlent. La reformulation et le feed-back ont facilité l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Les idées positives, nous dit-il « Je sens que ma tête s'est allégée ».

La démarche appliquée pour assouplir les schémas dysfonctionnels face à la douleur :

Les buts annoncés à Kamel sont donc :

- Prendre conscience à l'enfant l'existence des schémas ;
- Prendre conscience du poids des inconvénients qu'ils imposent dans les situations de vie et entre autres quand ils sont suractivés en cas de douleur ;
- Prendre conscience de la technique de la balance pour agir sur l'assouplissement du schéma par la technique de pondération ou travail de balance est une technique qui sert à évaluer les avantages et inconvénients du schéma. Le niveau de chaque argument est pondéré.

Pour mener à bien cette démarche nous avons procédé à faire penser à Kamel les avantages et inconvénients des schémas cognitifs les plus hautement scorés selon l'échelle des schémas en phase évaluative ; à savoir : l'autocontrôle insuffisant, la peur de perdre le contrôle ayant pris une valeur de (5), le schéma d'incompétence et de vulnérabilité ont eu une valeur de (4).

Tache assignée :

La tâche qu'il est amené à accomplir serait, en fonction des situations apportées d'énumérer les avantages et inconvénients des schémas identifiés préalablement en phase A du protocole.

L'objectif de ce travail cognitif est de décrire les situations et faire la balance des conséquences positives / conséquences négatives de garder le schéma précoce.

Un tableau de balance ci dessous est remis à l'enfant. Les schémas les plus hauts scorés ayant des valeurs entre 5 et 4 sont activés en situation stressantes ou frustrantes et donc qui impactent sur la douleur sont pris en compte pour assouplissement.

Tableau 32 : Balance des avantages et inconvénients des schémas cognitifs (Kamel)

SCHEMAS	Quels sont les avantages à l'existence de ce schéma ?	Quels sont les inconvénients à l'action des ces schémas/les éléments me prouvant qu'il est néfaste pour moi ?
L'autocontrôle insuffisant scoré à 5	«on exprime sa colère, on la fait sortir, on ne la laisse pas dedans»	« ce n'est pas bien parce qu'on s'énervé facilement et ça fait des problèmes » «on n'a pas la patience, c'est pas bien »
La peur de perdre le contrôle scorée à 5	«on se met la pression pour se contrôler »	« on peut frapper ou faire des problèmes quand on s'énervé beaucoup »
Vulnérabilité scorée à 4	« on ressent les sentiments des autres » « On a toujours peur »	« on se sent faible » « On n'est pas tranquille... on est anxieux... on pense toujours »
Incompétence 4	« les gens font les choses à notre place »	« On sent les autres sont forts et mieux que nous, on n'est pas heureux, on se sent faible »

Le Feed-back des séances : l'accomplissement de cette tâche a demandé un effort attentionnel important. Kamel n'a pas pu donner les réponses de manière spontanée.

La démarche appliquée pour traiter le locus de contrôle :

L'échelle du lieu de contrôle révèle un score de 12/24, situé entre l'internalité et l'externalité. Lors des séances, le discours de Kamel a révélé quelques idées externes retrouvées dans ses réponses au MDI-C aux items : 10 « la chance est contre moi » et 31 répond par non « j'ai de la chance ».

Malgré l'incompréhension de Kamel « pourquoi j'ai cette maladie ? », « pourquoi eux ils sont heureux et moi je suis malade ? » sont des questions qui reviennent souvent, il attribue parfois sa maladie à la malchance mais jamais à l'incompétence des médecins ou à l'inefficacité du traitement auquel il accorde son entière confiance. Malgré les instructions données à Kamel sur les comportements à risque, nous constatons que plusieurs hospitalisations sont motivées par une insouciance des conséquences de ses comportements irréfléchis et un manque de prudence. Il a enjambé le mur du stade pour regarder un match de football, a reçu un coup de pierre sur l'œil et

un esprit d'opposition confirmé par la mère qui nous dit : « il ne prend pas soin de lui ...il fait toujours l'inverse de ce qu'on lui demande ».

Chacune de ses idées externes que nous avons relevé du discours, du tableau des trois et quatre colonnes ainsi que de la technique de flèches descendantes est reprise sur un tableau internalité /externalité puis analysée différemment.

Les techniques de restructuration cognitives sont favorites à l'accomplissement de cette tâche (Tableau N°31).

Nous nous sommes basées sur la méthode socratique suivant laquelle nous invitons Kamel à se questionner par rapport à chaque idée externe: *Comment pourrais-je analyser la situation autrement ?*

Cette technique consiste en une discussion et questionnements aptes à amener le patient à modifier ses opinions en percevant d'autres alternatives de manière à impliquer ses efforts, sa responsabilité, en somme à développer son auto-efficacité au lieu de subir les faits.

Notre intention n'est pas de contredire les propos et croyances de l'enfant mais de lui demander seulement de considérer les faits et d'envisager d'autres interprétations possibles en se posant la question : « Comment pourrais-je analyser cette situation autrement ? » *« La forme interrogative est donc typique des interventions du thérapeute : » est-il bien toujours vrai que... ? » ; « n'y a-t-il pas d'autres solutions ? ; « peut-on dire toujours cela ? » ; « est-ce une règle générale sans exception aucune ? » ; « si on considère le point de vu opposé, qu'est ce qu'on pourrai dire ? »... » J. Cottraux (2004 : 164).*

L'intérêt de l'utilisation de la technique socratique serait d'atteindre ce qu'il est possible de considérer comme une cognition de surface, c'est à dire une règle, une habitude de pensée que l'on proposera de modifier à chaque fois que possible. Les pensées alternatives émanant ainsi du patient permettent de ce fait d'apaiser les émotions négatives et désagréables.

Tableau 33 : Modification del'externalité à l'internalité (Kamel)

Idée a tendance externe	Questions	Idée à tendance interne
« Je n'ai pas de chance »	« est- ce que la malchance est une règle générale, sans exception aucune, dans la vie de Kamel ? »	«ma maladie n'est pas comme d'autres ...les handicapés ou les sourds comme mon cousin... je dois faire attention et suivre mon traitement»
«j'ai doublé plusieurs fois à cause de la maladie »	« c'est la responsabilité de la malchance » « il y a une autre explication possible ? »	«je ne prenais pas soin de moi, je tombais souvent...je dois suivre ce qu'on me dit à l'Hôpital »
« A cause de la douleur et de la maladie je m'absente et mes résultats ne sont pas bons »	« n'y a t-il pas d'autres explications ? »	«je n'ai pas été sérieux (ma zayartch rouhi) je ne dois pas parler en classe et je dois faire plus d'efforts, il faut que je réussisse ma sixième »

Le Feed-back des séances : cette méthode a permis à Kamel d'auto-observer son idéation externe qui favorise une attitude passive induisant une charge émotionnelle négative et qu'en s'impliquant aux efforts des médecins, les conséquences peuvent infléchir sur ses idées, émotions et comportements en donnant un autre sens à la douleur et à la maladie. Il nous dit : « je réfléchis différemment, comme ça c'est mieux ».

Action sur la douleur par la distraction : l'objectif est d'adopter une attitude de décentration en retrouvant un sentiment de contrôle sur sa douleur et en développant des moyens de faire face à sa douleur.

Les sens auditif et visuel sont particulièrement utilisés pour la distraction qui n'est pas une forme passive de diversion de l'attention mais bien une forme active qui altère la perception de la douleur. Plus Kamel se concentre sur le jeu plus il parvient à être absorbé, plus il se décentre de sa douleur qui se trouvera réduite.

N'importe quelle activité agréable peut servir de distraction, mais il était nécessaire de proposer préalablement une liste de moyens de diversion attentionnelle que le patient veut utiliser. Kamel

est très attiré par les jeux vidéo GTA, principalement les jeux sur tablette et la PSP et le brocollage.

Se référant toujours à l'histoire connue de «La petite vendeuse d'allumettes», nous avons expliqué le phénomène neurophysiologique de la concentration et l'imagerie mentale sur l'inhibition du message douloureux ; puis en fonction des centres d'intérêts de Kamel et aussi avec son choix comme activité favori, nous lui proposons l'assignation de la tâche suivante : Kamel devait en un premier temps évaluer sa douleur de 0 à 10 avant et après un jeu électronique de son choix en mobilisant le maximum de concentration soutenue.

Après nette assimilation, nous demandons à Kamel de reproduire sur le tableau des quatre colonnes le score de sa douleur, identifier l'émotion et la cognition qui accompagnent cette douleur puis reporter dans la quatrième colonne l'idée alternative. Kamel doit à ce moment choisir une activité ludique ou intellectuelle nécessitant une concentration soutenue durant une demi-heure ; puis il réévalue le score de sa douleur de 0 à 10 sur une cinquième colonne..

5.2.2. Les techniques émotionnelles :

Elles visent :* La diminution de l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire.

Pratiquement, nous avons suivi les démarches du protocole (voir page 113-114)

* La technique de la relaxation de Jacobson: nous avons initié Kamel à la relaxation. Il a aussitôt assimilé la façon d'obtenir un état de détente physique et psychique qu'il a apprécié. En effet, cette pratique lui permet de réduire et de maîtriser les symptômes anxieux. Dès la première séance, et en raison de la simplicité de cette méthode, Kamel a manifestement intégré la technique en la pratiquant à son domicile deux fois par jour.

Kamel a concrétisé les bienfaits de la relaxation et l'importance du relâchement musculaire sur son bien-être quotidien.

Démarche appliquée pour agir sur le style de coping

L'échelle de faire face à la douleur indique une valeur $F1 = 0,4$. Elle traduit une bonne adaptation quant au support social. Elle se situe au dessus de la ligne 0. La valeur de $F2 = -0,6$ traduit une inadaptation par rapport au recours à l'auto-instruction cognitive. La recherche de distraction $F3$ se situe sur la ligne 0 avec une valeur de 0,0. La recherche d'efficacité $F4 = -0,2$ elle est en dessous de la ligne 0.0 traduisant ainsi une inadaptation.

Nous avons ciblé dans le cas de Kamel à développer l'auto-efficacité et l'auto-instruction cognitive devant la douleur. La restructuration cognitive s'avère un outil par excellence dans l'accomplissement de cette tâche.

Si nous mettons en relation les sous échelles de mauvaise estime de soi, de la faible énergie, du pessimisme et de l'humeur triste de l'échelle de dépression nous réalisons que c'est une suite logique que nous pouvons basculer dans le sens positif si nous agissons sur une auto-instruction cognitive plus positive et adaptée.

Les aspects cognitifs et émotionnels qui sont les vecteurs les plus importants dans les stratégies d'adaptation ont été déjà modifiés et pris en compte par la restructuration cognitive et la relaxation. Le tableau des quatre colonnes a donné à Kamel la possibilité d'élargir ses pensées en envisageant d'autres interprétations possibles, en développant des cognitions alternatives positives.

La présence des schémas cognitifs de peur de perdre le contrôle et d'autocontrôle insuffisant ainsi que la hausse des scores des sous échelles de l'échelle composite de dépression MDI-C d'introversion sociale, de mauvaise estime de soi, le pessimisme, l'anxiété, le sentiment d'impuissance et d'incompétence, sont tous hautement scorés chez Kamel. Ils représentent des facteurs pathogènes en faveur d'un coping passif centré sur l'émotion. Le catastrophisme relevé dans l'échelle de coping face à la douleur s'exprime principalement dans l'anxiété et la dépression.

Kamel a bien pris conscience de l'impact des cognitions, émotions et comportements qui potentialisent le perçu de sa douleur. Il a également concrétisé par le processus de distraction et de relaxation qu'il est compétent, capable d'agir positivement, certainement pas pour abolir la douleur mais l'atténuer pour la rendre supportable ce qui implique une meilleure qualité de vie.

Favoriser un coping actif chez Kamel, c'est encourager la compétence :

Les stratégies centrées sur le problème que nous visons à développer chez Kamel cernent le développement de comportements efficaces face à la douleur la douleur. L'équipe médicale (médecins et infirmiers) ainsi que l'association lui a permis de se former et d'avoir les connaissances suffisantes et nécessaires sur l'hémophilie. L'éducation thérapeutique sur cette maladie est offerte par des médecins, des infirmiers (ères), et même des laboratoires qui offrent des trousseaux de soins pour permettre à l'enfant de s'auto-injecter le produit (Facteur VIII).

Malgré l'acquisition d'une instruction suffisante, sur l'évolution, les risques et l'auto-médication...Kamel n'a pas eu le courage de faire son injection de façon autonome. Encourager cette compétence en procédant par le modeling, en citant Sofiane et d'Iheb qui ont acquis ce

geste. Notre objectif est de renforcer son auto-efficacité et son autonomie ; aussi nous avons accompagné Kamel en salle de soins pour accomplir cet acte en présence de l'infirmière du service de pédiatrie. Kamel a enfin réussi de faire son injection tout seul.

D'un autre coté, l'échelle de dépression montre que le sentiment d'impuissance porte une note T=67. Elle se trouve dans le seuil pathologique de faible à modéré. Il est corrélé avec le schéma cognitif d'incompétence (4) avant même la prise en charge. Le tableau des quatre colonnes et la technique de pondération des schémas a permis une prise de conscience des émotions et comportements automatiques qui augmentent et/ou entretiennent la douleur. Kamel s'engage alors à apprendre à utiliser un éventail de réponses de coping plus adapté.

Les techniques comportementales incitent Kamel à l'entraînement à la compétence et à encourager son auto-efficacité. Plus il s'implique plus il accroît son autonomie. Nous avons procédé pour cela à :

1/ - modifier son degré d'implication : tenir un carnet de récompense pour chaque comportement à risque évité. L'objectif est de responsabiliser Kamel sur les conséquences de ses actes et développer un coping actif qui est une stratégie active d'adaptation en utilisant le conditionnement opérant. Cette stratégie thérapeutique permettrait de développer par la même occasion un lieu de contrôle interne.

2/ agir sur un degré cognitif ou motivationnel pour changer ou maîtriser la situation de douleur (utilisation du tableau des quatre colonnes de Beck ainsi que par les exercices de diversion attentionnelle).

En évaluant les scores de l'intensité de la douleur avant et après effort attentionnel soutenu, Kamel a réalisé de lui-même qu'il est capable de réduire sa douleur. En effet les scores ont diminué de 1 à 4 points notés par le patient sur le tableau des quatre colonnes.

Pour cela, des objectifs sont fixés à travers une assignation des tâches d'auto-renforcement positif à domicile qui consistent à :

*consolider les acquis

*S'accorder des récompenses suite à chaque effort autonome réalisé

* s'investir d'avantage sur l'amélioration de son rendement scolaire.

5.2.3. Les techniques comportementales :

Elles ciblent la modification des interactions mère/enfant par conditionnement classique et conditionnement opérant. Les réponses comportementales nous sont fournies par l'observation et

l'entretien clinique nous offre la possibilité d'analyser le type de conditionnement de l'enfant à la douleur.

Le conditionnement classique : L'approche comportementale explique que la douleur chronique et les comportements douloureux associés sont influencés par des processus de conditionnement ; la douleur chronique est pour cela un comportement appris. L'analyse des réactions comportementales se traduit en général chez Kamel par l'évitement : s'isoler, s'allonger, interrompre toute activité, pleurer, crier...

La mère favorise les attitudes de passivité en incitant au repos : « quand il a mal, je lui dis de s'allonger ». Elle renforce la passivité par en favorisant le conditionnement classique calqué sur le modèle Stimulus (douleur)/ Réponse (passivité).

Les stratégies d'intervention sont axées sur une implication empathique de la mère qui est déjà bien formée et informée sur la maladie de son fils.

En situation de douleur, Mme B n'est souvent pas sécurisante: « Elle est occupée à faire le ménage ... je sens qu'elle ne me ressent pas... elle me dit tu es habitué à ta maladie... parfois, elle ne me comprend pas ». En termes de Jean Bowlby, l'attitude maternelle est accessible mais perçue par Kamel comme pas suffisamment sécurisante puisqu'elle manque de disponibilité et de sensibilité. La prise de conscience de la mère de cette attitude inadéquate génère une anxiété et un sentiment d'insécurité qui n'aide pas Kamel à gérer ses émotions et par conséquent faire face à sa douleur de façon adéquate.

L'anxiété est traduite chez Kamel par un comportement provocateur et oppositionnel. La mère doit mobiliser des ressources de savoir faire et être dans la gestion de la situation de douleur avec efficacité. Elle doit être sécurisante en répondant à trois attitudes : en étant disponible, sensible et accessible afin de transmettre de la sécurité et de la quiétude à son enfant.

Nous avons favorisé des liens mère/enfant sécurisants, enrichis en communication positive et empathique afin de palier au sentiment d'insécurité et d'impuissance apprise. Mme B nous rapporte : « il n'est pas courageux » en dépit des efforts qu'il fournit pour faire son injection.

Kamel est frustré d'être dispensé de l'activité sportive scolaire ; il le vit comme une exclusion. Son retard scolaire et sa prise de poids reflètent une image dévalorisante de ses camarades qui l'insultent. Frustré de ce rejet, Kamel s'affirme par l'agressivité et la provocation. Nous avons à ce moment recommandé de favoriser les relations avec les pairs en valorisant les jeux collectifs

sans danger pour Kamel comme les jeux de société, domino, jeux de carte au lieu des jeux physiques et agressifs.

Le conditionnement opérant : Le conditionnement opérant ou instrumental est un processus d'apprentissage impliquant le changement de la probabilité d'une réponse par manipulation des conséquences de celle-ci. Il permet une analyse du comportement observable dans ses relations et ses conséquences. Le comportement de la douleur peut favoriser des gains secondaires ; la manière de se comporter, en état douloureux. Elle peut même augmenter ou diminuer la perception de la douleur. Le comportement de douleur renforcé positivement peut augmenter la perception de la douleur.

La grille entretiens et les entretiens cliniques nous offrent certains aspects des comportements maternels inadéquats qui entretiennent la douleur. Un programme de conditionnement opérant consiste à :

1/ la réduction des bénéfices secondaires dont les plus importants chez Kamel sont : l'absentéisme qui est un facteur qui influe fortement sur son rendement scolaire et qui crée un décalage chronologique qui l'isole du groupe des pairs ce qui renforce sa différence et compromet son devenir scolaire. A cet effet, la mère ne doit inciter à l'absentéisme qu'en cas d'hospitalisation ou indication médicale.

2/ la mère doit récompenser les comportements autonomes et positifs les plus anodins, principalement ceux qui concernent l'auto-efficacité face à la douleur. Pour tout effort fourni par Kamel, nous avons recommandé à la mère d'exercer un renforcement positif verbal ou gestuel (conditionnement opérant) comme récompense affective en verbalisant sa satisfaction. Une attitude positive et valorisante favoriserait une bonne estime de soi chez Kamel et reflèterait une image positive de lui-même.

Pour une attitude maternelle adéquate : Afin d'influencer de manière positive la qualité des soins maternels et des interactions mère/enfant qui constituent un aspect fondamental de la prise en charge, nous avons établi un programme d'intervention qui vise directement ses dimensions comportementales en intervenant sur les aspects relationnels de la dyade mère/enfant ont modifié la perception de la douleur. Nous avons ciblé et intervenu sur les points suivants :

1/ Encourager un changement de discours en utilisant comme outil la reformulation et l'empathie. Développer une communication positive avec empathie évitant la banalisation, «Tais-toi, va t'allonger, tu es habitué à ta maladie » qui potentialisent le sentiment d'insécurité et l'anxiété de Kamel. Eviter les propos négatifs et culpabilisants « les voisins me

disent : il t'a fatigué » « les autres ne sont pas comme lui... je n'ai pas râlé après eux, mais avec lui je crie tout le temps... », qui reflètent à Kamel une image négative de lui-même. L'attitude de la mère ne doit être ni l'amplification ni la banalisation mais dans l'écoute empathique offrant une base de sécurité suffisamment contenant. Ne pas évoquer une opinion dévalorisante « il n'est pas courageux » « il est brutal », ni renforcer le sentiment d'impuissance « Il me fait de la peine ».

2// Le style d'attachement mère/enfant dans le cas de Kamel est insécure. Il sent que sa mère lui accorde peu d'importance, qu'elle n'est pas suffisamment à son écoute ne faisant pas preuve de disponibilité. Il perçoit sa mère comme peu affectueuse. Il s'agit dans ce cas de clarifier à Mme B l'impact du ressenti de son fils à son égard sur la frustration des besoins affectifs de Kamel qui se traduisent parfois par des comportements provocateurs voir même insolents.

3/ Renforcer les liens d'attachement : Le lien d'attachement mère/enfant fait référence aux aspects relationnels servant à réguler l'excitation stressante de l'enfant ou son sentiment de vulnérabilité. Un rapprochement par des soins physiques de massage par exemple, répondrait à la frustration de Kamel qui l'assimile à de l'incompréhension.

4/ Sensibilité de la mère à la douleur, qui vise la réceptivité aux signaux de détresse et l'amélioration de l'écoute. Donner le temps nécessaire à Kamel et favoriser l'expression verbale des affects le moment où il a mal.

5/ Le ressenti de M.B par rapport à la maladie de son fils est révélé dans grille d'entretien. Elle est perçue comme une souffrance. Elle la vit comme une épreuve ; souvent comme une injustice « pourquoi moi, les autres mères sont tranquilles » ; elle répond par souvent à (la maladie de mon enfant est une épreuve pour moi).

6/ Le soutien perçu de Mme B est suffisant. Elle évoque que son mari est très patient, c'est lui qui se déplace pour chercher le Facteur VIII chaque mardi de l'hôpital ; il l'accompagne pour faire son injection.

Deux séances ont été consacrées à Mr B afin de l'orienter vers un cadrage du comportement provocateur de son fils. La violence est loin d'être un moyen éducatif sinon destructeur. Mr B est appelé à faire preuve d'autorité constructive dont le but est de mettre des limites même si son enfant est malade.

Feed- Bak : Mme B reconnaît, et s'autocritique comme étant toujours accablée par les travaux ménagers. Elle a pris conscience de certains comportements inadéquats dont elle ignorait l'effet négatif. Son manque de disponibilité entrave significativement la sécurité affective de son enfant. Les bénéfices secondaires entretiennent la maladie et la douleur. L'image négative qu'elle renvoie à son fils à travers les critiques répétées réduit impactent sur l'estime de soi.

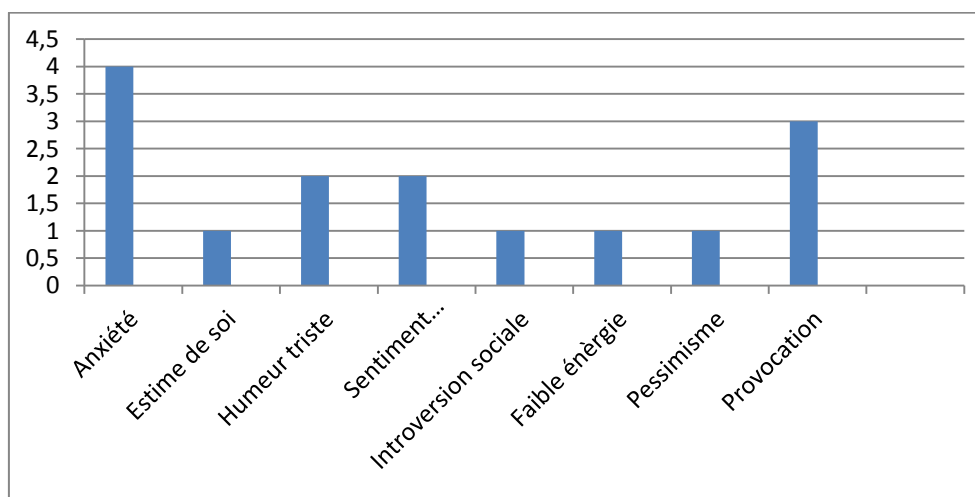
L'intérêt de Mme B pour la prise en charge s'est concrétisé par l'incitation de Kamel à l'autonomie pour faire son injection tout seul tout en verbalisant les actes positifs et courageux de son fils (renforcement positif).

5.3. PHASE B (post-test : réévaluation) :

Réévaluation de l'échelle de dépression MDI-C :

Les notes brutes transformées en Notes T aux huit échelles de la MDI-C sont les suivantes :

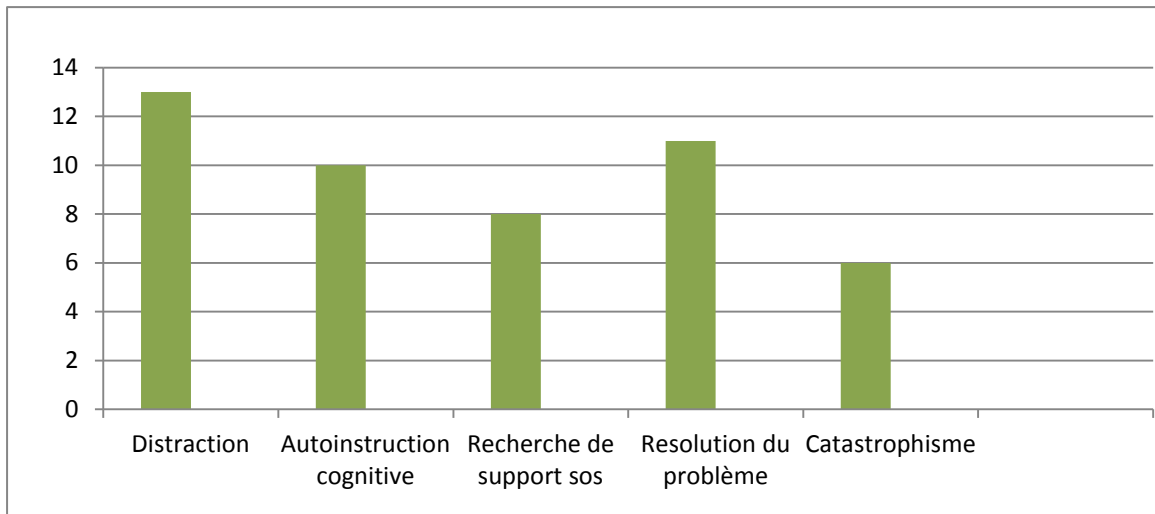
- Anxiété = 4 qui équivaut à une Note T de 56
- Estime de soi =1 qui équivaut à une Note T de 54
- Humeur triste =2 qui équivaut à une Note T de 61
- Sentiment d'impuissance = 2 qui équivaut à une Note T de 56
- Introversion sociale =1 qui équivaut à une Note T de 54
- Faible énergie =1 qui équivaut à une Note T de 49
- Pessimisme =1 qui équivaut à une Note T de 49
- Provocation =3 qui équivaut à une Note T de 53



Histogramme 23 : Réévaluation des sous-échelles de dépression (Kamel)

L'interprétation des résultats révèle que les Notes T inférieures à 56 indiquent l'absence de symptomatologie en relation avec une dépression. La réévaluation révèle dans le cas de Kamel un score global de **15**, il correspond à une Note T = **54** sur le tableau d'étalonnage (Annexe 7) qui est inférieure de 56. Cela indique l'absence d'une symptomatologie dépressive.

Résultats de l'échelle du coping face à la douleur (PPCI) de Kamel :



H

istogramme 24 : Réévaluation des sous-échelles de coping (Kamel)

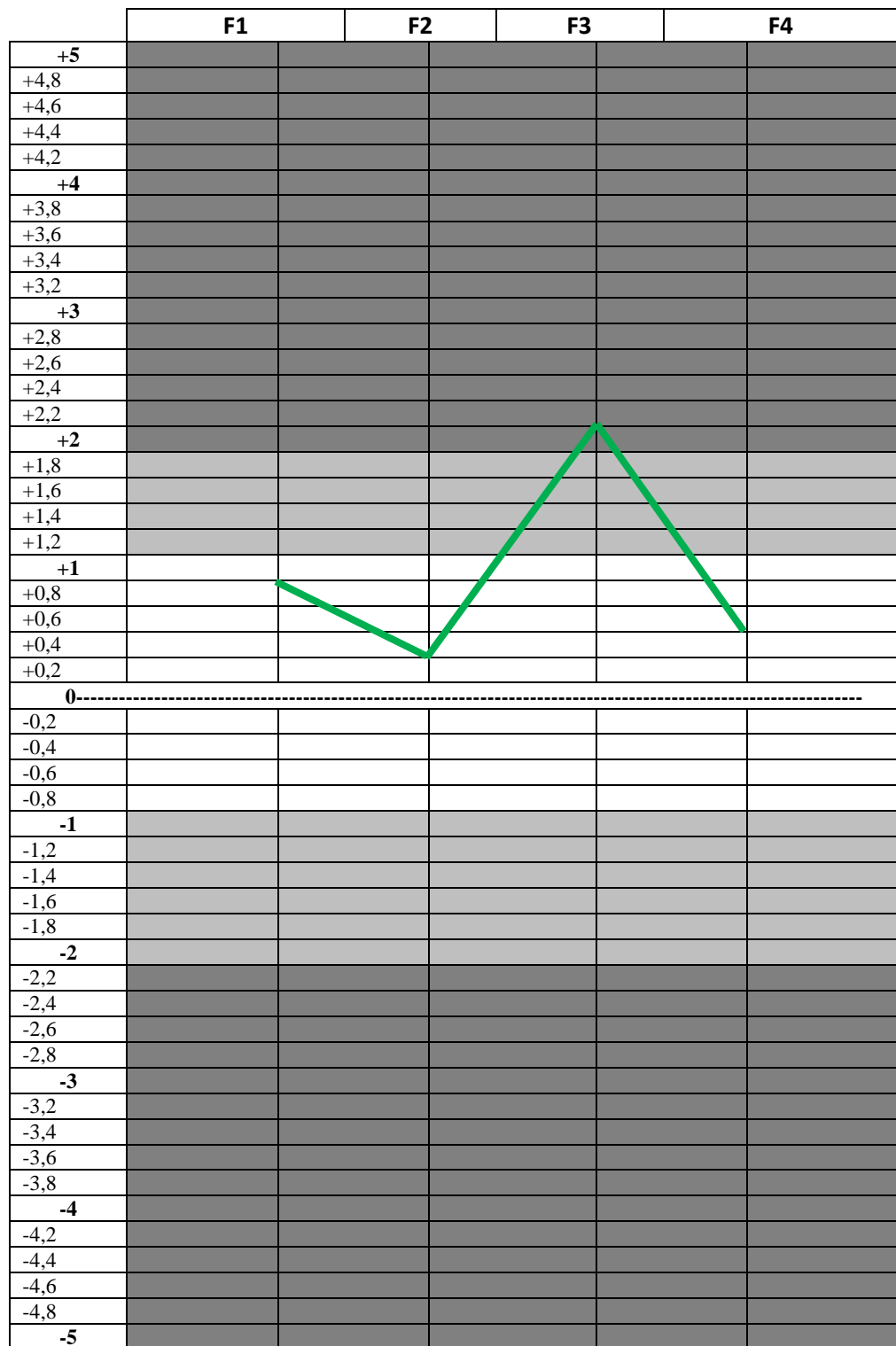
Les scores obtenus sont :

- la distraction =**13**
- l'auto instruction cognitive =.....**10**
- la résolution du problème =**12**
- la recherche d'un support social = **08**
- le catastrophisme =**06**

- Le facteur **F1** obtenu après addition des scores des items : 1, 3, 4, 5, 8, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39 et 41 = **18** qui correspond à **0,8** en note transformée selon le tableau d'étalonnage (Annexe 10). 0.8 indique un coping adapté en recherche de support social.
- Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **12** qui correspond à **0,2** en note transformée selon le tableau d'étalonnage. 1.4 se situe en dessus de la ligne 0, elle indique un coping adapté en recours à l'auto-instruction cognitive.
- Le Facteur **F3** est obtenu après l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **12** qui correspond à **2,0** en note transformée sur le tableau d'étalonnage. Elle se situe en dessus de la ligne 0, elle indique un coping adapté en recherche de distraction.
- Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = **6** qui correspond à **0,4** en note transformée selon le tableau d'étalonnage 0.4 se situe en dessus de la ligne 0 ; elle indique un coping adapté en recherche d'efficacité.

La reproduction des chiffres sur le graphe nous permet de visualiser un tracé qui met en apparence une zone située en dessus de la ligne 0 ce qui indique l'utilisation de stratégies adaptées de façon harmonieuse face à la douleur chronique. (Voir feuille de profil N°10).

Feuille de profil N°10



Légende : (F1) Recherche de support social

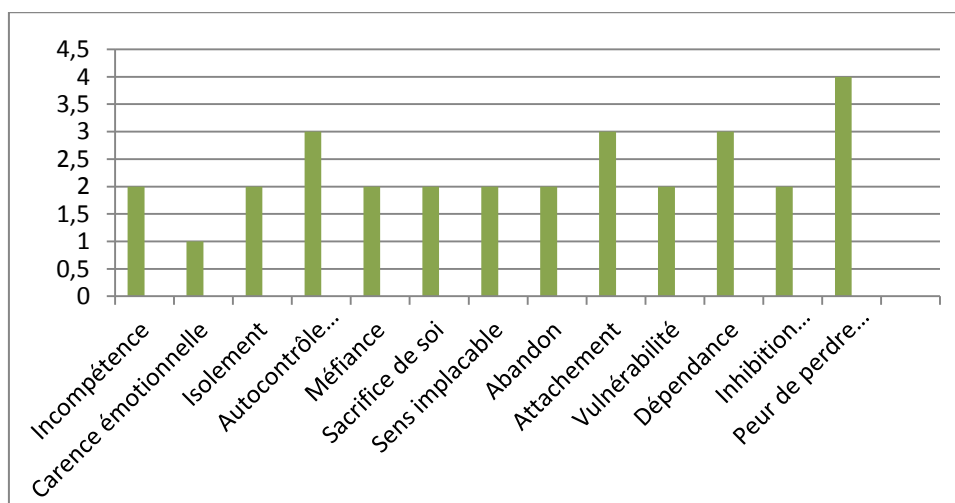
(F2) Recours à l'auto instruction cognitive

(F3) Recherche de distraction

(F4) Recherche d'efficacité

Résultat de l'échelle des schémas précoces de l'enfant :

SCHEMAS	SCORES
Incompétence	2
Carence émotionnelle	1
Isolement	2
Autocontrôle insuffisant	3
Méfiance	2
Sacrifice de soi	2
Sens moral implacable	2
Abandon	2
Attachement	3
Vulnérabilité	2
Dépendance	3
Inhibition émotionnelle	2
Peur de perdre le contrôle	4



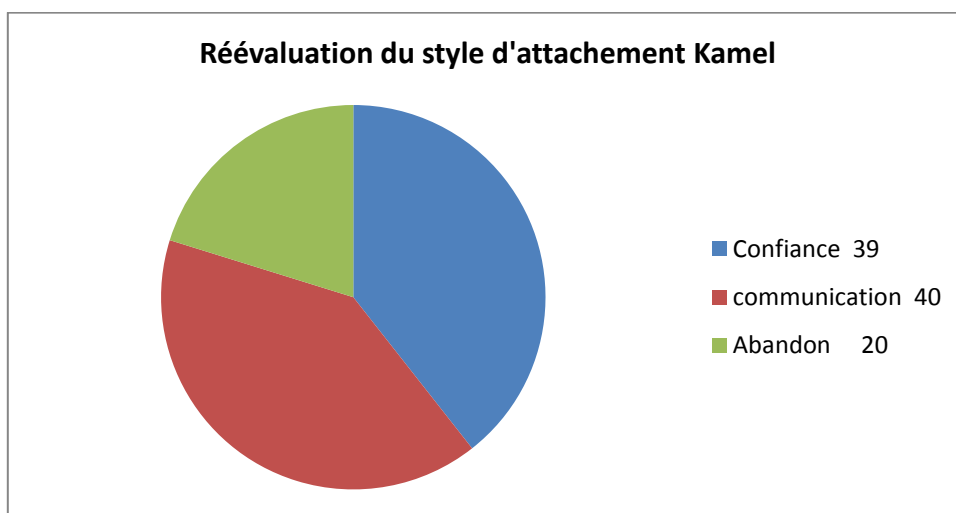
Histogramme25 : Réévaluation des Schémas cognitifs (Kamel)

L'addition des notes obtenues aux deux questions relatives à chacun des schémas nous indique la présence de ce dernier. Un schéma est considéré « présent ou actif » si le sujet donne la réponse maximale très souvent (3 points) aux deux items correspondant au schéma.

Le seul schéma présent prenant 4 points dans le cas de Kamel (comme le montre l'histogramme) est celui de la peur de perdre le contrôle. Tous les autres schémas ayant pris une note inférieure à 4 sont considérés comme absents ou inactifs.

Résultats de l'Inventaire de l'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA) (rubrique attachement à la mère seulement) :

- Le score obtenu en confiance (il différencie les adolescents « Sécures » des adolescents « évitant » des « ambivalents ») = **39**
- Le score obtenu en communication = **40**
- Le score obtenu en sentiment d'abandon (il différencie les adolescents « sécures » des adolescents « ambivalents ») = **20**



Secteur 8 : Réévaluation des composantes du style d'attachement (Kamel)

Afin d'obtenir un score global de sécurité, il suffit d'additionner les scores de confiance et de communication, puis diviser pour obtenir une moyenne.

La moyenne des scores de confiance et de communication est de **4,1**.

La moyenne du score de sentiment d'abandon est de **3,3**.

Le protocole de Kamel indique une augmentation de la moyenne des scores de confiance et de communication et une baisse de la moyenne du sentiment d'abandon; ce qui permet de dire que Kamel a un style d'attachement «sécure ».

Résultat de l'échelle de lieu de contrôle :

Plus les valeurs augmentent vers **24** (valeur optimal), plus le lieu de contrôle tend vers l'internalité. Inversement, si la valeur baisse vers le **0**, elle implique un lieu de contrôle externe. La réévaluation dans le cas de Kamel, permet de relever une amélioration de la note de l'internalité qui est passée de **12** à **18**. Il est de ce fait en faveur d'un lieu de contrôle qui tend plus vers l'internalité que vers l'externalité.

5.4. DISCUSSION DES RESULTATS :

La réévaluation à travers les deux échelles : échelle composite de dépression (MDI-C) ou l'échelle de faire face à la douleur pédiatrique (IPPA) révèlent que l'application des techniques thérapeutiques cognitives et comportementales a fait ses preuves quant à l'amélioration des stratégies de faire face à la douleur en modifiant aussi bien le sens accordé à la douleur par la restructuration cognitive que par le comportement et l'émotion qui en découlent. Les feuilles de profil 9 et 10 nous permettent de voir les progrès réalisés de manière objective.

En effet le score de dépression a diminué. Il est passé de **31** pour une note T = **64** à un score de **15** pour une note T = **54** sur le tableau d'étalonnage (Annexe 7).

La première évaluation, avant la mise en œuvre le protocole thérapeutique a marqué une dépression faible à modérée, la seconde marque l'absence de dépression. Le tableau ci-dessous montre les modifications des Notes T des sous-échelles entre la première et la seconde évaluation.

Tableau 34 : Echelle de dépression MDI-C (Kamel) (Notes T du Test-Retest)

Sous échelle	Evaluation 1 (Note T)	Evaluation 2 (Note T)	Différence
Anxiété	63	56	07
Estime de soi	63	54	09
Humeur triste	67	61	06
Sentiment d'impuissance	67	56	11
Introversion sociale	54	54	00
Faible énergie	54	49	05
Pessimisme	55	49	06
Provocation	65	53	12

Si nous analysons les Notes T dans un sens descendant, nous remarquons que la Note T= 67 de la sous-échelle d'humeur triste a diminué de 6 points seulement (T=61). Elle est passée du seuil de sévérité au seuil de la modération. Par ailleurs, la Note T de pessimisme =55 a réduit de 06 points T= 49 indiquant un seuil normal. Celle de la provocation T= 65 qui se situait dans le seuil de la modération (entre 56 et 65) a réduit considérablement de 12 points; il est passé de la note T=65 à la note T= 53 qui traduit l'absence de comportements provocateurs significatifs.

Le score de la sous-échelle d'anxiété a diminué de 07 points avec une Note T = 56 qui est passée du seuil de sévérité au seuil de la modération. Celle de la mauvaise estime de soi a nettement

régressé de 09 points ; cette différence permet de passer du seuil de modération à l'absence du symptôme pathologique.

La faible énergie a baissé de 05 points. La note T est passée de 54 à 49 situant ainsi Kamel en dehors des seuils pathologiques. Le sentiment d'impuissance a réduit de 11 points. La Note T est passée de 67 seuil d'une symptomatologie modérée à sévère à une Note T= 56 qui tend plus vers le pôle de la faiblesse que vers la modération

La Note T de l'introversion sociale est resté par ailleurs identique ; aucune différence n'est marquée entre les deux évaluations. Elle est corrélée avec l'absence du schéma d'isolement inactivé dans les deux évaluations.

En ce qui concerne les stratégies d'adaptation face à la douleur, le tableau si dessous nous montre les différences entre la première et seconde évaluation :

Tableau 35 :Les scores de l'échelle de coping (Kamel) (Test- Retest)

Sous échelles	Evaluation 1	Evaluation 2
Distraction	08	13
Auto-instruction cognitive	09	10
Résolution du problème	05	11
Recherche d'un support social	05	08
Catastrophisme	09	06

Nous pouvons remarquer que les scores de distraction, d'auto-instruction cognitive, de résolution du problème et de recherche de support sociale a augmenté de 1 à 6 points et une diminution du score de catastrophisme.

La résolution du problème de l'échelle de coping qui est passée de 05 à 11 ; la distraction de 08 à 13, l'auto instruction cognitive qui a augmenté de un point seulement : de 9 à 10.

Le score du catastrophisme a régressé de 3 points seulement : de 09 à 06. Face à la douleur, Kamel a développé des compétences consistant à trouver une solution au problème. Ce résultat est corrélé avec le sentiment d'impuissance de l'échelle de dépression qui a réduit de 11 points. La Note T est passée de 67 seuil d'une symptomatologie modérée à sévère à une Note T= 56 qui tend plus vers le pôle la faiblesse que vers la modération.

La stratégie de soutien sociale a pris la même valeur aussi bien au test qu'au re-test. Devenant acteur dans le cours et l'évolution de sa maladie, Kamel met en œuvre ses propres compétences pour gérer sa douleur (relaxation, auto efficacité, restructuration cognitive) tout en étant dépendant à son entourage. Malgré l'absence du schéma cognitif de dépendance (3), l'échelle de coping montre que Kamel a toujours besoin d'un appui familial compréhensif pour faire face à sa

douleur. En effet, cette attitude est confirmée par l'élévation de la recherche du soutien social qui augmente de 05 à 08 sur l'échelle de coping.

Concernant les schémas cognitifs, le tableau ci dessous nous montre les différences entre la première et seconde évaluation :

Tableau 36 :Les scores de l'échelle des schémas cognitifs (Kamel) (Test-Postest)

Schéma	Evaluation 1	Evaluation 2
Incompétence	4	2
Carence émotionnelle	3	1
Isolement	3	2
Autocontrôle insuffisant	5	3
Méfiance	2	2
Sacrifice de soi	2	2
Sens moral incapable	3	2
Abandon	3	2
Attachement	3	3
Vulnérabilité	4	2
Dépendance	3	3
Inhibition émotionnelle	3	2
Peur de perdre le contrôle	5	4

L'échelle des schémas cognitifs montre que les scores des schémas sur lesquels nous avons agit, ont diminué de 1 à 2 points. Le schéma qui a réduit son activité de 2 points est celui du schéma d'incompétence et de vulnérabilité.

Le schéma de peur de perdre le contrôle dont le contenu est la peur de réagir impulsivement a régressé de 5à4 ; il reste de ce fait activé ; il va dans le même sens de la réduction de l'anxiété de l'échelle de dépression dont la note T a réduit de 15 points. Kamel le confirme en nous disant qu'il n'est plus provocateur comme avant, il ne se dispute plus avec ses copains et ne cause plus de problèmes à la maison. La relaxation et la restructuration cognitive ont été bénéfiques pour réduire et gérer le stress généré par la douleur et la maladie.

Le schéma de carence émotionnelle et d'abandon ont prit la valeur de 3 ; ils sont inactifs depuis la première évaluation. Dans la seconde, le schéma de carence émotionnelle a réduit de 2 points. La facilité du travail sur le style d'attachement qui est passé d'un style insécure à un style sécure est expliquée par l'absence du schéma d'abandon .En effet la réévaluation montre que la moyenne du sentiment d'abandon (3,3) est inférieure à celle de la communication et de la

confiance (4,1). Dans le cas de Kamel nous pouvons expliquer cette corrélation par la qualité de la relation mère/enfant dont la communication s'est améliorée.

La recherche du support social en coping qui a augmenté de 3 points avec un score qui est passé de 05 à 08 points dans la seconde évaluation. Kamel a toujours besoin des autres pour faire face à ses difficultés tout en mettant en œuvre des stratégies adaptées telle que la recherche de solution, l'auto instruction cognitive et la distraction.

Parallèlement, le schéma d'attachement nous révèle une stabilité dans les deux évaluations. Le schéma d'attachement dont le contenu fait référence à l'incapacité de se détacher de l'opinion et des influences des parents, s'est stabilisé à (3) dans les deux évaluations ; ce qui implique une autonomie à peu près au même rythme avec le schéma de dépendance qui est maintenu à (3).

Cliniquement Kamel est plus enthousiaste. Il se sent plus efficace et autonome. La restructuration cognitive a développé chez Kamel un changement de dialogue interne qui est devenu plus positif. L'auto-efficacité a agi comme une composante de contrôle. La réduction du sentiment d'impuissance a modifié la perception et la capacité à agir sur sa douleur.

5.5. PHASE D'ENTRETIEN :

Notre objectif à ce stade est la prolongation de la méthode de restructuration cognitive pour laquelle le patient est convenablement bien entraîné. Nous avons ciblé comme objectif l'amélioration des sous échelles ayant entretenu la dépression à l'intervalle de modération. Nos efforts vont être orientés vers la réduction de l'humeur triste, l'anxiété et le sentiment d'impuissance par l'entraînement à la compétence, situé dans le seuil de la légèreté du symptôme.

Kamel fait des progrès quant à son apparence. Sa mère, satisfaite de la prise en charge, nous révèle qu'il lui fait moins de problèmes à la maison. L'école n'envoie plus de convocation des parents. « Il est moins provocateur qu'avant...il fait ses devoirs sans qu'on lui crie. Avec ses sœurs. S'intéresse aux cours supplémentaires, fait ses révisions ».

Les progrès cognitifs, émotionnels et comportementaux induits par la restructuration cognitive ainsi que le travail sur les schémas cognitifs ont offert à Kamel une nouvelle manière de percevoir la douleur et donc d'améliorer les stratégies de coping.

Par l'utilisation de la distraction, il a pu diminuer les scores de douleur, ce qui a renforcé son sentiment d'efficacité. « Maintenant, je sais ce que je dois faire quand j'ai mal, ça ne sert à rien de pleurer ».

Nous informons Kamel sur la nécessité d'entretenir les acquis et continuer notre collaboration afin de réduire les symptômes de dépression au minimum possible, ce qui impose un suivi régulier et prolongé, étalé sur les trois mois qui suivent mais sur une périodicité de deux séances par mois. Une prolongation des séances de relaxation est maintenue à cette phase pour favoriser le contrôle émotionnel.

5.6. CONCLUSION :

L'impact de la douleur dans le cas de Kamel se traduit par une dépression modérée avec un style de coping centré sur l'émotion. L'évaluation primaire induit un vécu subjectif négatif et stressant de la douleur. Kamel estime ses ressources personnelles comme excédant ses limites. Il fonctionne avec un lieu de contrôle limite externe en attribuant sa maladie à la malchance, il la subit dans la passivité.

Le programme d'autogestion proposé dans ce protocole est de donner à Kamel un rôle actif dans le contrôle de sa douleur chronique. Le protocole de notre étude insiste sur le fait d'apprendre ou réapprendre à l'enfant à adopter un comportement adapté face à la douleur. Les stratégies d'intervention sont axées alors sur l'implication aussi bien de l'enfant que de la mère, non pas en tant qu'individus mais comme acteurs dans le vécu de la douleur.

L'analyse des réactions comportementales jusque là traduites par l'évitement (s'allonger, interrompre l'activité, crier, pleurer...), cognitives (catastrophisme) renvoient à l'impuissance apprise. C'est en effet une dimension subjective qui limite les stratégies de coping au niveau émotionnel et comportemental.

L'application du protocole a montré à Kamel le rôle actif qu'il peut avoir dans la modification de ses cognitions, émotions et comportements. La démarche thérapeutique nous a permis d'orienter le patient vers d'autres modalités cognitives et comportementales pour mettre fin aux styles de coping mal adaptés. Le renforcement de l'auto-efficacité a favorisé le contrôle perçu qui est un facteur salutogène. La restructuration cognitive et l'assouplissement des schémas ont donné la capacité de Kamel d'estimer ses capacités et ressources dont il dispose et ignore ou juge insuffisantes pour faire face à sa douleur.

Il en résulte un changement du lieu de contrôle de l'externalité vers le pôle de l'internalité. Par l'utilisation de la distraction, Kamel a pu diminuer les scores de la douleur de 1 à 4 points.

Le processus de diversion attentionnelle a significativement agit sur l'intensité de la douleur. L'apprentissage par décentration contribue à la gestion de la douleur.

Le conditionnement classique et opérant et les thérapies cognitives par la restructuration cognitive nous ont favorablement aidé à modifier les comportements douloureux aussi bien pour Kamel que pour sa mère. En effet, la modification des comportements et attitudes maternels a permis dans le cas de Kamel un rapprochement dans la relation et un enrichissement des interactions traduit par une communication positive, et surtout empathique et efficace qui s'inscrit dans un style d'attachement sécurisé.

La réévaluation des échelles appliquées, prouve l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives. Les signes pathologiques d'anxiété et de dépression ont nettement diminué. Les quinze premières séances ont marqué une nette amélioration. Les TCC ont été d'une grande efficacité ; nous avons pu atteindre les objectifs fixés.

CHAPITRE V

SYNTHESE COMPARATIVE DES

CINQ CAS ET REPONSE

AUX HYPOTHESES DE L'ETUDE

CHAPITRE V

SYNTHESE COMPARATIVE DES CINQ CAS ET REPONSE AUX HYPOTHESES DE L'ETUDE

1. Introduction :

Nous allons dans ce chapitre présenter les résultats des différentes évaluations concernant les cinq cas recrutés dans notre étude en se basant sur les composantes du protocole thérapeutique que nous leur avons appliqué et qui sont: la dépression, le coping, l'attachement, le lieu de contrôle, les schémas cognitif et enfin diversion attentionnelle face à la douleur.

Les résultats sont présentés pour chaque composante avec les scores obtenus au test (avant la mise en œuvre du protocole) et les scores obtenus au post-test (après l'achèvement du protocole thérapeutique).

Chaque tableau est suivi d'une synthèse qui nous permettra de confirmer ou infirmer nos hypothèses opérationnelles que nous ferons suivre d'une synthèse générale des cinq enfants de l'étude nous donnant ainsi la possibilité de vérifier l'hypothèse principale de l'étude.

2. Présentation, analyse des résultats et vérification des hypothèses :

2.1. Présentation, analyse des résultats et vérification de l'hypothèse opérationnelle(a) :

Tableau 37 : Comparaison des Notes T au Test-Retest de l'échelle de dépression des cinq cas

	Note Globale		Note T		Seuils pathologiques	
	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test
Cas 1 Safia	34	11	64	48	Légère, tend vers la modération (56-65)	Absence de dépression
Cas 2 Tarik	43	21	72	59	Modérée tendance sévère (75 et plus)	Faible à modérée (56-65)
Cas 3 Sofiane	32	14	65	53	Tendance Modérée (56-65)	Absence de dépression
Cas 4 Iheb	19	10	57	49	une dépression faible (56)	Absence de dépression
Cas 5 Kamel	31	15	64	54	Tendance vers la modération (56-65)	Absence de dépression

La lecture de ce tableau nous donne la possibilité de noter une nette amélioration des notes globales chez tous les enfants de l'échantillon de l'étude. Cette différence est respectivement de 23, 22, 18 et 09 points. Nous relevons d'après les Notes T de l'échelle de dépression MDI-C que

le degré de sévérité de la dépression a nettement diminué entre la première et la seconde évaluation. Chez les cinq cas étudiés, nous pouvons constater une réduction de la symptomatologie dépressive. Les cas 1,3 ,4 et 5 ont marqué l'absence de dépression lors de la seconde évaluation. Le cas 2 a présenté une dépression qui frôle la sévérité avant la prise en charge qui a réduit en dépression faible après la thérapeutique. Cet aboutissement implique l'efficacité du protocole thérapeutique mis en œuvre dans l'étude. Les thérapies comportementales et cognitives ont été d'un apport bénéfique sur la dépression induite par la douleur chronique.

Nous aurons affirmé de ce fait l'hypothèse opérationnelle (a) de l'étude qui stipule que la restructuration cognitive diminue les scores de la dépression secondaire à la douleur chronique.

L'affirmation de cette hypothèse se concrétise aussi à travers les valeurs des sous échelles présentées dans le tableau ci-dessous qui nous montre clairement l'amélioration des scores concernant les symptômes qui constituent la dépression.

Tableau 38 : Comparaison des sous-échelles de dépression MDI-C des cinq cas

CAS	1 Safia		2 Tarik		3 Sofiane		4 Iheb		5 Kamel	
	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test
Anxiété	63	53	70	56	63	48	56	53	63	56
Estime de soi	59	55	67	58	68	58	54	44	63	54
Humeur triste	63	44	72	61	65	61	65	56	67	61
Sentiment d'impuissance	67	40	69	56	56	56	60	56	67	56
Introversiion sociale	58	52	70	61	75	67	44	44	54	54
Faible énergie	61	40	65	61	65	54	61	54	54	49
Pessimisme	67	40	68	60	66	40	55	49	55	49
Provocation	51	55	53	49	49	43	53	43	65	53

Les émotions relevées dans le syndrome dépressif des cinq cas recrutés dans notre étude sont négatives. Elles proviennent d'une idéation négative qui génère une humeur triste et une vision pessimiste de soi, du monde extérieur et de l'avenir. Le tableau ci-dessus révèle que l'anxiété, l'humeur triste ainsi que le sentiment d'impuissance sont des facteurs pathogènes retrouvés de façon commune chez tous les cas de l'étude. En dépit des degrés de sévérité de la dépression qui diffère d'un enfant à un autre, la présence de ces composantes potentialise la dépression.

En effet, **l'anxiété** s'avère une composante qui est présente chez tous les cas lors de la première évaluation. Elle varie de presque sévère (70 chez Tarik) à faible (56 chez Iheb). Comme trouble d'adaptation, grâce à l'apprentissage de la relaxation, du contrôle respiratoire et de la restructuration cognitive, les scores de l'anxiété se sont éloignés du seuil pathologique chez trois cas Safia, Sofiane et Ihab.

Les Notes T de cette sous-échelle ont nettement réduit chez tous les enfants de l'étude lors du post-test comme le montre le tableau N°38. Par ailleurs nous constatons que malgré la baisse des scores pour le cas de Tarik (cas 2), la Note T est passée de presque sévère(70) à faible(56) ; Le cas de Kamel est passé d'une note T modérée (63) à faible (56). Pour cette raison nous avons prolongé la pratique de restructuration cognitive et la relaxation lors de la phase d'entretien.

Malgré des différences individuelles en intensité, **l'humeur triste** se trouve comme un facteur commun de nos cinq cas lors de la première évaluation. Les Notes T = 72 de Tarik (cas 2) et celle de Kamel T= 67 (cas 5) sont comprises entre 66 et 75. Elles indiquent des symptômes modérés à sévères. Ces résultats vont en concomitance avec la définition même de la douleur qui avance que la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable.

La réévaluation montre une réduction des Notes T en humeur triste chez tous les enfants recrutés dans l'étude. Elles ont baissées respectivement de 19,11 et 9 points chez Safia (cas1), Tarik (cas 2) et Iheb (cas 5). Cette diminution est moins prononcée chez Sofiane (cas 3) qui est de 4 points et de 6 points chez Kamel. Le changement des valeurs nous laisse comprendre que la restructuration cognitive a amélioré l'aspect émotionnel induit par les cognitions négatives. Elle a agit favorablement sur l'humeur (tristesse, peur, irritabilité, dégoût...) qui accompagnent la douleur même si elle n'est pas sortie du seuil pathologique. La phase d'entretien a prévue une prolongation de la restructuration cognitive pour les cas 2, 3, 4 et 5.

L'introversion sociale est marquée comme une attitude pathologique chez trois enfants de l'étude. Safia, Tarik et Sofiane. Nous relevons que chez Tarik, elle est reliée à ses difficultés fonctionnelles induites par son arthrite chronique, au conditionnement classique : douleur/ retrait et à la sévérité de sa dépression. Safia et Sofiane ont la particularité d'avoir des mères anxieuses et hyper protectrices qui, par leur anticipation d'éventuels dangers ont pu transmettre à leurs enfants l'hypervigilance et l'association du danger au monde extérieur.

La réévaluation a marqué des progrès pour Safia qui a pris de l'aisance dans ses relations sociales. Tarik et Sofiane ont demandé plus de temps pour l'amélioration de cet aspect qui permet un épanouissement social et le développement d'une estime de soi par rapport aux pairs.

L'auto-efficacité est une composante de contrôle. C'est le sentiment que l'enfant perçoit de sa capacité à agir sur sa douleur. La répétition de situations dans lesquelles l'enfant ne peut pas

contrôler sa douleur engendre un processus d'impuissance apprise. **Cette impuissance** perçue, appuyée par les mères « il n'est pas courageux » s'accompagne souvent de dépression, d'une augmentation de la douleur, de plus d'impact sur les activités quotidiennes selon nos hypothèses de l'étude. *« Le développement du style d'attribution dépend de nombreuses variables : âge de l'enfant, type d'évènement auquel il est confronté, discours des parents concernant les causes invoquées dans leur vision de la vie. La variable ayant un poids déterminant dans le style d'attribution associé à un manque de contrôle est la confrontation répétée à des évènements dont il n'a pas le contrôle : l'impossibilité d'échapper à des situations pénibles, l'impossibilité de pouvoir changer ces situations. On peut supposer que l'enfant se sent sans moyen et sans espoir d'agir : il a un sentiment d'impuissance ».* L. Vera (2004 : 33)

En effet, dans l'échelle de dépression MDI-C, les scores du **sentiment d'impuissance** le confirment dans la première évaluation. Les Notes T des cas 3 et 4 sont les moins élevées. Nous pouvons expliquer cette baisse par le lieu de contrôle qui s'avère internal chez ces deux cas.

« Ce contrôle perçu jouerait un rôle protecteur en réduisant l'impact des évènements stressants et en facilitant l'adoption des styles de vie sains. Au contraire, un faible contrôle perçu appelé parfois « perte de contrôle » ou impuissance perçue serait associée à un stress perçu plus intense, à une plus grande détresse et à une moins bonne santé physique (Honner,1998) »
Bruchon Schweitzer (2002 : 229)

Le coping désigne ce que l'enfant met en œuvre pour s'ajuster à une situation perçue comme stressante, ici, la douleur. La croyance qu'il a de son efficacité et sa puissance font partie des facteurs dispositionnels de son style de coping.

*« Même ceux qui ont une grande assurance personnelle élèveront leur croyances d'efficacité personnelle si les modèles leurs enseignent de meilleurs moyens d'agir ».*A. Bandura (2003 : 136)

Les ressources sociales sont favorablement perçues par Sofiane et Iheb. Le milieu familial est dans la compréhension et l'empathie. En effet, Ceci est corrélé avec le score obtenu à l'inventaire de l'attachement qui révèle les scores les plus élevés en communication (44, 47) qui prouve une accessibilité, une sensibilité et une disponibilité de la mère comme figure d'attachement sécurisante. Les ressources sociales sont en effet favorablement perçues par Iheb. Le milieu familial est dans la compréhension et l'empathie et le lieu de contrôle s'avère internal (16), ceci est expliqué par le besoin humain, quelque soit l'âge d'être entouré, soutenu et sécurisé dans des situations frustrantes.

D'ailleurs, et pour appuyer cette argumentation, l'échelle de faire face à la douleur révèle dans le cas de Iheb une valeur de $F1 = 1.2$ et une valeur de 2 pour Sofiane se situant en dessus de la ligne 0 qui indiquent une adaptation quant à la recherche de support social pour nos deux cas.

La coopération de l'entourage familial est satisfaisante pour Sofiane. La contribution de la fratrie et principalement le grand frère qui l'intègre dans ses activités associatives. Le lieu de contrôle internal et la recherche d'efficacité $F4 = 2$. Cette valeur selon le tableau d'étalonnage est en faveur d'une attitude adaptée quant à la recherche d'efficacité. Elle explique la modération de sa dépression.

La **faible énergie** est retrouvée modérément dans les quatre premiers cas. Elle indique une apathie et manque d'activité qui accompagne souvent les dépressions. Elle ne porte pas une valeur pathologique chez Kamel (cas 5).

Seul Takik, malgré avoir réduit son score, sa perception de son énergie reste située dans le seuil de la modération. L'explication que nous pouvons donner à l'élévation de ce score est la sévérité de sa dépression d'un côté et les particularités de l'arthrite chronique idiopathique dont l'inflammation articulaire douloureuse invite à l'apathie à la quel notre patient est conditionné. Aussi, le début de la maladie remonte depuis deux ans seulement. Tarik a en effet connu un avant et un après maladie. L'arthrite chronique réduit et rend difficile les compétences fonctionnelles nécessitant un travail de deuil.

L'entraînement à la compétence ainsi que le renforcement de l'auto-efficacité comme objectifs visé dans le protocole ont eu un impact positif sur la perception de tous les enfants quant à leurs propres capacités en agissant sur leurs croyances d'efficacité.

« Des modifications dans les croyances d'efficacité régulent la motivation et l'action. Cependant, dans la vie courante, le développement de la capacité personnelle grâce aux expériences de maîtrise est le moyen le plus puissant de générer un sentiment d'efficacité fort et résilient (Bandura, 1986a, 1988a). La capacité personnelle est obtenue en fournissant aux personnes les connaissances et les occasions de développer des sous-aptitudes et de s'affirmer par l'exercice du contrôle personnel. » A. Bandura (2003 :95)

Le **pessimisme** est retrouvé modérément chez Safia, Tarik et Sofiane. Le pessimisme est induit par la rumination négative lors de moments de solitude. La sous échelle d'introversion sociale de l'échelle de dépression MDI-C porte des scores élevés. C'est une particularité commune de ces trois cas. Par ailleurs, Iheb et Kamel ne sont pas pessimistes ; ils ne s'isolent pas. Leurs scores en

introversion sociale sont plus les bas. Ils font preuve d'ouverture sociale qui les aide à optimiser leurs chances en s'affirmant socialement avec les pairs.

La **provocation** est retrouvée chez Kamel (cas 5) seulement. En effet, le fait de percevoir l'hostilité conduit l'enfant à se montrer lui-même agressif, occasionnant par le fait même le rejet de ses pairs. Kamel explique lui-même ce comportement par le fait qu'il soit insulté et rejeté par ses camarades de classe, qui lui renvoient ainsi une mauvaise image de lui. La mauvaise estime de soi qui prend d'ailleurs une Note T =63 pour un seuil pathologique modéré (entre 56 et 65). Cette valeur renvoie une image négative de soi retrouvée dans les réponses de Kamel à l'échelle de dépression.

L'attitude provocatrice émane également de l'activation des schémas d'autocontrôle insuffisant, de peur de perdre le contrôle et de vulnérabilité retrouvés dans l'échelle des schémas cognitifs.

Enfin, le tableau des sous échelles de l'échelle de dépression MDI-C met en exergue, et de manière claire tous les progrès réalisés par les cinq enfants concernant les différents symptômes de la dépression. L'approche cognitivo-comportementale a été une thérapie d'appoint pour l'amélioration des états émotionnels : tristesse, colère dégoût, irritabilité...qui accompagnent la douleur chronique. La particularité de cette approche a été d'agir, par la recherche d'idées alternatives, sur les distorsions cognitives et idées négatives qui accompagnent la douleur et la potentialisent. L'inquiétude, l'anxiété et le pessimisme qui en découlent sont à l'origine d'une douleur morale, une souffrance se concrétisant par la dépression.

2.2. Présentation, analyse des résultats et vérification de l'hypothèse opérationnelle (b) :

Tableau 39 : Comparaison des résultats Test-Retest du lieu de contrôle des cinq cas

CAS	1 Safia		2 Tarik		3 Sofiane		4 Iheb		5 Kamel	
	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test
Lieu de contrôle internal	10	14	08	16	21	/	16	/	12	18
Lieu de contrôle external	14	10	16	08	03	/	08	/	12	06

Nous constatons à travers le tableau ci-dessus que Tarik possède le score le plus élevé en lieu de contrôle external (16). Il s'avère qu'il s'agit du cas qui présente une dépression sévère qui nous laisse déduire que plus le lieu de contrôle est external plus il a des chances de développer une

dépression. Il est à noter que ce patient présente un coping non adapté avec un catastrophisme (8), une recherche de support social élevée (10) et une baisse de la distraction (1) et de l'autoinstruction cognitive (6). (Voir tableau 39- 40)

Lieu de contrôle dans le cas de Safia est externe (14). Elle présente un coping face à la douleur qui n'est pas adapté. La distraction (6), l'autoinstruction cognitive (2) et la résolution du problème (5) sont diminuées par rapport à la recherche de support social (11) et du catastrophisme (9)

Plus l'enfant est dans l'externalité moins il mobilise ses capacités et ressources personnelles pour faire face à la douleur et à la maladie. Tarik et Safia sont les deux enfants de notre échantillon attribuent leurs difficultés à des forces extérieures. Tous deux présentent un coping non adapté.

« Les sujets dits « externes » perçoivent les éléments comme étant sous contrôle de forces extérieures à eux-mêmes : le hasard, la chance, le destin, ou des personnes plus puissantes qu'eux ». I.M. Blackburn et J. Cottraux (1988 :34).

La modification d'un style externe à un style interne permet de développer le sentiment d'auto-efficacité. L'auto-efficacité est une composante de contrôle. C'est le sentiment que l'enfant perçoit de sa capacité à agir sur sa douleur, ce qui favoriserait un coping actif, centré sur le problème.

La réévaluation de Safia et Toufik en Post- Test montre que le lieu de contrôle a aidé ces enfants à réaliser des progrès dans leurs stratégies de faire face à la douleur chronique. Les techniques cognitives nous ont favorablement aidées à l'accomplissement de cette tâche. Elles ont permis aux enfants de réaliser une lecture plus spécifique et relativisante des événements. Principalement celui de la douleur.

En effet, nous remarquons que Tarik a modifié son score de lieu de contrôle interne qui a augmenté de 8 à 16. Cette augmentation est expliquée par le développement de stratégies d'adaptation face à la douleur centrées sur le problème. En coping, la distraction a augmenté significativement de 1 à 11 et l'auto-instruction cognitive de 6 à 8. Parallèlement le catastrophisme a diminué de 8 à 5. (Voir tableaux 39-40)

Safia a réalisé des progrès quant à ses stratégies de faire face à sa douleur. La valeur de la distraction a augmenté de 6 à 13 ; l'auto-instruction de 2 à 11 ; et la résolution du problème a évolué de 5 à 10. En parallèle, le catastrophisme a baissé de 9 à 4. (Voir tableaux 39-40)

Ces exploits expliquent une conséquence directe sur le lieu de contrôle qui a basculé de l'externalité à l'internalité qui a augmenté de 10 à 14. (Voir tableau 39)

La recherche de support sociale comprend des scores est plus élevés chez Safia et Tarik. ; leur lieu de contrôle est externe. Nous pouvons expliquer cette différence par le fait que plus on tend vers l'externalité plus on est dans la recherche du support sociale.

Kamel présente un score dont l'internalité est égal à l'externalité (12). Grâce à la modification de ses stratégies de faire face à sa douleur, il a mis en œuvre ses propres capacités qui l'ont basculé vers un lieu de contrôle franchement interne (18).

Sofiane et Iheb ont des scores supérieurs à 12 ayant pour cela un lieu de contrôle interne. Nous constatons que ces trois enfants sont atteints de la même pathologie qui est l'hémophilie. Nous pouvons expliquer cette attitude commune par la formation thérapeutique accordée aux enfants et à leurs parents par l'équipe médicale et paramédicale ainsi qu'à la collaboration des laboratoires pharmacologiques et au mouvement associatif qui contribuent à cette formation. Sofiane et Iheb présentent par contre un lieu de contrôle interne. Ils ont en commun l'absence des schémas cognitifs de carence émotionnelle, d'isolement, d'abandon et de dépendance « *Le développement du style d'attribution dépend de nombreuses variables : âge de l'enfant, type d'évènement auquel il est confronté, discours des parents concernant les causes invoquées dans leur vision de la vie.* » L. Vera (2004 : 33)

L'approche cognitive envisagée dans le protocole qui a visé également l'action sur le lieu de contrôle comme induisant des distorsions cognitives a favorablement contribué au développement d'un coping actif. « *Le contrôle interne* » décrit les personnes qui croient que les renforcements dépendent de leur comportement, de leurs capacités et de leur habileté. Par contre, le « *contrôle externe* » se réfère aux personnes qui croient que les renforcements ne sont pas en rapport avec eux mais plutôt aux interventions d'autrui ». I.M. Blackburn et J. Cottraux (1988 :34).

Nous avons jugé important dans le protocole de vérifier le lieu de contrôle. Plus il est externe, stable et donc incontrôlable plus le stress est important

Résultat du test post-test du coping face à la douleur

Tableau 40 : Comparaison des sous-échelles de coping au Test-Retest des cinq cas

CAS	1 Safia		2 Tarik		3 Sofiane		4 Iheb		5 Kamel	
	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test
Distraction	06	13	01	11	11	15	06	13	08	13
Auto-instruction cognitive	02	11	06	08	08	11	06	12	09	10
Résolution du problème	05	10	13	08	09	12	13	11	05	12
Recherche de support social	11	11	10	14	08	09	09	06	05	08
Catastrophisme	09	04	08	05	09	07	08	04	09	06

Comme processus cognitif actif, la diversion attentionnelle est utilisée dans l'étude comme moyen d'inhibition du message de la douleur. Il s'avère qu'elle figure dans le protocole comme une stratégie de faire face à la douleur. Son utilisation varie d'un enfant à un autre comme nous le voyons dans la première évaluation (Tableau 40). Très utilisée chez Sofiane avec un score de 11, presque pas chez Tarik avec une valeur de 01 et moyennement chez Safia, Iheb et Kamel.

Lors de la seconde évaluation, la tâche assignée aux enfants qui était d'évaluer la douleur avant et après une activité attentionnelle soutenue fut très efficace. L'opérationnalisation de cette mesure se concrétise comme le montre le tableau ci-dessus par l'augmentation des scores de distraction qui a engendré une réduction des scores de la douleur chez nos cinq enfants, reproduits sur les tableaux de quatre colonnes de tous les enfants. La recherche d'idées alternatives positives après l'identification des distorsions cognitives a constitué une auto-instruction cognitive. Les valeurs F2 (recours à l'auto-instruction cognitive), celles de F3 (recherche de distraction) et F4 (recherche d'efficacité) ont nettement augmenté chez tous les cas ; ce qui explique leur évolution vers un coping centré sur le problème.

Nous remarquons que plus les scores de distraction, d'auto-instruction cognitive et de résolution du problème augmentent plus les scores de catastrophisme diminuent.

L'addition de ces trois scores montre que Sofiane, Iheb et Kamel qui ont obtenus les scores les plus élevés : 28,25 et 22. Il s'avère que ces enfants ont un lieu de contrôle interne. Par contre la recherche de support sociale comprend des scores est plus élevés chez Safia et Tarik. Nous

pouvons expliquer cette différence par le fait que plus on tend vers l'externalité plus on est dans la recherche du support sociale.

Hormis Safia, les quatre autres cas présentent une stratégie adaptée quant à la recherche de soutien social. Seule la valeur F1 de Safia se situe en dessous de la ligne 0. Nous pouvons l'expliquer par l'âge de Safia 10 ans 8 mois qui est encore besoin de dépendance par rapport à son entourage.

Le catastrophisme et le sentiment d'incontrôlabilité soulignent une idéation négative. Il est en effet une variable qui détermine les réactions émotionnelles anxieuses et dépressives. Ce mode de fonctionnement cognitif est mis en évidence lors de la première évaluation du coping face à la douleur. Il se concrétise par un score élevé situé entre 8 et 9 chez les cinq enfants.

«La dramatisation par exemple induit une intensification de l'état dépressif et une augmentation de la douleur et du handicap fonctionnel. Un coping passif (rester couché, restreindre ses activités etc.) induit une augmentation de la douleur et de la détresse ». M. B. Schweitzer (2002 :379).

En effet, en développant des stratégies de faire face à la douleur centrées sur le problème, le catastrophisme a réduit chez tous les enfants recrutés (Voir tableau 40). Cette diminution fait contribuer favorablement à la réduction de la sévérité de la symptomatologie dépressive des cinq enfants. La baisse des scores de catastrophisme explique la réduction des scores de la dépression chez tous les enfants recrutés dans l'étude.

Le concept de lieu de contrôle de Rotter s'avère une notion fondamentale dans la compréhension du phénomène de la perception de la douleur chronique chez l'enfant. Nous pouvons pour cela dire que les méthodes socratiques nous ont été d'un apport bénéfique dans la modification du lieu de contrôle. L'introduire comme une composante du protocole thérapeutique a été d'un intérêt considérable puisqu'il est un concept proche de celui de l'auto-efficacité qui fait tendre l'enfant vers un coping adapté, centré sur le problème. En ayant un lieu de contrôle internal, les enfants recrutés dans l'étude ont développé une auto-efficacité dans la gestion de leur douleur chronique.

L'hypothèse opérationnelle (b) qui avance que la modification du lieu de contrôle d'external à internal par restructuration cognitive modifie le style de coping de négatif centré sur l'émotion à positif centré sur le problème et incite à l'auto-efficacité face à la douleur se confirme à travers les résultats présentés sur le tableau 39 et 40.

2.3. Présentation, analyse des résultats et vérification de l'hypothèse opérationnelle (c) :

Résultat du test/ post-test des schémas cognitifs

Tableau 41 : Comparaison des schémas cognitifs au Test-Retest des cinq cas

CAS	1 Safia		2 Tarik		3 Sofiane		4 Iheb		5 Kamel	
	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test
Incompétence	5	2	4	1	4	2	4	1	4	2
Carence émotionnelle	2	2	4	3	0	0	3	3	3	1
Isolement	3	2	4	2	1	1	3	2	3	2
Autocontrôle insuffisant	6	2	6	2	2	2	5	2	5	3
Méfiance	6	5	3	2	4	1	3	3	2	2
Sacrifice de soi	5	2	2	2	6	4	3	3	2	2
Sens moral implacable	3	2	5	2	6	5	3	3	3	2
Abandon	2	1	5	2	3	1	3	3	3	2
Attachement	6	3	6	4	6	6	5	2	3	3
Vulnérabilité	3	3	6	3	3	3	4	3	4	2
Dépendance	5	3	6	3	3	3	3	2	3	3
Inhibition émotionnelle	3	2	4	2	5	3	6	3	3	2
Peur de perdre le contrôle	2	2	2	2	6	3	5	2	5	4

Malgré la difficulté à travailler sur les schémas cognitifs (identifier avantage et inconvénients), l'enfant présente une telle souplesse et malléabilité que nous avons été agréablement surpris par les modifications réalisées. L'avantage de travailler sur les schémas précoces chez l'enfant alors qu'ils ne se sont pas encore rigidifiés (sont en formation), permet de les assouplir plus facilement que chez l'adulte.

En effet, nous relevons une amélioration des scores des schémas cognitifs chez tous les cas. Cette amélioration se concrétise par la réduction ou l'inactivation du schéma actif au test initial. Le tableau 41, révèle que plus la dépression est importante plus nombreux sont activés les schémas dysfonctionnels. Dans le cas de Tarik qui présente une dépression sévère, 10 schémas sont activés par rapport à Safia, Sofiane et Iheb qui ont 6 schémas actifs et Kamel qui en a 4.

Seul chez Tarik (cas 2), nous constatons l'activation de dix schémas cognitifs. Aussi, les schémas de carence émotionnelle, d'abandon et d'isolement expliquent la sévérité de la dépression chez Tarik. La présence et l'activation de ces trois schémas potentialise la dépression.

Le schéma cognitif d'incompétence, d'auto contrôle insuffisant et de vulnérabilité sont corrélé avec anxiété, humeur triste et sentiment d'impuissance retrouvé chez tous les cas en sous échelles de l'échelle de dépression MDI-C.

Par ailleurs, la peur de perdre le contrôle est un schéma commun aux enfants présentant une hémophilie. Son contenu comporte la peur de réagir impulsivement et de faire mal physiquement ou moralement à autrui. Cette crainte est potentialisée par les caractéristiques de leur pathologie dont toute agression extérieure du corps peut être fatale. Aussi, ces enfants vivent la frustration d'affirmation de soi et de réalisation de soi par le mouvement. Ces jeunes garçons ne patageant pas les loisirs de leur âge. Ils sont tous frustrés de ne pas pouvoir jouer au ballon, faire du sport et donc être intégrés et reconnus par les pairs.

L'attente ou la crainte des conséquences négatives de la douleur est caractérisée par la présence d'amplification et de rumination négatives chez les cinq enfants. Outre le souci d'impotence fonctionnelle retrouvé chez tous les enfants, il s'avère que les patients atteints d'hémophilie appréhendent un éventuel manque de disponibilité du traitement (Facteur VIII) ce qui génère un sentiment d'insécurité. Aussi, les risques encourus chez ces patients sont vécus au quotidien. Le risque de perdre la vie, de se blesser ou de tomber tout simplement...qui génère une hyper vigilance au quotidien.

Le schéma de dépendance n'est pas retrouvé chez les malades atteints d'hémophilie (voir tableau ci-dessus). Nous pouvons l'expliquer par le fait que dans cette pathologie, les enfants se reconnaissent malades depuis leur naissance et que les efforts des médecins et paramédicaux sont orientés vers l'autonomie des enfants (auto-injection).

Faire penser les avantages et inconvénients du schéma dans le but de les assouplir par la technique de pondération ou travail de balance a été une technique laborieuse pour les enfants, mais très efficace. Elle a servi à évaluer les avantages et inconvénients du schéma. Le niveau de chaque argument a été pondéré par chaque enfant. « L'hypothèse de traitement thérapeutique de Young repose sur la possibilité *d'assouplir* un schéma en activant son ou ses schémas antagonistes pour que les idées dysfonctionnelles disparaissent, remplacées par des idées plus *adaptées* » S.Rusunek (2006 :64)

Grace à cette technique les cinq enfants de l'étude ont pris tous conscience de leurs schémas dysfonctionnels et du poids des inconvénients qu'ils leur imposent dans les situations de vie et entre autres quand ils sont suractivés en cas de douleur ; cette technique a permis aux enfants de réfléchir donc sur le désintérêt à conserver ces schémas.

Le tableau nous montre clairement que le travail sur cette technique a permis de réduire considérablement le nombre et l'intensité des schémas cognitifs actifs des enfants douloureux chroniques.

Le schéma cognitif d'incompétence sont actifs chez nos cinq cas avant l'application du protocole s'avèrent inactifs lors du post-test chez tous les enfants de l'étude.

L'auto-contrôle insuffisant retrouvé également actif dans quatre cas s'est désactivé lors de la seconde évaluation.

Notre hypothèse (c) de l'étude qui avance que **La technique de pondération qui sert à évaluer les avantages et inconvénients assouplit les schémas dysfonctionnels est confirmée à travers la lecture et l'interprétation des chiffres que nous offre le tableau.**

2.4. Analyse des résultats et vérification de l'hypothèse opérationnelle (d) :

La technique de diversion attentionnelle diminue le score de la douleur est vérifiée à travers l'évaluation de scores de l'échelle numérique utilisée par les enfants.

Les tableaux des quatre colonnes des cinq cas de l'étude nous révèlent que les scores de la douleur diminuent à chaque fois que l'enfant, au moment de la douleur, s'investit dans une activité ludique de son choix, nécessitant une attention soutenue. La diminution des scores varie de 4 à 1 point mais elle ne reste en aucun cas identique à l'évaluation initiale (avant la diversion attentionnelle).

Cette technique a fait preuve d'efficacité pour tous les enfants et chaque fois que les enfants l'ont utilisé.

La réévaluation des stratégies de faire face à la douleur chronique chez tous les enfants recrutés appuie notre hypothèse. Nous observons sur le tableau N° 40 que les scores de distraction ont augmenté chez tous les cas de l'étude. En plus de sa capacité de réduire l'intensité de la douleur, elle a contribué dans le développement d'un style de coping centré sur le problème. La distraction a augmenté de 6 à 13 chez Safia, de 1 à 11 chez Tarik ; de 11 à 15 chez Sofiane ; de 6 à 13 chez Iheb et enfin de 8 à 13 chez Kamel.

Comme méthode cognitive, la diversion attentionnelle a permis une décentration de la douleur qui a soulagé cette dernière. Les sens auditif et visuel utilisés dans notre protocole nous ont particulièrement aidé. Tous les enfants disposaient d'une tablette, d'une play, PSP, micro-ordinateur ou du moins d'un téléphone portable munis de jeux électroniques variés. Chaque enfant a eu la liberté de choisir des jeux favoris répondant à ses passions afin d'optimiser la focalisation de l'attention. La distraction n'a pas été une forme passive de diversion de l'attention mais elle a servi comme forme active qui altère les voies de la douleur.

L'apprentissage de focalisation attentionnelle volontaire en utilisant les techniques de distraction a aidé les enfants à se décentrer de la douleur et être absorbé attentionnellement sur le jeu. En conséquence, la douleur réduit d'intensité.

Parallèlement à cela, l'enfant compense le plaisir de fonctionner à travers le jeu. Ne pouvant pas exercer des activités physiques, il se projette dans le jeu en choisissant des jeux de course de voiture, de moto, de maths de foot-bal...

D'un autre côté, cette opération a permis aux enfants de concrétiser la baisse des scores de leur douleur ne serait-ce d'un ou deux points. Ils ont tous réalisé qu'ils ont la capacité d'agir eux-même sur leur douleur ce qui a par conséquent renforcé leur sentiment d'auto-efficacité.

La diminution des scores de la douleur (observée dans les tableaux des quatre colonnes) après chaque activité ludique nécessitant une attention soutenue est observée chez tous les enfants recrutés ; elle confirme l'hypothèse opérationnelle(d) de l'étude.

2.5. Présentation, analyse des résultats et vérification de l'hypothèse opérationnelle(e) :

Le conditionnement classique et opérant et l'attitude empathique de la mère favorisent la modification du style d'attachement insécure en style sécure.

Tableau 42 : Comparaison des résultats Test/ Retest du style d'attachement des cinq cas

CAS	1 Safia		2 Tarik		3 Sofiane		4 Iheb		5 Kamel	
	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test
Communication	36	/	35	41	49	/	47	47	39	39
Confiance	23	/	34	36	44	/	31	37	34	40
Abandon	15	/	15	20	17	/	24	22	24	20

Le tableau N° 42 nous montre que le score de communication a nettement évolué chez Tarik par rapport à celui de Iheb et Kamel qui n'ont marqué aucun changement malgré l'incitation à la communication positive conçue dans le protocole. Par ailleurs le gain en confiance est plus conséquent chez les trois enfants présentant un style d'attachement inséure.

Le sentiment d'abandon a réduit chez Iheb et Kamel mais il a augmenté chez Tarik car l'abandon existe dans son cas comme schéma cognitif. Associé aux schémas d'isolement et de carence émotionnelle. En revanche, le gain en communication et en confiance ont élevé la moyenne qui a pris le dessus sur celle de l'abandon définissant ainsi un style d'attachement sécuritaire.

Safia (cas1) et Sofiane (cas 2) présentent des styles d'attachement sécuritaires ; nous avons donc jugé intéressant de travailler sur certains aspects relationnels générés par l'anxiété et les attitudes hyper protectrices de leurs mamans. Le schéma cognitif de méfiance et de sacrifice de soi est retrouvé chez ces deux enfants. Le manque de confiance aux autres fait qu'ils se dévouent sans limite avec eux afin de se donner une place et d'être acceptés.

La prise de conscience des mères de l'incidence de leur anxiété excessive sur le comportement et affects de leurs enfants a motivé leur changement d'attitude. Malgré un style d'attachement sécuritaire, nous avons favorisé les liens mère/enfant et encouragé la communication positive et sécurisante chez Safia et Sofiane dont les mamans ont fait preuve d'une meilleure ouverture extérieure en favorisant les relations de leurs enfants avec les pairs au lieu de les isoler par crainte d'éventuels dangers.

Tableau 43 : Comparaison des moyennes de confiance et communication par rapport à la moyenne du sentiment d'abandon de l'échelle d'attachement des cinq cas au Test-Retest

CAS	1 Safia		2 Tarik		3 Sofiane		4 Iheb		5 Kamel	
	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test	Test	Post-test
Communication + Confiance	3,1	/	3,8	4	4,8	/	4	4,4	3,4	4,1
Abandon	2,5	/	3,5	3,3	2,8	/	4,1	3,6	4	3,3

Nous constatons à travers le tableau comparatif N° 43 du style d'attachement qu'au Test, les scores de communication avec la mère sont élevés chez les patients atteints d'hémophilie.

Nous pouvons expliquer cette attitude commune par la formation thérapeutique donnée aux enfants et à leurs parents par l'équipe médicale et paramédicale et au mouvement associatif qui contribuent à cette formation.

Les ressources sociales sont favorablement perçues par Sofiane et Iheb. Le milieu familial est dans la compréhension et l'empathie. En effet, Ceci est corrélé avec le score obtenu à l'inventaire de l'attachement qui révèle les scores les plus élevés en communication (44, 47) qui prouve une accessibilité, une sensibilité et une disponibilité de la mère comme figure d'attachement sécurisante.

Dans la démarche thérapeutique, les mères ont procédé au renforcement des liens d'attachement en intervenant sur les aspects relationnels afin de modifier les comportements inadaptés et la perception de la douleur de leurs enfants. Elles ont ciblé et intervenues sur les points suivants :

1/ Le changement de discours : les mamans de Safia et Sofiane dont les attitudes traduisaient une amplification dramatisante des faits et gestes se rapportant à la douleur et la maladie ont été modifiées en une communication positive, sécurisante et adaptée. Aussi, les mères de Iheb, Tarik et Kamel dont la verbalisation est banalisante était interprétée par leurs enfants comme de l'indifférence. En termes d'attachement, ces attitudes traduisent une insensibilité des mères ne percevant pas correctement les signes de détresse de leurs enfants. Certaines expressions utilisées par ces mères : « ça va passer », « ce n'est rien » « tu es habitué à ta maladie » sont en effet banalisantes.

2/ En faisant preuve de disponibilité : Tarik dont la mère est couturière s'occupant de ses clientes, ou Kamel dont la mère est tout le temps occupée aux travaux ménagers selon le perçu de leurs enfants. Leurs réponses n'étant pas adaptées, ou réalisées en un temps de réaction inconvenablement différé. Ces mamans ont pu développer une communication positive avec empathie en maintenant un degré de proximité et de contact surtout lorsque l'enfant manifeste de l'inquiétude ou de la détresse. Sensibilité de la mère à la douleur vise la sensibilité aux signaux de détresse et l'amélioration de l'écoute. Une figure d'attachement protectrice, sensible à percevoir de manière juste et appropriée est capable de répondre aux signes de détresse.

En faisant preuve d'accessibilité. En donnant suffisamment le temps à leurs enfants de s'exprimer a rehaussé la qualité des liens mère/enfant. Le tableau N°42 nous révèle que les scores de confiance ont par conséquent favorablement augmenté de 35 à 41 chez Tarik ; ils se sont maintenus à 47 chez Iheb et à 39 chez Kamel.

Aussi, les scores de confiance ont évolué chez ces trois enfants. Ils ont marqué une augmentation de 34 à 36 chez Tarik, de 31 à 37 chez Iheb et enfin de 34 à 40 chez Kamel.

Le tableau N° 43 marque une augmentation des moyennes de communication et de confiance chez Tarik de 3,4 à 4 ; chez Iheb de 4 à 4,4 et chez Kamel de 3,4 à 4,1. Elles sont plus élevées que celles de l'abandon.

Se basant ainsi sur le concept de sécurité affective de Jean Bowlby, les mamans devenues accessibles, sensibles et disponibles, ont développé un lien d'attachement sûr. Les cinq enfants de l'étude ont fini par présenter un style d'attachement sûr.

3/ Le conditionnement classique et opérant ont considérablement aidés au déconditionnement du comportement douloureux chez les cinq cas de l'étude. Les stratégies d'intervention axées sur l'implication des mères qui a ciblé en premier lieu la réduction des bénéfices secondaires qui constituent un facteur d'entretien de la douleur a agit favorablement au déconditionnement de la passivité. Au lieu du modèle Stimulus (douleur/ Réponse (incitation à la passivité) ; les mamans, exercent un renforcement positif verbal ou gestuel (conditionnement opérant) comme récompense affective à l'effort exercé par leurs enfants. Elles ont favorisé les compétences comportementales, l'autonomie et l'auto-efficacité de leurs enfants face à la douleur (application des poches de glace en cas d'inflammation, accompagner certains geste médicaux comme l'injection intraveineuse des enfants atteints d'hémophilie, tenir des calendriers de traitement...)

4) Les mamans ont compris l'impact de la dimension relationnelle et affective sur la perception de la maladie de leurs enfants. Le travail d'accompagnement de ces mamans, leur a donné une implication. La chronicité de la maladie nécessite de réserver une place capitale à la dimension affective.

2.6. Synthèse générale et réponse à l'hypothèse opérationnelle principale :

L'application d'un protocole thérapeutique de la douleur chronique centré sur l'application des thérapies comportementales et cognitives améliore les scores de la douleur de l'enfant.

Face à la douleur, tous les enfants recrutés dans l'étude ont développé des compétences consistant à trouver un savoir faire adéquat face à la douleur chronique. Leurs stratégies d'adaptation modifiées sont plus dans la distraction, l'auto instruction cognitive, la résolution du problème et la recherche du support sociale. La baisse des scores de catastrophisme qui en découle fut une conséquence observée chez tous les enfants.

Les bénéfices de la méthode de distraction ont nettement allégé les scores de la douleur. La réévaluation de l'échelle de coping confirme que la stratégie de distraction a en effet augmenté chez tous les enfants.

Nous pouvons déduire que plus la distraction, l'auto-instruction et la recherche d'efficacité augmentent plus le catastrophisme diminue.

La modification d'un style externe vers un style interne permet de développer le sentiment d'auto-efficacité qui est une composante de contrôle. C'est le sentiment que les enfants ont pu percevoir de leurs capacités à agir sur leur douleur, ce qui a favorisé un coping actif. Le lieu de contrôle devenant interne grâce à la méthode de restructuration cognitive, les enfants ont pris conscience qu'ils ont des ressources non négligeables et des compétences qui leur permettent de ne pas être passif ; qu'ils ne doivent pas attribuer les aléas de la douleur à la maladie, à la malchance et aux autres, mais qu'il faut s'impliquer et agir dans le changement du cours de leur maladie et d'atténuer leurs douleurs favorisant ainsi leur adaptation et l'amélioration de la qualité de leur vie.

En conséquence des résultats obtenus, nous pouvons dire que plus l'enfant est dans l'externalité moins elle mobilise ses capacités et ressources personnelles pour faire face à la douleur et à la maladie. L'inverse est aussi vrai.

L'action sur les schémas cognitifs en utilisant la méthode de pondération a permis aux enfants de lever certaines ambiguïtés en éclaircissant leurs prises de positions et attitudes émotionnelles. L'assouplissement de leurs schémas en fut la conséquence. Les enfants ayant réfléchi sur les avantages et inconvénients des schémas cognitifs les plus hautement scorés selon chaque cas ont pu modifier leurs attitudes émotionnelles, cognitives et comportementales.

La corrélation de certains schémas assouplis avec la modification des scores de plusieurs sous-échelles de dépression (schéma d'incompétence/sentiment d'impuissance) par exemple, témoigne de la fidélité des progrès réalisés. La réévaluation de l'inventaire des schémas a montré une amélioration des scores des schémas actifs sur lesquels nous avons agi. Le tableau de balance fut un outil propice pour penser les avantages et inconvénients des schémas dans le but de les assouplir.

Enfin, en conclusion de tout ce qui précède, et en réponse à l'hypothèse opérationnelle principale de l'étude, nous pouvons dire que l'application du protocole thérapeutique centré sur les thérapies comportementales et cognitives que nous avons proposé dans la prise en charge

psychologique a modifié le coping de centré sur l'émotion à centré sur le problème et a diminué les scores de la douleur chronique des enfants.

3. CONCLUSION :

Nous avons exposé dans ce chapitre la démarche thérapeutique sous forme de protocole que nous avons soigneusement appliqué aux enfants recrutés dans l'étude.

Grace à la méthode quasi-expérimentale, nous avons pu diviser notre travail en deux phases : phase prétest/ post-test. Nous remarquons après analyse et synthèse des résultats que nous sommes arrivés à répondre à nos questionnements formulés en hypothèses que nous avons toutes confirmées.

En effet, l'application de la thérapie comportementale et cognitive auprès des enfants et l'utilisation de la guidance parentale nous ont permis d'améliorer la qualité de vie, le perçu et donc le vécu de la douleur chronique chez les enfants douloureux chroniques.

CONCLUSION GENERALE

Le modèle biopsychosocial de la douleur chronique est un concept qui met en avant les relations existantes entre les aspects pluridimensionnels de la douleur et les facteurs familiaux et socioculturels propres à chaque individu.

La douleur était considérée comme un phénomène purement sensoriel. L'apport de Malsack et Wall en 1965 sur la physiologie de la douleur, notamment à la lumière de la théorie du portillon a permis de mieux comprendre comment les composantes cognitives, psychologiques et émotionnelles pouvaient avoir une incidence sur le processus physiologique de la douleur.

Ces trois composantes ont fait l'objet et l'intérêt de notre étude ainsi que la charpente sur laquelle nous avons fondé et développé notre protocole thérapeutique. L'élaboration de ce dernier s'est basée principalement sur la notion de coping, de lieu de contrôle, de schémas cognitifs et style d'attachement.

Comme processus actif, les thérapies comportementales et cognitives semblent une approche d'appoint pour la réalisation de ce travail puisqu'elles se centrent sur le sujet : son fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental d'où l'intérêt d'introduire ces psychothérapies dans la prise en charge de la douleur chronique. Elle permet d'identifier, analyser et modifier les attitudes et cognitions des patients ainsi que leurs comportements douloureux.

La douleur chronique chez l'enfant peut avoir une incidence profonde sur son processus développemental ainsi qu'une baisse de sa qualité de vie. Elle perturbe de ce fait son comportement et son adaptation psychosociale et scolaire.

La répétition de situations dans lesquelles l'enfant ne peut pas contrôler sa douleur engendre un processus d'impuissance perçue qui s'accompagne souvent de dépression, d'une augmentation de la douleur, de plus des conséquences dans les activités quotidiennes. Aron Beck explique la dépression par un mauvais traitement de l'information qui émane d'un schéma cognitif alimenté par des expériences antérieures stockées dans la mémoire à long terme. L'information est ainsi filtrée et triée par les schémas erronés qui conduisent à des distorsions cognitives d'où l'interprétation négative.

La maximalisation en est une. Elle correspond au catastrophisme qui se traduit par l'amplification et focalisation sur les aspects aversifs et négatifs. Il est corrélé à d'autres variables qui influencent la douleur telle que la dépression, l'impotence fonctionnelle, (peur du mouvement) et l'évitement.

Nous sommes arrivés au résultat que plus le score de catastrophisme augmente plus les risques de troubles d'adaptation s'accroissent.

La cognition est le sens, le style explicatif, la croyance que l'enfant accorde à sa douleur. Le catastrophisme, l'anticipation négative, la signification symbolique, les croyances dans le lieu de contrôle induisent des émotions négatives. Plus le lieu de contrôle est externe plus il est incontrôlable plus l'anxiété qui en découle est importante.

Le lieu de contrôle est reconnu comme un facteur important pour expliquer plusieurs comportements. La conception de Rotter qui est retenue dans la présente étude nous a permis de confirmer que l'interne adopte davantage des stratégies d'ajustement centrées sur le problème alors que l'externe adopte plutôt des stratégies centrées sur l'émotion.

A travers notre étude, il s'avère que l'internalité réhausse une affectivité positive exprimée chez notre population par une satisfaction personnelle.

Le travail systématique sur les stratégies de faire face en douleur pédiatrique peut non seulement contribuer à une meilleure compréhension conceptuelle des différences individuelles observées à travers les réactions des enfants mais aussi à envisager une prise en charge psychologique adaptée et efficace.

Notre étude qualitative a permis de mettre au jour l'intérêt de la restructuration cognitive ainsi que le travail sur les schémas cognitifs qui offrent une nouvelle manière de percevoir la douleur et donc d'améliorer les stratégies de coping. Aussi, grâce à l'utilisation de la distraction, les cinq cas recrutés dans l'étude ont pu diminuer les scores de douleur, ce qui a renforcé leur sentiment d'efficacité. L'application des thérapies comportementales par le conditionnement classique et opérant et des thérapies cognitives par la restructuration cognitive nous ont favorablement aidés à modifier les comportements douloureux des enfants. La réévaluation des échelles appliquées, pourvoit l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives. L'application du protocole a montré aux enfants le rôle actif qu'ils peuvent avoir dans la modification de leurs cognitions, émotions et comportements. La démarche thérapeutique nous a permis d'orienter les patients vers d'autres modalités cognitives et comportementales pour mettre fin aux styles de coping mal adaptés. Le renforcement de l'auto-efficacité a favorisé le contrôle perçu qui est un facteur salutogène. La restructuration cognitive et l'assouplissement des schémas ont donné la capacité aux enfants d'estimer leurs capacités et ressources dont ils disposent et ignorent ou jugent insuffisantes pour faire face à leurs douleurs.

L'association des TCC avec des techniques de distraction visant un apprentissage de la diversion attentionnelle volontaire permet d'inhiber le message douloureux. L'intention n'est pas d'abolir la douleur mais de la réduire par des méthodes neuropsychologiques qui se traduisent par l'inhibition du message douloureux. La distraction a pour objectif d'agir sur la composante cognitive et émotionnelle de la douleur. Le phénomène de la distraction a effectivement agité dans notre étude sur l'intensité de la douleur qui a réduit les scores EVA chez les cinq cas. L'apprentissage par décentration contribue à la gestion de la douleur. Il améliore de ce fait la qualité de vie de l'enfant.

Nous remarquons que plus les scores de distraction, d'auto-instruction cognitive et de résolution du problème augmentent plus les scores de catastrophisme diminuent.

Conjointement aux interventions biomédicales, intervenir auprès de l'enfant douloureux chronique par des thérapeutiques psychologiques s'avère nécessaire.

Mettre en œuvre un protocole psychothérapeutique qui propose des solutions aux problèmes de prise en charge de la douleur chronique de l'enfant et des troubles d'adaptation qui en découlent. Les psychologues cliniciens exerçant en milieux hospitaliers sont fortement impliqués dans cette problématique. Tous en prenant en considération les différences individuelles, il permet une démarche structurée et s'intègre dans une approche standardisée. Il vise la réalisation d'une action efficace. La psychologie apportera des stratégies bénéfiques pour une prise en charge pluridisciplinaire.

Le protocole de prise en charge psychologique de la douleur chronique chez l'enfant mobilise à la fois les compétences propres aux psychologues et peut par ailleurs leur permettre de définir un programme de lutte contre la douleur adapté à leurs caractéristiques professionnelles.

Notre recherche montre l'importance d'inclure les techniques psychologiques aux techniques médicales dans la prise en charge de la douleur chronique. Elles permettent à l'enfant d'apprendre à être acteur en réduisant les émotions et les pensées négatives associées à la douleur qui alimentent la détresse psychique et les troubles d'adaptation.

La prise en compte des stratégies d'ajustement aide à penser au dispositif de prise en charge de la douleur, d'où l'intérêt d'une approche psychothérapeutique orientée sur la dimension affective, cognitive et comportementale qui se veut proposer une démarche psychothérapeutique de l'enfant douloureux chronique centrée sur l'application des TCC.

Dans le cadre de notre étude nous avons utilisé les méthodes comportementales en utilisant les techniques de conditionnement auxquelles sont associées des exercices de relaxation et de contrôle respiratoire. Les méthodes cognitives nous ont permis une analyse des attitudes et des

comportements de l'enfant face à l'expérience douloureuse afin de lui faire adopter des solutions plus adaptées. Toutes ces méthodes interviennent à des degrés divers sur la composante cognitive, affective et comportementale.

Le modèle biopsychosocial montre que la compréhension du seul aspect physiologique du mécanisme de la douleur n'est pas suffisante pour proposer une approche satisfaisante et adéquate au patient. Cette conception est la base de l'efficacité d'une prise en charge qui se veut pluridisciplinaire des consultations spécialisées de la douleur.

En raison de la complexité du phénomène de la douleur chronique, les pays développés ont élaboré des plans antidouleur ayant suscité la création de centres dont la spécificité est la prise en charge globale et pluridisciplinaire. L'Algérie devrait multiplier ses efforts dans la création non d'unités mais de centres antidouleur. La formation spécialisée d'équipes interdisciplinaires est indispensable. Joindre les efforts des intervenants de différentes disciplines permet un engagement commun qui vise le soulagement de la douleur.

Développer les formations spécialisées des psychologues en thérapies comportementales et cognitive, en techniques d'hypnose, en EMDR ...serait promouvoir la qualité des soins dans notre pays.

Cet engagement peut constituer un des critères de qualité et d'évolution de notre système de santé. Aussi, il contribue à promouvoir la santé de l'enfant et la psychologie de la santé ; une discipline nouvelle qui a apporté un nouveau regard sur la santé et la maladie. En effet, cette discipline n'a pas uniquement donné un cadre théorique qui offre un modèle explicatif, sa pratique porte sur les aspects psycho-sociaux dans le vécu de la maladie.

Lutter contre la douleur chez l'enfant, c'est lui donner une possibilité d'exister en dehors de la souffrance.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Bandura, A., *Auto-Efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*, de Boeck, Bruxelles, 2007.
- Beche-Richard, C., *La psychologie cognitive*, PUF, Paris, 2000.
- Beck, A., *Les thérapies cognitives et troubles émotionnels*, de Boeck, Paris, 2010.
- Berghmans, C., & Taquino, C., *Comprendre et pratiquer « les nouvelles thérapies »*, Dunod, Paris, 2009.
- Blackburn, I. M. Cottraux, J., *Thérapie cognitive de la dépression*, Masson, Paris, 2008.
- Bouvard, M., *Echelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent*, Masson, Paris, 2008.
- Bouvard, M., *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*, Masson, Paris, 2009.
- Bowlby, J., *Attachement et perte*, PUF, Paris, 2006.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Quintard, B., *Personnalité et maladie : Stress, coping et ajustement*, Dunod, Paris, 2001.
- Bruchon-Schweitzer, M., *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*, Dunod, Paris, 2002.
- Canoui, P., et al., *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Maloine, Paris, 1994.
- Chabrol, H., & Callahan, S., *Mécanismes de défense et coping*, Dunod, Paris, 2004.
- Chahraoui, K., & Bénomy, H., *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*, Dunod, Paris, 2003.
- Chaloult, L., *La thérapie comportementale et cognitive. Théorie et pratique*, Chenelière, Montréal, Québec, 2008.
- Chapelle, F., et al, *Les thérapies comportementales et cognitives en 37 notions*, Dunod, Paris, 2014.
- Cottraux, J., *Les thérapies cognitives. Comment agir sur nos pensées et nos émotions*, Retz, Paris, 2001.
- Cottraux, J., *Thérapie cognitive et émotions*, Masson, Paris, 2007.
- Cottraux, J., *Les thérapies comportementales et cognitives*, Masson, Paris, 2004.
- Cottraux, J., *Les psychothérapies cognitives et comportementales. Modèles et principes thérapeutiques, Techniques et histoires de cas, Evaluation des TCC, Neurosciences et TCC*, Elsevier Masson S.A.S Issy-les-Moulineaux, 2017.
- Doutrelugne, Y., *Thérapies brèves : principes et outils pratiques*, Masson, Paris, 2008.
- Dubois, N., *La psychologie du contrôle. Les croyances internes et externes*, PUG, Grenoble, 1987.
- Dubois, N., *La norme d'internalité et libéralisme*, PUG, Grenoble, 2009.

- Dumas, J. E., *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, De Boeck, Bruxelles, 2005.
- DSM-5, *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, American Psychiatric Association Elsevier Masson, Issy- les-Moulyneaux, 2015.
- Dumont, M. & Plancherel, B., *Stress et adaptation chez l'enfant*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 2009.
- Ferragut, E., *Emotion et mémoire : le corps et la souffrance*, Masson, Paris, 2004.
- Ferragut, E., et al, *Psychopathologie de la douleur, Evaluation, thérapies, prévention*, Masson, Paris, 2001.
- Fischer, G., N., & Tarquino, C., *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Dunod, Paris, 2006.
- Fischer, G, N., *Traité de psychologie de la santé*, Dunod, Paris, 2002.
- Fischer, G, N., *Guérir sa vie. Un chemin intérieur*, Odile Jacob, Paris, 2015.
- Fontaine, O., **Introduction aux thérapies comportementales**, Pierre Mardaga Editeur, Bruxelles, 1978.
- Gachi, F., & Belouizdad, Y., *Prise en charge de la douleur en pédiatrie- Guide pratique*, Oran, 2006.
- Guedeney, N., & Guedeney, A., *L'attachement, Concepts et applications*, Masson, Paris, 2002.
- Guedeney, N., & Guedeney, A., *L'attachement: Approche clinique*, Masson, Paris, 2010.
- Guyotat, J., *Psychothérapies médicales, Situations de pratique médicale*, Masson, Paris, 1978.
- Hans Christian Andersen 1845 « *La petite fille aux allumettes* ».
- Ladouceur, R., et al, *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale*, Gaetan Morin Editeur, Québec, 1999.
- Laroche, F.,P.Roussel,P., *Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives (TCC) Fondements, efficacité, cas cliniques*, in Press, Paris, 2012.
- Ogden, J., *Psychologie de la santé*, Editions de Boeck, Bruxelles, 2008.
- Orbach, D.,et al,*Séminaire de formation dans la prise en charge de l'enfant douloureux*, Institut Curie, Paris Oran, Mai 2006.
- Marchand, S., *Le phénomène de la douleur. Comprendre pour soigner*, Elsevier Masson S.A.S, Issy-les-Moulineaux, 2009.
- Mirabel-Sarron & Dunod, B. R., *Précis de thérapie cognitive*, Paris, 1993.
- Paulhan,I. , Bourgois,M., *Stress et coping les stratégies d'ajustement à l'adversité*,PUF Paris, 2008.
- Palazzolo, J., *Guérir vite : Soigner les angoisses, la dépression, les phobies par les TCC*, Hachette, Paris, 2005.

- Palazzolo, J., *Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives*, Masson, Paris, 2007.
- Palazzolo, J., *Les thérapies comportementales et cognitives. Manuel pratique*, Editions in Press, Paris, 2007.
- Rusinek, S., *Soigner les schémas de pensée. Une approche de restructuration cognitive*, Dunod, Paris, 2006.
- Sarron, C & Rivière, B., *Précis de thérapie cognitive*, Dunod, Paris, 1993.
- Servant, D., *Gestion du stress et de l'anxiété*, Masson, Paris, 2007.
- Swendsen, J., D., & Blatar., *Psychologie et modèles cognitivo-comportementaux : les recherches récentes*, Presses universitaires de Grenoble, 1996.
- Tarabulsky, G., M., et al , *Attachement et développement. Le rôle des premières relations dans le développement humain*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 2008.
- Vera, L., *TCC chez l'enfant et l'adolescent*, Masson, Paris, 2009.
- Véra, L., *Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent*, Dunod, Paris, 2004.
- Vibes, J., *Les douleurs neuropathiques* Masson , Paris, 2001.
- Young, J., Kolosko, J., Weishaar, M., *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité*, de boeck, Paris, 2005.
- Young, J., Kolosko, J., *Je réinvente ma vie : vous valez mieux que vous ne pensez*, Les éditions de l'homme, Montréal, Québec, 1993.

Les sites Web :

*Pédiadol (France) : www.pediadol.org

*Sparadrap (France) : www.sparadrap.org

*Société algérienne pour l'évaluation et le traitement de la douleur (Algérie) : www.wandz.dz/saetd/accueil.htm

Les revues :

ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Douleur, *Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, Service des recommandations et références professionnelles, Février/1999*

Col-Goetdgheluck, D et Conrath, P., *Le psychologue et l'hôpital, Le journal des psychologues*, 2007/11, (252), 2007.

Cottraux, J., *Thérapies cognitives*, Encycl Méd Chir (Editions scientifiques et médicales Elsevier), Psychiatrie, 2000, 37-820-A-50.

Côté, D., *Penser la douleur à la rencontre du culturel et du biologique : repères anthropologiques*, Altérités, 2009, vol. 6, (2), 26-47.

Fanny, N., Gaucher, J., Ribes, *La douleur chronique : la dépression liée au déficit d'empathie et d'endocongruence. Apport de l'hypnose*. Bulletin de psychologie, 2010/01 N°507(3) 191-201.

Henry, F., et Wood, C., *Apprendre à vivre avec la douleur*, Cerveau & psycho 2017/0285, 56-63
Février (2017)

Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale, *Psychothérapie. Trois approches évaluées.*, Inserm, Paris, 2004.

Korff-Sausse, S., *Les processus psychologiques de la résilience, Pratiques psychologiques*, Paris, 2002, (1), 53-63.

Mirabel- Sarron, C et Vera, *Les techniques de thérapies comportementales*. Encicl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-820-A-45, 1997.

Sullivan, M., Gautier, N, . Lalongo, D., H.Adams et R, Catchlove, R, *Où en est la recherche sur le traitement de la dépression chez les patients souffrant de douleurs chroniques?* Douleur et Analgésie, 2005, (2),61-66.

Paulhan, I. , *Le concept de coping*, L'année psychologique, 1992, (92),545-557, Laboratoire de psychologie génétique et différentielle, Université de Bordeaux II, France

Bruchon-Shwetzter, M., *Concepts, modèles et méthodes*, Recherches en soins infirmiers, 2001/12, 67.

F.Boureau, *Modèles théoriques cognitifs et comportementaux de la douleur chronique*, Douleur et analgésie, 1999, 265-278.

F.Boureau, F et Doubrère, *Le concept de la douleur. Du symptôme au syndrome*, Douleur et Analgésie, 1988/02, (1) 11-17.

Sullivan, M,J,L.,et al, *Où en est la recherche sur le traitement de la dépression chez les patients souffrant de douleur chronique ?* Douleur et Analgésie 2005, (2) 61-66.

Violon, A., *Intégrer l'hypnose en psychothérapie de la douleur*, Douleur et Analgésie, 2001/03 vol. 24, (1), 28-37.

WoodC., et al, *La douleur de l'enfant L'hypnose:une réponse possible à la prise en charge des douleurs de l'enfant et l'adolescent*, Enfance, *La douleur de l'enfant* PUF 2006/1,vol.58,26-39.

Thèses de Doctorat :

*1994 Bruno Quintard, *Psychologies de la santé et cancer : les stratégies d'ajustement aux stressseurs hospitaliers chez le sujet pneumonectomisé*, Université de Bordeaux II., France.

*2012-2013 Isabelle Martin, *Utilisation de l'hypnose en oncopédiatrie. Etude de son impact sur la douleur et l'anxiété*. Université de Toulouse Le Mirail, France

*2006 Guillaume Cyril, *Utilisation d'un outil pratique d'aide à la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte*, faculté de médecine Nancy I, France

*2002, P.Spicher, *le phénomène de la douleur chez l'enfant*, Université de Fribourg, Suisse.

Annexes

(Annexe N° 1)



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
كلية العلوم الاجتماعية
Faculté des sciences sociales

قسم علم النفس والأرطوفونيا
مصلىة ما بعد التدرج

التاريخ: 2016/11/08

المرجع: 119/2016

إلى السيد

مدير المركز الإستشفائي بولاية سيدي بلعباس
مصلىة طب الأطفال

موضوع: طلب رخصة تربص ميداني .

في إطار تحضير (ها) أطروحة الدكتوراه في علم النفس.

تخصص: علم النفس العيادي

موضوع الرسالة: "إقتراح بروتوكول علاج الألم المزمن عند الطفل في التكفل النفسي"

نرجو من سيادتكم السماح للطالب (ة): بوحص فضيلة فاطمة الزهراء

إجراء دراسته (ها) الميدانية بمؤسنتكم وذلك خلال الموسم الدراسي 2016/2017.

مدة التربص: 12 شهرا

و لكم جزيل الشكر



د. سهيل مقدم

رئيس قسم علم النفس و الأرطوفونيا



امضاءك بصفة مستقلة

Amis Honorables

Dr. AGG. BENMELAL K
Chargé de la formation des étudiants
C.H.U. Sba A



قسم علم النفس والأرطوفونيا
مصنحة ما بعد التدرج

التاريخ: 2016/11/08

المرجع: 2016

إلى السيد

مدير المركز الإستشفائي الأمير عبد القادر بمسرغين - وهران -
مصنحة سرطان الأطفال



موضوع : طلب رخصة تريض ميداني .

في إطار تحضير (ها) أطروحة الدكتوراه في علم النفس .

تخصص : علم النفس العيادي

موضوع الرسالة : "إقتراح بروتكول علاج الألم المزمن عند الطفل في التكفل النفسي "

نرجو من سيادتكم السماح للطالب (ة) : بوحص فضيلة فاطمة الزهراء

إجراء دراسته (ها) الميدانية بمؤسستكم وذلك خلال الموسم الدراسي 2016/2017.

مدة التريض: 12 شهرا

و لكم جزيل الشكر



د. سهيل مقدم

رئيس قسم علم النفس و الأرطوفونيا



مدير المؤسستكم
إمضاء: عابد محمد

(Annexe N° 2) FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : « Proposition d'un protocole thérapeutique de l'enfant douloureux chronique »

Nom du chercheur : Madame Bouhass-Yagoub Fadéla

Signature :

Nom de l'encadreur : Professeur Moutassem-Mimouni Badra

Signature :

Résumé et objectif de l'étude : Cette étude scientifique s'inscrit dans le cadre de la préparation d'une thèse de doctorat (l'Université d'Oran 2 département de psychologie). L'objectif de cette recherche est de proposer une démarche thérapeutique de prise en charge de l'enfant douloureux chronique basée sur des techniques psychologiques centrées sur les thérapies comportementales et cognitives. Ces dernières permettent de réduire les souffrances de ces enfants et orientent leur famille vers des comportements adéquats. Le protocole permettrait de contribuer à la prise en charge thérapeutique et programmes de lutte contre la douleur des patients. Il participe ainsi aux actions de promotion et d'évaluation de la douleur dans les établissements hospitaliers et des unités antidouleur.

Je **soussigné(e)**
Monsieur/Madame :

En signant ce formulaire, je déclare que je consens de mon plein gré à participer avec mon enfant à l'étude intitulée « Proposition d'un protocole thérapeutique de l'enfant douloureux chronique » dont le projet est approuvé par le chef de service d'oncologie pédiatrique du centre Amir Abdel Kader d'Oran.

Je comprends que ma participation et celle de mon enfant n'est pas obligatoire et que je peux interrompre ma participation à tout moment sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité.

J'ai reçu avec mon enfant des explications concernant la nature, la méthode, le but et la durée de l'étude, nous avons été informés de ce qu'on attend de nous.

J'ai été informé que mon identité et celle de mon enfant n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant et concernant mon enfant sera traitée de façon confidentielle.

Je déclare avoir lu le document d'information et certifie avoir donné mon accord pour participer à cette étude.

Date :

Signature du parent:

3/ Situation et relations familiales :

Niveau socio-économique : Bon Moyen Médiocre

Nombre de la fratrie : Rang : Pathologie/s :

Relations fraternelles :

Profession du père : Age : Pathologie/s :

Profession de la mère : Age : Pathologie/s :

Situation parentale :

➤ Harmonie parentale :

- Soutien réciproque : Oui Non
- Implication du père et partage des soins Oui Non
- La mère est soutenue par son époux Oui Non
- Négligence et indifférence du père Oui Non
- Tout le poids et charges sont assumés par la mère Oui Non
- Mari culpabilisant Oui Non

➤ Parents Séparés :

- Depuis quand ? :
- Cause/s :
- La maladie de l'enfant en est-elle pour quelque chose ? Oui Non
- La place de la maladie dans les conflits :
- Autres personnes impliquées dans le conflit (belle- mère, belle- sœur ou autre)
 - Comment :
 - Pourquoi :

4/ Niveau scolaire :

➤ Rendement scolaire :

Excellent Bon Moyen : Médiocre : Classe/s redoublée/s :

- Fréquence des absences :fois/mois/trimestre

- Loisirs : Jeu individuel

Jeu collectif

Lecture

Activité Sportive dispense

➤ Relations sociales actuelles et camaraderie :

Riches Limitées Très limitées

5/ Début de maladie :

Diagnostiquée le : Nombre d'hospitalisations :

6/ Expression du ressenti de la maman :

- Je pense que j'ai une part de responsabilité dans la maladie de mon enfant
Jamais parfois souvent
- Il y a des choses que j'aurais du faire pour éviter la maladie de mon enfant
Jamais parfois souvent
- Il y a des choses que je n'aurais pas du faire pour éviter la maladie de mon enfant
Jamais parfois souvent
- Je parle facilement de la maladie de mon enfant oui non
- Je deviens intolérante aux questionnements des gens oui non
- Je n'ai pas la chance qu'ont les autres mamans :
Jamais parfois souvent
- Mon entourage me fait sentir que je suis diminuée
Jamais parfois souvent
- Mon entourage me soutient :
Jamais parfois souvent
- La maladie de mon enfant est une épreuve pour moi :
Jamais parfois souvent
- La maladie de mon enfant est une punition pour moi :
Jamais parfois souvent
- mon enfant : - m'isole de la société oui non
- m'épuise oui non
- m'étouffe oui non
- me fait souffrir oui non
- qu'est ce que j'ai fais au bon dieu oui non
- Quand il a mal, le pauvre, il me fait de la peine oui non
- Il n'a rien fait pour mériter cela oui non
- Il n'a pas de chance oui non
- Il n'a rien fait pour mériter cela oui non

Nom et prénom

Age : Date :

1/ Communication et interactions de la mère à l'enfant :

A- Communication digitale :

a-Organisation spatiale :

Postures de la mère :

- | | | | |
|------------------------------------|---|----|-----|
| - assise à proximité de son enfant | * | ** | *** |
| - debout « « | * | ** | *** |
| - assise loin de son enfant | | | |
| - debout « « | | | |

b-Contact physique :

- le tient par la main
- met sa main sur l'endroit douloureux
- l'embrasse
- lui caresse les cheveux
- le câline
- répond au désir de contact de son enfant
- distante pas de contact physique

c- Contact visuel :

- le regarde dans les yeux
- échange de regards
- évite son regard

B- Communication verbale :

- tient des propos communs, superficiels
- propos inappropriés à l'âge de l'enfant
- propos qui manquent d'authenticité émotionnelle
- propos empathiques
- propos banalisant le ressenti douloureux de l'enfant
- colère exprimée verbalement
- colère exprimée gestuellement
- crie
- aucune communication verbale
- propos amusants, humour (blagues, histoires, jeux...)

C- Comportement de la mère et sa perception des émotions négatives de l'enfant au moment douloureux :

- répond au désir de contact de l'enfant
- réponse adaptée
- au moment adéquat
- la mère ne remarque rien

- remarque mais n'intervient pas
- se retourne vers l'enfant mais n'exprime rien
- prend conscience de son comportement déplaisant pour l'enfant mais continue
- la mère se distancie de son enfant
- ne réagit pas pour le calmer
- pleure, se lamente,
- discute avec d'autres personnes (ex : garde-malade)
- réaction de fuite et évitement de la situation de douleur (ex : sort de la chambre)
- réactions inappropriées (ordonne l'enfant de se calmer, le critique avec hostilité...)
- donne un antalgique ou autre calmant
- demande l'aide de l'infirmier ou appelle le médecin

2/ COMMUNICATION ET INTERACTIONS DE L'ENFANT A SA MERE :

A- Comportements activant les comportements de soins de la mère (affects négatifs et expressions vocales de l'enfant) :

- expression faciale tendue, triste ou inquiète
- silencieux, distrait, absent
- grognements
- gémissements
- plaintes verbales
- expressions d'inconfort
- pleurs
- cris
- hurlements
- détresse marquée

B- Communication non verbale:

- faciès détendu
- tend la main vers sa mère
- recherche ou demande la proximité
- recherche le contact physique
- exige la présence de la mère
- refuse d'être touché
- résiste aux soins de la mère, non coopératif
- ne permet pas que sa mère l'approche
- préfère rester seul
- fâché/ mécontent
- revendicateur
- comportements agressifs verbaux
- « « gestuels

C- Comportements positifs au moment douloureux

- s'applique des poches de glace à l'endroit douloureux
- regarde la TV
- fait de la lecture, fait un jeu ou une occupation favorite
- accepte de dessiner, de jouer aux cartes
- cherche de la compagnie, se fait des copains,
- parle aux adultes
- humour, plaisanterie sur sa maladie

**Les comportements de la mère en termes de dépendance/autonomie
acceptés ou refusés par l'enfant :**

- | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------|
| - Le prend dans ses bras pour le coucher | accepte <input type="checkbox"/> | refuse <input type="checkbox"/> |
| - L'accompagne aux toilettes | accepte <input type="checkbox"/> | refuse <input type="checkbox"/> |
| - Le fait manger | accepte <input type="checkbox"/> | refuse <input type="checkbox"/> |
| - Lui fait sa toilette | accepte <input type="checkbox"/> | refuse <input type="checkbox"/> |
| - Lui donne son traitement | accepte <input type="checkbox"/> | refuse <input type="checkbox"/> |
| - Applique les poches de glace sur l'endroit douloureux : | accepte <input type="checkbox"/> | refuse <input type="checkbox"/> |
| - Aide le personnel paramédical | accepte <input type="checkbox"/> | refuse <input type="checkbox"/> |
| - Elle l'accompagne partout | accepte <input type="checkbox"/> | refuse <input type="checkbox"/> |

- Légende :** (*) Situation peu ou pas observée
(**) Situation fréquemment observée
(***) Situation très fréquemment observée

ANNEXE N°5

L'échelle composite de dépression pour enfant(MDI-C)J.Berndt et C.F.Kaiser
et de D.J Berndt et C.F Kaiser 1999

لا	نعم	العبارات	
		خلال النهار أحلم كثيرا	01
		الأطفال الآخرون يحبونني	02
		أشعر بالتوتر في المدرسة	03
		أجلب لنفسي المشاكل في المدرسة	04
		أفكر كثيرا في الموت	05
		أحب أن أكون مع الناس	06
		أعاقب بدون سبب	07
		أنا حزين	08
		عندما أغضب أصبح شرير	09
		الحظ ضدي	10
		أكره نفسي	11
		أني في كامل قوايا	12
		لا أستطيع البقاء في مكان واحد	13
		بطني يؤلمني	14
		أخذ الأشياء بدون استئذان	15
		ليس لي أصدقاء	16
		عائلتي تصغي إليا	17
		سوف يكون مستقبلي جميل	18
		لا أتسلى كثيرا	19
		أشعر أني متعب جدا	20
		الأطفال يزجونني	21
		أنسى الكثير من الأشياء	22
		أشعر بالحيرة	23
		في القسم لا أجراً طلب الذهاب للمرحاض	24
		سلوكي حسن	25
		لا أريد أن أعيش	26
		لا يريد الأطفال اللعب معي	27
		الناس لا يبالون بي كثيرا	28
		أنا طفل سعيد	29
		أتشاجر مع أساتذتي	30
		أنا محظوظ	31
		أستسلم بسهولة	32
		أريد النوم	33
		أصدقائي يتعبونني جدا	34

		أنا منتبه	35
		موضوع الموت يشغل بالي	36
		رأسي يؤلمني جدا	37
		أحب كثير اللعب مع زملائي	38
		الناس ليسوا عادلين معي	39
		أحس أنني حزين	40
		أحس بالضجر (مديقوتي)	41
		طبعي سيئ	42
		أمور سيئة سوف تحدث لي	43
		عائلتي تهتم بي	44
		عندي خطة كي أنتحر	45
		أني مريض جدا	46
		أحلم بأشياء تخيفني	47
		فكري يتلخبط	48
		أحب نفسي	49
		أشعر أنني قبيح الشكل	50
		أنتسلي	51
		أحب اللعب	52
		أتعب بسهولة	53
		أنا هادئ	54
		يحصل لي أن أهرب من البيت	55
		لا أحد يقلق إذا مت	56
		لا أحب الكلام	57
		زملائي يصغون لمشاكلي	58
		اساتذتي لا يعاملونني بعدل	59
		من الصعب أن تكون فرحين	60
		أنا غاضب على عائلتي	61
		أحوالي تتحسن	62
		مستقبلي سيكون جيدا	63
		أبقى لوحدي في المدرسة	64
		أقوم بحماقات	65
		أنا لا أضبط حركاتي	66
		أصغي جيدا	67
		لا أنام أبدا بكفاية	68
		شكلي يعجبني	69
		لا أشعر تماما بأنني في خطر	70
		أجد أنني جيد	71
		أحب تخريب الأشياء	72
		أتجنب المشاكل	73
		أحب الخروج مع أصدقائي	74
		لا أحد يسمعي عندما أشتك	75
		لا أجد أصدقائي وقت الحاجة	76
		أشعر بالملل	77
		حياتي سعيدة	78
		أتوقع أن تكون لي مشاكل أكثر	79

ANNEXE N°6

Age : 11-13 ans						
Echelle	Garçons			Filles		
	Note brute	Percentile	Note T	Note brute	Percentile	Note T
Anxiété	11	—	—	11	—	—
	10	99	79	10	99	79
	9	99	74	9	99	74
	8	98	70	8	98	70
	7	95	66	7	95	66
	6	90	63	6	90	63
	5	83	60	5	83	60
	4	74	56	4	74	56
	3	62	53	3	62	53
	2	41	48	2	41	48
	1	19	41	1	19	41
0	5	33	0	5	33	
Estime de Soi	8	99	76	8	99	77
	7	99	73	7	99	72
	6	99	72	6	96	68
	5	97	68	5	92	64
	4	95	67	4	85	60
	3	90	63	3	73	56
	2	80	58	2	64	54
	1	66	54	1	49	50
0	28	44	0	19	41	
Humeur Triste	8	99	79	8	99	79
	7	99	75	7	99	75
	6	99	72	6	99	72
	5	97	69	5	97	69
	4	96	67	4	96	67
	3	94	65	3	94	65
	2	87	61	2	87	61
	1	73	56	1	73	56
0	32	45	0	32	45	
Sentiment d'Impuissance	11	—	—	11	—	—
	10	99	79	10	99	79
	9	99	74	9	99	74
	8	98	71	8	98	71
	7	97	69	7	97	69
	6	96	67	6	96	67
	5	94	65	5	94	65
	4	90	63	4	90	63
	3	83	60	3	83	60
	2	73	56	2	73	56
1	50	50	1	50	50	
0	17	41	0	17	41	
Introversiion Sociale	10	—	—	10	—	—
	9	—	—	9	—	—
	8	—	—	8	—	—
	7	—	—	7	—	—
	6	99	79	6	99	79

Age : 11-13 ans						
Echelle	Garçons			Filles		
	Note brute	Percentile	Note T	Note brute	Percentile	Note T
	5	99	75	5	99	75
	4	98	70	4	98	70
	3	95	67	3	95	67
	2	87	61	2	87	61
	1	66	54	1	66	54
	0	27	44	0	27	44
Faible Energie	8	99	76	8	99	76
	7	99	74	7	99	74
	6	98	70	6	98	70
	5	94	65	5	94	65
	4	87	61	4	87	61
	3	79	58	3	79	58
	2	66	54	2	66	54
	1	48	49	1	48	49
	0	19	41	0	19	41
Pessimisme	9	—	—	9	—	—
	8	99	76	8	99	76
	7	98	71	7	98	71
	6	97	68	6	97	68
	5	95	66	5	95	66
	4	91	63	4	91	63
	3	84	60	3	84	60
	2	71	55	2	71	55
	1	46	49	1	46	49
	0	15	40	0	15	40
Provocation	13	99	79	13	99	79
	12	99	75	12	99	75
	11	99	74	11	99	74
	10	99	74	10	99	74
	9	99	72	9	99	72
	8	98	70	8	98	70
	7	94	65	7	94	65
	6	88	62	6	88	62
	5	82	59	5	82	59
	4	74	57	4	74	57
	3	63	53	3	63	53
	2	45	49	2	45	49
	1	26	43	1	26	43
	0	8	36	0	8	36
Note Totale	61	99	79	61	99	79
	60	99	76	60	99	76
	59	99	76	59	99	76
	58	99	76	58	99	76
	57	99	76	57	99	76
	56	99	76	56	99	76
	55	99	76	55	99	76
	54	99	76	54	99	76
	53	99	76	53	99	76
	52	99	76	52	99	76

ANNEXE N°7

Age : 11-13 ans						
Echelle	Garçons			Filles		
	Note brute	Percentile	Note T	Note brute	Percentile	Note T
Note Totale (suite)	51	99	76	51	99	76
	50	99	76	50	99	76
	49	99	76	49	99	76
	48	99	75	48	99	75
	47	99	74	47	99	74
	46	99	73	46	99	73
	45	99	72	45	99	72
	44	99	72	44	99	72
	43	99	72	43	99	72
	42	99	72	42	99	72
	41	98	71	41	98	71
	40	97	69	40	97	69
	39	97	69	39	97	69
	38	97	69	38	97	69
	37	97	68	37	97	68
	36	96	67	36	96	67
	35	95	67	35	95	67
	34	95	67	34	95	67
	33	94	66	33	94	66
	32	93	65	32	93	65
	31	92	64	31	92	64
	30	91	64	30	91	64
	29	91	63	29	91	63
	28	91	63	28	91	63
	27	90	63	27	90	63
	26	90	63	26	90	63
	25	88	62	25	88	62
	24	87	61	24	87	61
	23	86	61	23	86	61
	22	84	60	22	84	60
	21	83	59	21	83	59
	20	80	59	20	80	59
	19	77	57	19	77	57
	18	74	56	18	74	56
	17	72	56	17	72	56
	16	69	55	16	69	55
	15	66	54	15	66	54
	14	62	53	14	62	53
	13	58	52	13	58	52
	12	55	51	12	55	51
	11	52	51	11	52	51
	10	48	49	10	48	49
	9	43	48	9	43	48
	8	38	47	8	38	47
	7	33	46	7	33	46
	6	26	44	6	26	44
	5	20	42	5	20	42
	4	14	39	4	14	39
	3	8	36	3	8	36
	2	4	33	2	4	33
	1	2	29	1	2	29
	0	0	24	0	0	24

ANNEXE N°8
Le (Pediatric Pain Coping Inventory) PPCIde Verni

لاسم و اللقب

تاريخ

أنتي

ذكر

دائما	أحيانا	أبدا		
"2"	"1"	"0"		
			أذهب إلى سريري	01
			أطلب الدواء	02
			أطلب عناقا أو قبلة	03
			أطلب من الشخص أن يفهم شدة ألمي	04
			أبكي أوأصرخ	05
			أفكر الذهاب إلى عطلة أو رحلة	06
			ألعب مع رفقتي	07
			أشاهد التلفاز	08
			ألعب لعبة	09
			أكل أو أشرب شيئا	10
			أدلك المكان المؤلم	11
			أقول لنفسي بأن أكون شجاعا	12
			أطلب من أمي ،أبي أو زميلي البقاء بقربي	13
			أحاول عدم التفكير في الألم وأتجاهله	14
			أتنفس بعمق	15
			أفكر في أشياء سارة	16
			ألعب مع (قطي ،كلبي أوغيره) أو بلعبي	17
			أطالع أو ألون رسومات	18
			أتحدث عما أقوم به أثناء اليوم	19
			أظن أن الأمر سيزيد سوءا	20
			أتمني أنه سيزول	21
			أتخيل أنني أستطيع إزالة الألم بنفسي	22

			23	أتصرفه كأني لم أعاني من ألم
			24	أقول لنفسي بأن الأمر سوف يتحسن
			25	أحاول أن أكون شجاعا و أن لا أقول شيئا
			26	أبقي جالسا بهدوء
			27	أتمدد
			28	أخبر أبي أو أمي
			29	أطلب البقاء وحدي
			30	أطلب حضور طبيب
			31	أعلم أنني قادر أن أقوم بشئ ما حتى يتحسن حالي
			32	أعلم أنني قادر على طلب شئ يخفف من ألمي
			33	أطلب من شخص ما أن يشرح لي لماذا أتأم
			34	أضع شئ بارد أو ساخنا فوق المكان المؤلم
			35	أذهب إلى النوم إلى أن يتحسن الوضع
			36	أغضب وأعامل الآخرين معاملة سيئة
			37	أشد يد شخص أو شئ بقوة
			38	أطلب من أحد أن يقول لي أن الألم سوف يزولو بأني سوف أتحسن
			39	أدعوا وأطب مساعد الله
			40	أتظاهر أن الألم أخف عما هو عليه في الواقع
			41	أظن أنني عاجز على إيقاف ألمي

ANNEXE N°09

– Table d'étalonnage – filles

Note brute	6 ans - 8 ans				9 - 10 ans				11 - 12 ans				13 - 14 ans			
	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4
0	-2.6	-3.0	-2.2	-2.2	-3.6	-3.2	-2.2	-2.8	-3.2	-4.2	-2.4	-3.0	-4.4	-3.4	-2.4	-3.8
1	-2.6	-2.6	-2.0	-1.6	-3.4	-3.0	-1.8	-2.2	-3.0	-3.8	-2.0	-2.4	-4.0	-3.0	-2.2	-3.2
2	-2.4	-2.4	-1.6	-1.2	-3.2	-2.6	-1.6	-1.8	-2.8	-3.4	-1.8	-1.8	-3.8	-2.8	-1.8	-2.4
3	-2.2	-2.0	-1.4	-0.6	-3.0	-2.4	-1.2	-1.4	-2.6	-3.2	-1.4	-1.4	-3.6	-2.4	-1.4	-1.8
4	-2.0	-1.8	-1.0	-0.2	-2.8	-2.0	-1.0	-1.0	-2.4	-2.8	-1.2	-0.8	-3.2	-2.0	-1.0	-1.2
5	-2.0	-1.6	-0.8	0.2	-2.6	-1.8	-0.6	-0.4	-2.2	-2.4	-0.8	-0.2	-3.0	-1.8	-0.6	-0.4
6	-1.8	-1.2	-0.4	0.8	-2.4	-1.4	-0.4	0.0	-2.0	-2.0	-0.6	0.4	-2.8	-1.4	-0.2	0.2
7	-1.6	-1.0	-0.2	1.2	-2.2	-1.2	-0.2	0.4	-1.8	-1.6	-0.2	0.8	-2.4	-1.0	0.2	0.8
8	-1.4	-0.8	0.2	1.8	-2.0	-0.8	0.2	0.8	-1.6	-1.2	0.0	1.4	-2.2	-0.8	0.6	1.4
9	-1.2	-0.4	0.4	2.2	-1.8	-0.6	0.4	1.4	-1.4	-1.0	0.4	2.0	-2.0	-0.4	1.0	2.2
10	-1.2	-0.2	0.8	2.8	-1.6	-0.2	0.8	1.8	-1.2	-0.6	0.6	2.4	-1.6	0.0	1.4	2.8
11	-1.0	0.2	1.0	3.2	-1.4	0.0	1.0	2.2	-1.0	-0.2	1.0	3.0	-1.4	0.2	1.8	3.4
12	-0.8	0.4	1.4	3.6	-1.2	0.4	1.4	2.6	-0.8	0.2	1.2	3.6	-1.2	0.6	2.2	4.0
13	-0.6	0.6	1.6		-1.0	0.6	1.6		-0.6	0.6	1.6		-0.8	1.0	2.6	
14	-0.6	1.0	2.0		-0.8	1.0	2.0		-0.4	1.0	2.0		-0.6	1.2	2.8	
15	-0.4	1.2	2.2		-0.8	1.2	2.2		-0.2	1.2	2.2		-0.4	1.6	3.2	
16	-0.2	1.6	2.6		-0.6	1.6	2.6		0.0	1.6	2.6		0.0	2.0	3.6	
17	0.0	1.8			-0.4	1.8			0.2	2.0			0.2	2.2		
18	0.0	2.0			-0.2	2.2			0.4	2.4			0.4	2.6		
19	0.2				0.0				0.6				0.6			
20	0.4				0.2				0.8				1.0			
21	0.6				0.4				1.0				1.2			
22	0.6				0.6				1.2				1.4			
23	0.8				0.8				1.4				1.8			
24	1.0				1.0				1.6				2.0			
25	1.2				1.2				1.6				2.2			
26	1.2				1.4				1.8				2.6			
27	1.4				1.6				2.0				2.8			
28	1.6				1.8				2.2				3.0			
29	1.8				2.0				2.4				3.4			
30	1.8				2.2				2.6				3.6			
31	2.0				2.2				2.8				3.8			
32	2.2				2.4				3.0				4.2			
33	2.4				2.6				3.2				4.4			
34	2.4				2.8				3.4				4.6			
35	2.6				3.0				3.6				5.0			
36	2.8				3.2				3.8				5.2			

ANNEXE N°10

Table d'étalonnage – garçons

Note brute	6 - 8 ans				9 - 10 ans				11 - 12 ans				13 - 14 ans			
	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4
0	-2.4	-2.6	-2.6	-2.4	-2.6	-2.8	-2.2	-2.4	-2.0	-3.2	-1.8	-3.0	-2.6	-3.6	-2.0	-2.8
1	-2.2	-2.4	-2.2	-2.0	-2.4	-2.6	-1.8	-1.8	-2.0	-2.8	-1.6	-2.4	-2.4	-3.2	-1.8	-2.2
2	-2.0	-2.0	-1.8	-1.6	-2.2	-2.4	-1.6	-1.4	-1.8	-2.6	-1.2	-1.8	-2.2	-3.0	-1.4	-1.6
3	-1.8	-1.8	-1.4	-1.0	-2.0	-2.2	-1.2	-0.8	-1.6	-2.2	-1.0	-1.2	-2.0	-2.6	-1.2	-1.0
4	-1.8	-1.4	-1.2	-0.6	-1.8	-1.8	-1.0	-0.4	-1.4	-2.0	-0.6	-0.8	-1.8	-2.4	-0.8	-0.2
5	-1.6	-1.2	-0.8	0.0	-1.6	-1.6	-0.6	0.2	-1.2	-1.8	-0.2	-0.2	-1.6	-2.0	-0.6	0.4
6	-1.4	-1.0	-0.4	0.4	-1.6	-1.4	-0.4	0.6	-1.2	-1.4	0.0	0.4	-1.4	-1.6	-0.2	1.0
7	-1.2	-0.6	0.0	1.0	-1.4	-1.2	0.0	1.2	-1.0	-1.2	0.4	0.8	-1.2	-1.4	0.0	1.6
8	-1.0	-0.4	0.4	1.4	-1.2	-0.8	0.2	1.6	-0.8	-0.8	0.6	1.4	-1.0	-1.0	0.4	2.2
9	-0.8	0.0	0.6	2.0	-1.0	-0.6	0.6	2.2	-0.6	-0.6	1.0	2.0	-0.8	-0.8	0.8	2.8
10	-0.8	0.2	1.0	2.4	-0.8	-0.4	0.8	2.8	-0.4	-0.4	1.4	2.4	-0.6	-0.4	1.0	3.4
11	-0.6	0.6	1.4	2.8	-0.6	0.0	1.2	3.2	-0.2	0.0	1.6	3.0	-0.4	0.0	1.4	4.2
12	-0.4	0.8	1.8	3.4	-0.6	0.2	1.4	3.8	-0.2	0.2	2.0	3.6	-0.2	0.2	1.6	4.8
13	-0.2	1.2	2.0		-0.4	0.4	1.6		0.0	0.6	2.2		0.0	0.6	2.0	
14	0.0	1.4	2.4		-0.2	0.6	2.0		0.2	0.8	2.6		0.2	0.8	2.2	
15	0.0	1.8	2.8		0.0	1.0	2.2		0.4	1.2	2.8		0.4	1.2	2.6	
16	0.2	2.0	3.2		0.2	1.2	2.6		0.6	1.4	3.2		0.6	1.6	2.8	
17	0.4	2.4			0.2	1.4			0.6	1.6			0.8	1.8		
18	0.6	2.6			0.4	1.6			0.8	2.0			1.0	2.2		
19	0.8				0.6				1.0				1.0			
20	1.0				0.8				1.2				1.2			
21	1.0				1.0				1.4				1.4			
22	1.2				1.2				1.4				1.6			
23	1.4				1.2				1.6				1.8			
24	1.6				1.4				1.8				2.0			
25	1.8				1.6				2.0				2.2			
26	1.8				1.8				2.2				2.4			
27	2.0				2.0				2.2				2.6			
28	2.2				2.2				2.4				2.8			
29	2.4				2.2				2.6				3.0			
30	2.6				2.4				2.8				3.2			
31	2.8				2.6				3.0				3.4			
32	2.8				2.8				3.2				3.6			
33	3.0				3.0				3.2				3.8			
34	3.2				3.0				3.4				4.0			
35	3.4				3.2				3.6				4.2			
36	3.6				3.4				3.8				4.4			

ANNEXE N°11

Inventaire des schémas précoces de l'enfant de Rusinek et Hautekeete
version abrégée du questionnaire de YOUNG (1999).

			01	أشعر أنني مضطر أن أحكي كل شيء لوالديا
			02	أشعر أنني أفضل كل ما أقوم به في المدرسة و خارج المدرسة
			03	أشعر أن والديا ورفقائي لا يهتمون بي ولا يحبونني
			04	أغضب لما أريد شيئا و يقال لي "لا"
			05	أخاف أن أكون شريرا بدون أن أرغب في ذلك
			06	أفضل إرضاء الآخرين بدلا من إرضاء نفسي
			07	أحذر لأنني أظن أن الآخرين أشرار أكثر مما يبدو عليه
			08	إذا لم يتسطيع أحد مساعدتي ، لا أفهم ما الذي يجري من حولي
			09	من الطبيعي أن أستاذتي أو والديا يفسوا عليا إذا ارتكبت خطأ صغيرا كان
			10	بالنسبة لي ، من الصعب إظهار سعادتي لرفقائي
			11	يصعب عليا إنهاء عمل ممل
			12	في التقويم،أشعر أنني أقل قدرة على النجاح من التلاميذ الآخرين
			13	أشعر أن رفقائي يريدون إستغلالي
			14	أنا وحيد، ولا أريد الكلام عن أسرارتي للآخرين لأنني مختلف عنهم
			15	لما يكون والديا أو رفقائي حزينين ،أنا الوحيد الذي أصغي إليهم وأساعدهم
			16	أريد أن أكون متميزا في كل ما أقوم به
			17	أشعر بالقلق لما يتركني رفقائي أووالديا لوحدي ،ولو لمدة قصيرة
			18	أخاف أن أهاجم من شخص ما
			19	أخاف أن يتخلى عني الأشخاص الذين يحبونني
			20	أتقرب من والديا أكثر من تقرب رفقائي لوالديهم
			21	أخاف أن يصيبني مرض أو حادث
			22	لما كنت صغيرا لم يسمعني ولم يهتم بي أحد
			23	إذ أشعر بالغاضب أخاف أن أذي شخصا ما
			24	لما أقوم بعمل ما أحتاج إلى المساعدة
			25	لما أكون حزينا لا أبدي به لرفقائي أووالديا
			26	يصعب عليا أن يكون لي أصدقاء

Echelle lieu de contrôle pour enfant de Nowicki-Strickland

لا	نعم	العبارة	
		هل تعتقد أن أغلبية المشاكل تحل نفسها بنفسها إذا لم تبال بها؟	01
		هل تعتقد أن بإمكانك تفادي الإصابة بالزكام؟	02
		هل توبخ عادة على أخطاء لم ترتكبها؟	03
		هل تعتقد أنه إذا راجع الفرد دروسه بشكل جيد، يمكنه النجاح في أي امتحان؟	04
		هل تشعر في معظم الأوقات أنه لا جدوى من المحاولات الشاقة لأن الأمور لن تتغير مهما فعلت؟	05
		هل تشعر أن الأمور إذا رأيت جيدة منذ الصباح فإنها تظل كذلك طول اليوم بصرف النظر عن تصرفاتك؟	06
		هل تعتقد أن التمني كاف لجعل الأمور الجيدة تتحقق؟	07
		حين تعاقب، هل يكون ذلك لسبب غير معقول؟	08
		هل تشعر أن التشجيع يساعد الفريق على الفوز أكثر من الحظ؟	09
		حين ترتكب خطأ، هل تشعر أنه لا يمكنك فعل الكثير لتصحيحه	10
		هل تشعر أن من أبحح الطرق لمعالجة معظم المشاكل هو عدم التفكير فيها؟	11
		هل تعتقد برقم يجلب الحظ؟	12
		هل غالبا تشعر إن إنجاز الواجبات المنزلية أو عدم إنجازها ينعكس على النقاط التي تتحصل عليها؟	13
		هل تعتقد أن حب الناس لك أو عدم حبهم يتوقف على معاملتك لهم؟	14
		هل تشعر أنه حين يغضب منك الناس يكون ذلك دائما بلا سبب على الإطلاق	15
		في معظم الأوقات، هل تشعر أنه يمكنك أن تغير ما سيحدث غدا بما تفعله اليوم؟	16
		هل تعتقد أن الأمور المزعجة عندما تكون ستحدث، فإنها ستحدث مهما حاولت تفاديها؟	17
		هل تفكر أن الناس يمكنهم الحصول على ما يريدون إذاهم استمروا في المحاولة؟	18
		هل تشعر أن الأمور الجيدة عندما تحدث تكون نتيجة العمل الشاق؟	19
		إذ قرر أحد أقاربك أن يكون عدوا لك، هل تشعر أنه لا يمكنك فعل الكثير لتغيير ذلك	20
		هل تشعر أنه ليس لديك ما تفعله حين يكون شخص ما لا يحبك؟	21
		هل تشعر دوما أنه لا جدوى من المحاولة في المدرسة لأن معظم التلاميذ أذكى منك فقط؟	22
		هل أنت من الناس الذين يعتقدون أن التخطيط يجعل الأمور تسير نحو الأحسن؟	23
		هل ترى بأنه يفضل أن يكون المرء ذكيا على أنه يكون محظوظا؟	24

ANNEXE N°13

مقياس نويكي وستريلاند لمركز الضبط (المختزل) Grille de

correction

لا	نعم	
0		01
0	0	02
		03
	0	04
0		05
0		06
0		07
0		08
	0	09
0		10
0		11
0		12
	0	13
	0	14
0		15
	0	16
0		17
	0	18
	0	19
0		20
0		21
0		22
	0	23
	0	24

ANNEXE N°14

مقياس التعلق الوجداني

قائمة تنظيم الارتباط العاطفي مع الأم

L'inventaire d'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA) d'Armsden et Greenberg.

العامة الاسم.....الجنس.....العمر:.....

مكان الإقامة:.....

تعليمات تتساءل العبارات التالية عن مشاعرك تجاه والدتك أو الشخصية التي حلت مكان والدتك. لو أن هناك أكثر من شخص قام بدور الأم في حياته (أم، زوجة الأب، جدة، مربية)، فضلاً: اقرأ كل عبارة من العبارات التالية بدقة ثم ضع علامة (X) تحت الاختبار الذي يعبر عنك .

لا تنطبق مطلقاً	تنطبق نادراً	تنطبق أحياناً	تنطبق غالباً	تنطبق تماماً	العبارة	
					تتحترم والدي مشاعري	01
					أشعر أن والدي تؤدي دورها تجاهي كأم	02
					أتمنى لو كانت لي أما أخرى غير والدي	03
					والدي تتقبلني كما أنا	04
					أحب أن أستمع لوجهة نظر والدي في الأمور التي تخصني	05
					أشعر بأنه لافائدة من إظهار مشاعري نحو والدي	06
					والدي تحس بمشاعري عندما أكون قلقاً من شيء ما	07
					عندما أتحدث مع والدي عن مشكلاتي أشعر بالخجل أو الغباء	08
					تتوقع والدي مني الكثير	09
					انفعل بسهولة من تصرفات والدي	10
					انفعل بدرجة أكبر مما تعرفه والدي عني	11
					تهتم والدي بوجهة نظري عندما تتنافس	12
					تثق والدي في آرائي وأحكامي على الأمور	13
					والدي لها مشاكلها الخاصة، لذا فأنا لا أشغلها بأموري	14
					والدي تساعدني على أن أفهم نفسي بصورة أفضل	15

					احكي لوالدي عن مشكلاتي و متاعبي	16
					أشعر بالضيق من والدي	17
					لا أحصل على الاهتمام الكافي عن والدي	18
					تساعدني والدي على التحدث عن الصعوبات تواجهني	19
					والدي تفهمني	20
					عندما أغضب من شيء ما تحاول والدي أن تفهم موقفني	21
					أثق في والدي	22
					لا تستطيع والدي تفهم ما أعيشه هذه الأيام	23
					اعتمد على والدي عندما أرغب التعبير عن شيء بداخلي	24
					لو علمت والدي أن شيئاً ما يؤرقني تسألني عنه	25

إقتراح بروتوكول علاج الألم المزمن عند الطفلفي التكفل النفسي

مقدمة:

أصبح للألم إهتمام متزايد أثناء العشرينات الأخيرة بعدما كان له مفهوم حسي فيزيولوجي محظ.

مند دراسات مالزاكووول Malsack et Wall سنة 1965 تبين أن للألم عوامل معرفية، انفعالية وثقافية أعطى صورة إدراكية شاملة في فهم ظاهرة الألم.

في سنة 1976 عرفت الجمعية العلمية لدراسة الألم (ISAD)l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur "الألم هو تجربة حسية انفعالية مزعجة مرتبطة بإصابة نسيجية حقيقية أو متوقعة أو موصوفة على إثر ضرر"

هذا التعريف يتفادى العلاقة المباشرة بين الألم كمثير فيزيولوجي حيث أعطى مكانة لأسباب الإصابة بالألم بدون أن يتجاهل أهمية العوامل الانفعالية كما خصص قيمة معتبرة للتعبير اللفظي للألم.

إضافة لخاصية البشع فللألم دلالة إضافية وجدانية التي تعبر محورا مركزيا في تجربة الألم، فهو ظاهرة معقدة، إدراك ذاتي مركب كونه يتعلق بعدة عوامل مثل توقعات الفرد، إعتقاداته، إنفعالاته، تجاربه المسبقة، ثقافته، تاريخه الشخصي والعائلي، كل هذه العوامل تساعد في تغيير حدة الألم وتساهم في إعطائه الصورة البشعة.

فالألم ظاهرة متعددة الأوجه multidimensionnel فهو جسمي، نفسي واجتماعي ثقافي يندرج في التاريخ الشخصي للفرد وخاصة في تكوين ذاتيته والتي تأخذ موقع حصن في الألم المزمن.

الألم تجربة شخصية لأن تعبيرها فردي من شخص لآخر وفي نفس الوقت هي تجربة عامة لأن عاشها كل واحد منا.

تعريف الألم المزمن يعتمد على المعانات منه لمدة تفوق ستة أشهر وهو السبب الذي يحفز المصاب للبحث عن العلاج، فهو السبب الرئيسي للعيادة الطبية، هناك عدد كبير من الأطفال يترقبون من مصلحة طب الأطفال نظرا لمعاناتهم من أمراض مزمنة مختلفة يصاحبها ألم مزمن مثل مرض إلتهاب المفاصل، الإيموفيليا، سرطان بمختلف أنواعه، صداع الرأس المتكرر....

للألم المزمن إنعكاس عميق على سياقه النهائي وعلى جودة حياته، حيث يؤثر على سلوكه التكيفي النفسي الاجتماعي وكذا المدرسي.

طموح هذه الدراسة هو إلقاء الضوء على الفعالية العلاجية للطرق النفسية في العالم الطبي عن طريق إقتراح برنامج علاج نفسي مبني، متمركز حول العلاج المعرفي السلوكي، يسعى هذا البرنامج إلى تقدير فعالية العلاج عند أطفال مصابون بألم مزمن ناتج عن أمراض مختلفة

الفصل الأول

الاشكالية

سواء كان ألما مزمنًا أو حادًا، محاربة الألم مسألة أخلاقية وإنسانية، دفعت ظاهر الألم بالدول المتقدمة لخلق مؤسسات ضد الألم حيث تم تدشين أول مركز ضد الألم في أمريكا سنة 1930.

يعتمد دوره في التكفل المتعدد التخصصات وذلك لإنجاح العلاج

في فرنسا، صمم أول برنامج تدخل سنة 1998-2000 اثر سياسة تحسين نوعية العناية في التكفل بالألم المزمن مثل ألم الرأس، ألم الظهر، ألم السرطان.

في تونس افتتح أول مركز ضد الألم في سنة 1996، أول مركز لعلاج الأم في مستشفى "رابطة" ويعد أول مركز في إفريقيا، كان ثمرة الاشتراك الفرنسي التونسي مع مساعدة مخبر UPSA، ويعد هذا المركز متعدد التخصصات حيث أنه فضاء للاصغاء والتكفل بالألم باعتباره عرض بصفة كاملة.

في المغرب يوجد مركز ضد الألم في مصلحة السرطان في مستشفى "الرباط".

أظهر المختصون في الجزائر أنه يجب علاج الألم بصورة جدية حيث هدفت الجمعية الجزائرية لتقييم وعلاج الأم (SAETD) أثناء مؤتمراتها الحث على افتتاح مراكز ضد الألم والعناية الانعاشية على مستوى مختلف مناطق الوطن.

شرعت الجزائر في إنشاء مؤسسات ضد الألم في إطار توظيف البرنامج الوطني للسرطان 2015-2019 فافتتح أول مركز في المستشفى الجامعي في الجزائر العاصمة والثاني عبارة عن وحدة دشنت 24 أبريل 2014 في وهران (وحدة الإنعاش في المستشفى الجامعي وهران) وأخير في مستشفى باتنة في شرق البلاد.

يعتمد علاج الأم عند الطفل في الأوساط الاستشفائية خاصة على العلاج الكيميائي بالأدوية من الدرج I و II على أساس مادة الكوديين والأدوية من الدرج III تتكون من المورفين.

إن في العلاقة العلاجية يعتمد الأطباء على الجانب الفيزيولوجي للألم بإعطاء الأدوية المناسبة، فماذا عن الجانب الوجداني، المعرفي والسلوكي الذين هم مكونات الأم؟ هل الاضطرابات التكييفية الناجمة عن الألم كالاكتئاب والقلق يؤخذان بعين الاعتبار. من هنا؟

يستوجب على الأخصائيين النفسيين أن يوحّدوا جهودهم مع الأطباء والسلك الطبي حتى يصبح التكفل بالألم متعدد التخصصات الذي يضمن نجاحاً أكثر لأنه يكون أشمل.

من بين التدخلات النفسية في علاج الألم، هناك دراسات استعملت التنويم المغنطيسي كتقنية تساعد على تنمية مهارات المريض في إدارة ألمه وذلك بتفعيل قدرات الطفل من أجل تنمية قدراته لمواجهة الألم، استعملت هذه الطريقة بنجاح عند المصابين بحرق عميقة (Wakman et Kapon) وألم السرطان (Hilgardet le Baron 1984 ; Lioffi et lowite espie,2004 وكذا عند الأطفال المصابون بالتهاب المفاصل (Walco, Varni, et Ilowite 1992)

في سنة 1998 استخلص Sellikrt Zara1998 ان استعمال التنويم المغنطيسي في إدارة الألم الناتج عن بعض العمليات الجراحية قد تبين إيجابياً في علاقته بعلاج الألم الناجم عن السرطان كانت إيجابية I Martin (2013: 17). هناك تقنية بيولوجية (Biofeedback) تستعمل كذلك لعلاج الألم .

فهي تقنية يستعمل فيها المريض إشارات البيولوجية لتغييرها وتعديلها حسب ما يناسبه.

طريقة نفسية أخرى في العلاج تتمثل في EMDR (Eye Mouvement Desensibilisation and Reprocesing)

والتي أثبتت نجاحها في علاج الألم باعتبارها له كإدراك مضطرب لذاكرة لها علاقة بموقف صدمي.

كطرق معرفية، استعملت الشroud الذهني "بعد الشroud الذهني على تركيز انتباه الطفل على شيء يشاهده، أو يفعله أو يستمع إليه S. Marchant (2009:270).

الانسان لا يتلقى المثيرات العنيفة بصفة جامدة بل يحاول مواجهتها هذا ما يسمى le coping أو استراتيجية المواجهة، فهو عملية مثبتة لإدارة الوضعيات المثيرة، هدفه يتمثل في مساعدة الفرد على تكيفه النفسي الاجتماعي والتخفيف من حدة ضيقة.

أمام الوضعيات الحياتية المثيرة للقلق يستعمل الفرد استجابات وردود أفعال للتحكم في الوضعية والتي تساعده على التحكم وتحمل الموقف. ظهر مصطلح coping استراتيجية المواجهة في الخمسينيات مع

Lazarus et Folkman اللذان يعرفان استراتيجيات المواجهة على أنها مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية المستعملة من طرف الشخص لإدارة وضعيات مثيرة.

تحكم الطفل لأمله يكون تابعا لطريقة إدراكه ل. تتمثل استراتيجية المواجهة في معرفة ما الذي يوظفه الطفل كي يتكيف مع وضعيته الأمل الذي يدركها كمثيرة للقلق.

من هذا المنطلق، فتعتبر دراسته استراتيجية المواجهة لأمل الطفل نقطة مهمته في فهم الفروقات الفردية التي نلاحظها من خلال ردود أفعال الأطفال كما أنها تساعدنا على تكيفها من خلال التكفل النفسي وذلك بوضع برنامج علاج تكييفي.

الدراسة الحالية تقوم على اقتراح برنامج علاج للأمل المزمّن عند الطفل يركز بناءه أساسا على العلاج المعرفي السلوكي. وهو متابعة لدراسته قمنا بها في مذكرة الماجستير سنة 2009-2011 في جامعة وهران والموسومة ب: "إستراتيجية مواجهة الأمل المزمّن عند الطفل: التكفل بالثنائية الأمل/الطفل".

توصلنا من خلال دراستنا أن هناك فروقات فردية بين الأطفال المصابين بالأمل المزمّن الناتج عن مرض إتهاب المفاصل. تختلف إستراتيجيات المواجهة وهذا الاختلاف يتسبب في إظهار أم عدم إظهار اضطرابات التكيف خاصة الاكتئاب والقلق. فكلما استعمل الطفل استراتيجيات تعتمد على حل المشكل كلما بعد عن الاكتئاب و كلما استعمل استراتيجية تعتمد على الانفعال كلما فتح المجال للقلق والاكتئاب.

اتضح كذلك أن التعلق مثال في فهم تكيف الطفل المصاب بأمل مزمّن. حيث أن صلة التعلق بين الطفل والأمل يتمثل في العلاقات التي تساعد على توازن الانفعال(قلق الطفل) وبالتالي تسهل تكيفه مع الأمل.

فمط التعلق الآمن يعتبر كمنبع داخلي يسمع للطفل بالتقييم الإيجابي للوضعيات المثيرة للقلق ومواجهتها بينما نمط التعلق الغير آمن فيعتبر كعامل خطر حيث يؤدي إلى إتخاذ استراتيجيات مواجهة سلبية تتيح المجال لإضطرابات التكيف خاصة القلق والاكتئاب.

الصورة التعلقية الحامية، الحساسة المدركة للمثيرات التابعة من طفلها تكون قادرة على الاجابة على ضيق طفلها بصورة صحيحة و متكيفة. صحة ادراكها يساعدها على صحة تحليلها لموقف ألم طفلها وبهذا إلى التعاطف معه.

نظرا لما سبق إرتأينا أن ندمج الأم في العلاج السلوكي. هدف هذا الأخير في الدراسة هو تصحيح السلوكات الخاطئة للأم التي تتسبب في إبقاء الألم وذلك باستعمال الاشراف الكلاسيكي والأشراط العملي. استعمال العلاج المعرفي السلوكي تمثل في إعادة بناء الأفكار الخاطئة المتعلقة بالألم والتي تغذي القلق النفسي والاحساس بالذنب.

يؤكد العلاج المعرفي السلوكي أن الفكر والانفعال يلعبان دورا مركزيا في ادراك تجربة الألم. هذا العلاج له سياق نشط يسمح للطفل أن يكون له دورا فعالا وذلك بالتخفيف من انفعالاته السلبية وأفكاره اخاطئة التي تصاحب الألم وهذا ما يساعده على تغيير ادراكه للألم ومعاناته.

إعادة بناء الأفكار باستعمال طريقة الأسهم المتازلة وطريقة جدول أربع أعمدة لأرون بيك Aron Beck أعطى لأطفال عينتنا الفرصة لوجود أفكار افتراضية مغايرة.

تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي وإضافة طريقة الشرود الذهني التي تكف الرسالة العصبية للألم أعطى القدرة للأطفال للتخفيض من ألمهم من 2 حتى 4 درجات في سلم EUA للألم Echelle VmelleAuologique بعد إعادة تقييم النتائج بالمقاييس المستعملة فإن مقياس مواجهة الألم للطفل أثبت أن الأطفال العينة أصبحت لهم استراتيجية مواجهة الألم متمركزة حول المشكل أي متكيفة بعدما كانت متمركزة حول الانفعال .

وهذا يدل على أن العلاج المعرفي السلوكي حسن استراتيجيات مواجهة الألم وتحقق ذلك من خلال تغيير المعنى والدلالة التي أعطاها الأطفال للألم.

نتج عن ذلك تغيير الانفعالات والسلوكات المصاحبة للألم. من خلال هذه النتائج التي توصلنا إليها بعد إنجاز مذكرة الماجستير وبعد التحقق من الفرضيات أصبح طموحنا إنجاز خطة علاجية مبرمجة لفائدة الأطفال الذين يعانون من ألم مزمن.

في دراستنا الحالية أضفنا المخططات المعرفية ومركز الضبط كعاملان أساسيان في تحديد استراتيجيات المواجهة للألم.

تعتبر المخططات المعرفية الترجمة التي يعطيها الطفل لواقعة والتي تحدد استجابته الانفعالية والسلوكية أليس إدماج تليين المخططات المعرفية والعمل على مركز الضبط عاملان مهمان في تصميم البرنامج العلاجي؟.

عمل العلاج المعرفي السلوكي يهدف العمل على الاسناد السببي ومركز الضبط كأفكار مشوهة.

مصطلح مركز الضبط ظهر مع ROTTER سنة 1966. فهو يعني الترجمة التي يعطيها الفرد للمواقف التي يلاقيها في حياته. فيمكن أن يكون داخليا (مرتبط بإرادته، مجهوداته، رغباته، قدراته الشخصية، معلوماته....) أو يكون خارجيا (مرتبط بالآخرين، بالحظ، للقدر، للقوة الألاهية).

فهل هذا ليس مهما بأن نحدد عند الطفل طبيعة مركز ضبطه في إدراكه للألم هل هو داخلي أو خارجي؟ وهل ليس من المفيد أن نستعمل إعادة بناء أفكاره فيما إذا كان مركز ضبطه خارجيا؟.

في النموذج التعلم الاجتماعي يعتبر مركز الضبط مفهوما قريبا من مفهوم الفعالية الذاتية. إذا كان الطفل لديه مركز ضبط داخلي فإنه ينمي فعاليته الذاتية لمواجهة الألم. لذا يجب تغيير إقتناعه الذاتي أنه يستطيع أن ينجح في إتخاذ سلوك ضروري في حالات الألم.

ظهر مصطلح الفعالية الذاتية مع A. Bandura أخصائي نفسي أمريكي ويندرج هذا المصطلح ضمن نظرية التعلم ويتمثل في اعتقاد الفرد في قدراته و كفاءاته في توظيفها للتحكم بعض المواقف والنجاح فيه.

فهل استعمل العلاج المعرفي السلوكي المتمركز على إعادة بناء الأفكار لا يعتبر أداة مفضلة وجيدة في التكفل بالألم عند الطفل؟.

في هذه الدراسة نقترح اتباع منهج علاج الألم المزمن عند الطفل قائم على العلاج المعرفي السلوكي.

نقصد بروتوكول خطة عمل موجهة للمختصين في علم النفس الصحي والمتوظفين في الأوساط

الاستشفائية إنه يساهم العلاجالادوائي في التكفل بالألم المزمن عند الطفل.

3- أهداف الدراسة:

-تستعمل خطة علاجية كمرجع ميداني للأخصائيين النفسيين.

-هدف الدراسة هو اقتراح بروتوكول تم تطبيقه على الطفل التي يعاني من ألم المزمن.

-من خلال هذه المساهمة سوف نختبر فعالية شكل جديد في التكفل بالألم عند الطفل.

-الأخذ بعين الاعتبار خصوصيات الطفل في التكفل وعلاج أمله. هذا البرنامج العلاجي يعرف أ لم الطفل بإعطائه مكانة خاصة لتعبير الطفل عن أمله.

- لم يهدف هذا البرنامج العلاجي إقصاء الأ لم إنما يكشف عن الميكانيزمات النفسية (معرفية، وجدانية،سلوكية، التي تؤثر سلبا على إدراك الأ لم وهذا بمساعدة الأطفال في التخفيض من شدة أمله.

4-أهمية الدراسة:

-يساهم برنامج علاج الأ لم المزمن في التكفل النفسي ويندرج ضمن برامج محاربة الأ لم حيث يشارك في عملية ترقية مؤسسات ضد الأ لم.

-يساعد في التنسيق بين التطبيقات المهنية المختلفة وتنظيم المتدخلين في علاج الأ لم. يجيب هذا البرنامج على حاجة إدماج الأخصائيين النفسيين مع طرق العناية في التكفل بالأ لم.

-الحد من تعقد الحالة النفسية للأطفال الذين يعانون من أ لم مزمن وكذا التقليل من مدة الوقت الذي يقضيها الطفل في المستشفى.

-تشجيع استعمال العلاج المعرفي السلوكي عند الطفل المصاب بالأ لم المزمن لتفادي الانعكاسات النفسية كالاكتئاب أوالقلق.

-إرجاع للطفل لذته الوظيفية.

مشاركة الأخصائيين النفسيين مع المختصين الآخرين وذلك نظرا لتعقيد ظاهرة الأ لم.

تقديم هذا البرنامج يكون نمودجا علاجيا غير دوائي باستعمال طرق نفسية. فهو برنامج شامل وفردى في نفس الوقت لأنه يأخذ بعين الاعتبار خصوصيات كل للطفل.

يشكل هذا الالتزام معيار لنوعية النظام الصحي، ترقية الصحة عند الطفل وعلم النفس الصحي كتخصص جديد ألقى نظرة مختلفة عن الصحة والمرض، ألفت الضوء عن العوامل النفسية في السلوكيات الصحية.

-أخيرا تتمثل أهمية هذه الدراسة في إمكانية تطبيق هذا البروتوكول المقترح عند الراشد وذلك بالاعتماد على نفس النموذج المتبع عند الطفل إن سلايم التقييم تتغير.

5-فرضيات لدراسة:

أ-الفرضية العملية الرئيسية :

تطبيق برنامج علاج الألم المزمن على أساس العلاج المعرفي السلوكي يحسن درجة الألم عند الطفل.

ب-الفرضيات العملية الفرعية:

1-تقنية التوازن التي تساعد في تقييم المزايا والمساوى تلين المخططات المعرفية غير الوظيفية.

2-استعمال تقنية الأسهم المتنازلة والاستفتاء السوقيراطي ولوحة أربع أعمدة ل A.Beck تحفظ نسب الاكتئاب الناتج عن الألم المزمن.

3-تغيير مركز الضبط الخارجي إلى داخلي عن طريق إعادة بناء الأفكار يساهم في تبديل نمط استراتيجيات المواجهة من متمركز حول الانفعال إلى متمركز نحو المشكل مما ينمي الفعالية الذاتية نحو الألم.

4-طريقة الشroud الذهني تحفظ من درجة الألم.

5-الاشراط الكلاسيكي والاشراط العملي يساعد أن على تغيير نمط التعلق للطفل من غير آمن إلى آمن.

6-التعاريف الاجرائية:

1-تعريف الألم المزمن: الألم المزمن هو تجربة حسية انفعالية مستمرة في الوقت تظهر بصفة متقاطعة أو دائمة لمدة من ثلاث إلى ستة أشهر.

2-استراتيجية المواجهة: نقصد به مجموعة الجهود الفكرية والانفعالية والسلوكية التي يستثمرها الطفل لمواجهة وضعية مثيرة للقلق حسب إدراكه وتمثل الوضعية في دراستنا في: الألم المزمن.

3-التعلق: يتمثل في التفاعلات الطفل مع صورة التعلق (الأم أو بديلها) والتي تحقق مشاركة الوالد، وتعتبر نوعية العلاقة الطفل/الأم ذلك النموذج من التبادلات العاطفية والسلوكية التي تمد قاعدة تأمين التي من خلالها ينمي الطفل منهجه لاكتشاف العالم الخارجي.

4-مركز الضبط: نقصد بمركز الضبط ترجمة الفرد التي يعطيها حول الوضعيات التي يتلقاها في حياته، قد يكون مركز الضبط خارجيا يربطه الفرد إلى (الحظ، المؤسسات، الآخرين أو القوة الإلهية...) أو يكون داخليا (أي ينسب الفرد وضعيته إلى قدراته الخاصة، بجهوداته، كفاءاته، معارفه...).

5-المخططات المعرفية: المخططات المعرفية هي نماذج معرفية انفعالية تتمثل في ترجمة منظمة، سريعة وآلية أو أوتوماتيكية للواقع والتي تحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية.

عدم تكيف هذه المخططات يؤدي إلى قراءة أو ترجمة المواقف بطريقة خاطئة تحدد أسلوب معرفي.

ترتبط المخططات بوظيفة الذاكرة لأن تستمد أصولها من الطفولة وتدمجها في الشخصية.

عملية تنشيط المخططات حول التمثلات طويلة المدى إلى تمثلات قصيرة المدى.

6-العلاج المعرفي السلوكي: يعتبر العلاج المعرفي السلوكي مقارنة مبنية، متمركزة حول الفرد أي حول انفعالاته المضطربة التي تتسبب في تشويه الأفكار والمدرجات والتي لا يسببها الموقف في حد ذاته فالفكرة هي التي تولد الانفعال.

اعتمادا على الآن وهنا، يهدف العلاج المعرفي السلوكي على تغيير الأفكار والانفعالات وبالتالي السلوكيات التي من ورائها تنمو قدرات وإمكانات الفرد في إدارة الموقف.

7-خلاصة:

توازيا مع التدخلات الطبية، يمكن استعمال تقنيات وعلاجات نفسية التي تكون مكاملة وضرورية لعلاجا لأم المزمن عند الطفل.

ووضع برنامج علاجي نفسيا يقترح حلولاً لمشكلات التكفل بالأم المزمن عند الطفل وذلك نظرا للإضرابات التكيفية الناجمة عن الألم والتمثلة خاصة في القلق والاكتئاب.

مع الأخذ بعين الاعتبار الفروقات الفردية، يسمح البرنامج العلاجي باتباع خطة مبنية ومنظمة تدرج في مقارنة، موحدة تهدف تحقيقي فعالية في العمل.

و بهذا يحقق علم النفس استراتيجيات هادفة وفعالة في تكفل متعدد التخصصات للأم المزمن.

إن الاخصائيين النفسيين الذين يمارسون في الأوساط الاستشفائية معينون في التدخل والمشاركة في اشكالية التكفل بالألم المزمن.

ولهذا تحت برامج التكفل بالألم المزمن عند الطفل الأخصائيين النفسيين على التأهل كفاءتهم بتعريف برنامج محاربة الألم يتكيف مع الخصوصيات المهنية للأخصائي النفسي.

الفصل الثاني

اعتمد الفصل الثاني للدراسة على تعريف والتوسيع النظري لمختلف المفاهيم التي كونت برنامج العلاج التي بنيناه قصد التكفل بالألم المزمن عند الطفل.

تطرقنا للتوسع في مفهوم الألم كمصطلح معقد مع ذكر مركباته لا الفيزيولوجية فحسب إنما زيادة على ذلك مكوناته المعرفية والوجدانية والسلوكية.

حللنا في مفهوم الألم العناصر التي تتدخل في إدراكه وذلك بالتوسع في العوامل الانفعالية، المعرفية والسلوكية معتمدين في ذلك على:

* نظريات التعلم الاجتماعي لبدور A. Baudural النظرية المعرفية لأرونبيك A. Beck والمخططات المعرفية ليونغ J. Young

* ومركز الضبط الداخلي / الخارجي لروتر Rotter

* نظرية التعلق لجون بولي J. Bowlby

* وأخيرا تطرقنا إلى شرح وتوسيع استراتيجيات الواجبة هذا المصطلح الذي ظهر في الخمسينات مع الباحثان لازروسوفولكمان Lazrus et Folkman .

أدجنا كل هذه المصطلحات والمفاهيم لتكوين وبناء برنامج علاج الألم المزمن عند الطفل مستندين على العلاج المعرفي السلوكي كمنهج علاجي يعتمد على تقنيات مختلفة في بناء الأفكار الخاطئة وتليين المخططات المعرفية وتعديل السلوك باستعمال طريقة الاشراف الكلاسيكي والاشراط العملي.

الفصل الثالث

مقدمة:

إن البرنامج الأكثر استعمالاً في الطرق العيادية يعتمد على استعمال الفرد كدليل أو بيان لحالته. في سنة 1976 اقترح هيرسون وبارلو Herson et Barlon هذه المنهجية شبه تجريبية التي تقارن فيها (مرحلة أ) بدون تدخل علاج مع (مرحلة ب) التي تتضمن تدخل علاج. وهذا المنهج هو المستعمل في علم النفس العيادي لدراسة فعالية خطة علاجية التي تسمح لنا بمقارنة مرحلة ما قبل ومرحلة ما بعد تطبيق الخطة. نقدم في هذا الفصل منهجية البحث التي تتبعناها حتى نتمكن من أن تكون الدراسة ملتزمة بشروط منهجية مضبوطة.

نذكر: الأدوات التي استعملنا في الدراسة

- معايير اختيار العينة

- معايير القياس في الدراسة

- جدول الدراسة

- وأخيراً مشاكل الدراسة.

1- منهج الدراسة:

اعتمد في بحثنا هذا على المنهج شبه تجريبي الذي يعتمد على مرحلتين:

- (مرحلة أ) التي قامت على التقسيم البدائي بدون تدخل أي نوع من العلاج

- (مرحلة ب) طبقنا أثناء هذه المرحلة برنامج علاج مبني منظم عام وشامل لكن يأخذ بعين الاعتبار خصوصيات ومزات كل طفل

- مرحلة المحافظة على المكتسبات والوقاية من الانتكاس

2- معايير التقييم في الدراسة:

- الاكتئاب

- المخططات المعرفية

- الأمل

- التعلق

-استراتيجيات المواجهة

-مركز الضبط

3-المقاييس المستعملة في الدراسة:

لتحقيق دراستنا مقاييس تناسب متغيرات البحث والعمر الزمني الذي يتناسب وتطبيق هذه المقاييس:

*السلم البصري تناظري Echelle Visuelle Analogique

*مقياس الاكتئاب للأطفال (MDI.C)

*Echelle composite de Dépression pour enfant (MDI.C) de D.J. Berndt et CF Kaiser (1999).

*مقياس مواجهة الألم للأطفال (PPCI)

*Inventaire de faire face à la douleur Pédiatrique

*مقياس التعلق بالوالدين والأقران (IPPA)

*Inventaire d'attachement aux parents et au pairs

*مقياس المخططات المبكرة عند الطفل

*Inventaire des Schemas Précog de l'enfant de Rusinek et Hautekeet :
Version abrégée du questionnaire de Young (1999)

*مقياس مركز الضبط للأطفال

*Echelle de lieu de contrôle de Nowicki et Strickland (1973)

5-اختيار العينة:

تم اختيار العينة بطريقة قصدية حتى ضبط المتغيرات تتضمن عينة الدراسة خمس حالات تتراوح أعمارهم

بين 10 و13 سنة، 4 ذكور وأنثى واحدة.

مكان الدراسة كان في مستشفى سيدي بلعباس بمصلحة طب الأطفال يعالج هؤلاء الأطفال على أمراض مزمنة

مختلفة مؤدية إلى ألم مزمن منها:

-الإيموفيليا Hémophylie-

-الالتهاب المفاصل Arthrite Idiopathique Juvénile-

-PurpaRumathoide-

تم انتقاء العينة حسب:

- 1- عامل السن الذي يتراوح بين 10 إلى 16 سنة وذلك نظرا لقدرة استعمال العلاج المعرفي السلوكي وتطبيق المقاييس التي تستوجب نضج فكري معرفي يساعد الطفل على استعمالها.
 - 2- تم إدماج في إطار الدراسة أطفال يعانون من ألم مزمن مهما كانت نوعية المرض.
 - 3- لم يندرج في الدراسة أطفال سبق لهم أو يعالجون نفسيا من طرف أخصائيين نفسانيين آخرين.
 - 4- أطفال لا يتلقون إلى علاج كيميائي ضد الاكتئاب
 - 5- أطفال لهم أمهات أو بديل صورة التعلق.
- 5- اختيار العلاج المعرفي السلوكي:

تم اختيار العلاج المعرفي السلوكي في دراستنا وذلك نظرا للنقاط التالية:

- كونها طريق ومنهجية مبنية مما يسهل بناء البرنامج العلاجي كونه هو كذلك مبنيا
- كونها طريقة مختصرة.
- تتمركز حول العميل أي حول طائفة المعرفية، الانفعالية والسلوكية.
- أنها تعتبر السلوك غير المتكيف مكتسب من طريق التعلم.
- تقوم هذه الطريقة على وضع أهداف محددة تسعى إلى الوصول إليها بطريقة موضوعية قابلة للقياس الكمي.
- خصوصية العلاقة بين المعالج والمفحوص في العلاج المعرفي السلوكي تتسم بالشراكة أي أن لكل من الفاحص والمفحوص دور نشط

6- حدود الدراسة:

تتمثل حدود الدراسة في:

- 1- حدود متعلقة بحجم العينة: نظر الثقل وتعدد مستويات التدخل في البروتوكول لم نستطيع إدماج أكثر من خمس أطفال وذلك لأن هذه العينة تدرج في إطار حدود دراسة دكتوراه.
- 2- صعوبة تتعلق بالمقاييس المستعملة حيث تم في ترجمة البعض منها وتكييفها على مجتمع أطفال جزائريين.

3- حدود المكان قمنا بإنجاز هذا العمل على عينة من ولاية سيدي بلعباس.

7- خاصة:

الإحاطة بعوامل على صحة الدراسة وقيمتها العلمية أمر ضروري للتأكد من صحة الفرضيات والنتائج المتوصل إليها.

لذا حاولنا خلال هذه الدراسة، إحالة كل الجوانب سواء من حيث إختيار منهج الدراسة، الأدوات المستعملة فيها والعينة التي اخترناها لإنجاز هذا العمل أن تكون متناسب وتجب على الشروط المنهجية حتى يتم انتقاء النتائج بطريقة علمية صحيحة.

الفصل الرابع

تعد الدراسة الميدانية أحد أهم مراحل البحث العلمي، حيث أنها وسيلة هامة لجمع البيانات عن موضوع البحث بصورة موضوعية ومنهجية إلى جانب كونها وسيلة لدعم الدراسة النظرية.

فهي الفصول السابقة تطرقنا إلى تحديد إشكالية البحث مع ذكر أهمية الدراسة وهدفها كما عرضنا أهم المفاهيم التي تضمنتها وتابعا بعرض الإطار النظري الذي كان يلم بمختلف المصطلحات والمفاهيم التي تم من خلالها بناء البرنامج العلاجي

يشمل الفصل الرابع تقديم الحالات الخمس التي تم تطبيق البرنامج العلاجي عليها.

سوف نعرض كل الخطوات المتبعة في كل حالة، ونكتفي بذكر نموذج لأول حالة ب صافية.

1-المرحلة أ: المرحلة التقييمية (خالية من كل تدخل علاجي)

1-1سير الحصص: ذكر المدة الزمنية

1-2-وصف الحصص: من 1 إلى 4 تم فيها

-الاصغاء والملاحظة

-جمع البيانات والتاريخ الشخصي للحالة مع ذكر السوابق المرضية

-تقييم الحالة وذلك بتطبيق مختلف المقاييس المتمثلة في مقياس الاكتئاب.

-مقياس مركز الضبط

-مقياس المخططات المعرفية

-مقياس استراتيجية الألم

-مقياس الألم

بعد جمع كل هذه البيانات تتم عملية:

مناقشة للنتائج وتحليلها.

-التشخيص الذي يتم استنادا للدليل الاحصائي للإضرابات العقلية DSM5 من الحصة 4 إلى 8:

تهدف هذه الحصص إلى تكوين الطفل بيداغوجيا عن آليات الألم مع ربط علاقته بالجانب المعرفي

والانفعالي كما يتم خلال هذه الحصص شرح العلاقة بين الجانب النفسي والفيزيولوجي للمزاج والقلق.

*بعد الاستعاب لهذه المفاهيم نشرع في تدريب الطفل على طرق الاسترخاء وطرق التحكم التنفسي وذلك بتطبيق

طريقة جاكوبسن في الاسترخاء العضلي.

*تخصص هذه الحصص إعطاء شروحات للطفل عن أهمية تقييم الألم وإعطاء درجة تتراوح بين 0 إلى 10 حسب

سلم EVA

الجوانب التي تتم دراستها في هذه المرحلة تتمثل في:

1-الكشف عن الأفكار الخاطئة الآلية باستعمال نموذج لوحة بيك لثلاثة أعمدة، الأولى يتم فيها تقييم الألم،

الثانية الفكرة المصاحبة للألم، الثالثة الانفعال

2-التحليل الوظيفي حسب شبكة جون كوترو Grille SECCA de JeanCottraux

3-القيام بالعقد العلاجي الذي يتم فيه الشرح للطفل عن أهداف العلاج أسسه استراتيجياته والتقنيات المستعملة

في العلا المعرفي السلوكي يتم كذلك في العقد العلاجي تحديد الكيفية التي تتم بها الحصص وكذا أهدافها مع

الإشارة إلى الدور النشط الذي يلعبه الأطفال في سير العلاج.

في هذه الأثناء، تحدد الأهداف التالية:

-العمل على المخططات من حدة الاكتئاب

-تليين المخططات المعرفية

-التقليل من درجة القلق باستعمال طريقة Jakobson للاسترخاء والتحكم التنفسي.

-تغيير مركز الضبط من خارجي إلى داخلي.

2-المرحلة ب: تطبيق بروتوكول العلاج

من الحصة 8 إلى 16:

تهدف هذه الحصص استعمال التقنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تساعد الطفل على مواجهة الألم.

2-1- التقنيات المعرفية:

تهدف إلى:

-التأثير على الاكتئاب بطريقة إعادة بناء الأفكار

-تليين المخططات المعرفية

-تغيير مركز الضبط من خارجي إلى داخلي

-التأثير على الألم بالشروود الذهني

-تشجيع استراتيجيات مواجهة للألم النشطة

2-2- التقنيات الانفعالية:

كان للتقنيات المعرفية دورا فعالا في التخفيض من حدة الانفعالات وذلك بعد استعمال لوحة أربع أعمدة، الأولى تمثل الألم مع تحديد درجة من 0 إلى 10، الثانية تمثل الانفعال أو الشعور ، والثالثة تمثل الفكرة الآلية التي تصاحب ألم أما الرابعة فتمثل الفكرة الإيجابية المغايرة التي من شأنها أن تساعد في التخفيض من الانفعالات السلبية التي تتماشى والألم مثل: القلق، الحزن، الدجر، الغضب، الخوف. إضافة إلى ذلك قمنا بتطبيق، تقنية جاكوبسنللاسترخاء العضلي و تقنية التحكم التقني.

2-3- التقنيات السلوكية:

يهدف تطبيق هذه التقنيات الى تغيير التفاعلات العلائقية للام والطفل عن طريق الاشراف الكلاسيكي الاشراف العملي

1- الاشراف الكلاسيكي: يفسر هذا النموذج الألم المزمن والسلوكيات الناتجة عنه تكون تحت تأثير الاشراف، فالألم المزمن سلوك مكتسب. فالأطفال بصفة عامة يسلكون سلوكيات تجنبيةمثلا(الامتناع عن الأكل، الاعتزال، الاستلقاء، الكف عن الحركة أو اللعب، البكاء...).

تشجع الألم في الكثر من الحالات هذه السلوكيات، لهذا يقترح البرنامج:

-حيث الألم على تشجيع الطفل بالفعالية الذاتية.

-تشجيع العلاقات مع الأقران

-تشجيع الحوار والتواصل واتخاذ موقف تعاطفي.

الاشراط العملي: الاشرط العملي عملية تعليمية يهدف إلى حدوث تغيير استجابة بمعالجة النتائج التي تتسنى عنها، فسلوك الأُم يدعم إيجابيا من طرف الأُم وذلك بالكسب الثانوي الذي يسبب في التخفيض أو تضخيم إدراك الأُم.

يهتم برنامج الاشرط العملي في:

*التخفيض من الكسب الثانوي مثل عدم الذهاب للمدرسة أو المعاملة الزائدة في إلباس أو إطعام الطفل !
*تشجيع الأُم على تغيير تعاملاتها اللفظية مع طفلها التي يجب ان تكون متعاطفتا أي لا مضحمة ولا مبسطة وأن لا تهتم بطفلها إلا أوقات الأُم.

*تعزير التعلق في العلاقة الغير آمنة وذلك بتوفير التواصل الإيجابي والتعاطف

*تطوير حساسية الأُم للترجمة الصحيحة منبهات الضيق التي تبدو على طفلها وقت الأُم.

*إعطاء للطفل الوقت الكافي للتعبير عن ألمه والتحلي بالتفرغ.

***المرحلة ب: إعادة التقييم:**

بعدما قمنا بتطبيق البروتوكول اثناء الحصص السابقة، نشرع في إعادة التقييم والتي تتمثل في إعادة تطبيق

المقاييس التي طبقت في المرحلة أ والتي تتمثل في مقياس الاكتئاب:

-مقياس مركز الضبط

-مقياس المخططات المعرفية

-مقياس التعلق مع الأُم

الهدف من إعادة تطبيق المقاييس يتمثل في التأكد من فاعلية البرنامج العلاجي للأُم المزمّن.

3-المرحلة صيانة:

هدف هذه المرحلة يتمثل في مواصلة طرق إعادة بناء الأفكار الخاطئة التي تدرّب عليها الأطفال مسبقا

تختلف هذه المرحلة من طفل لآخر حسب درجة اكتنابه، الاستراتيجيات المواجهة التي يستعملها ومركز

الضبط الذي يحدد موقفه أمام الأُم المزمّن.

الفصل الخامس

بعد تطبيق الخطوات المنظمة والمتتالية لبرنامج علاج الألم المزمن على عينة الدراسة والتي تتكون من خمسة أطفال، وبعد اتمام تقييم قبل وبعد تطبيق الخطة العلاجية نشرع في هذا الفصل في تقديم وتحليل النتائج التي توصلنا إليها وهذا مع تفسيرها للتحقق من فرضيات البحث التي طرحناها في الفصل الأول.

1- تحليل النتائج للتحقق من الفرضية ا:

تبين أن النقاط الشاملة لمقياس الاكتئاب انخفضت بصورة ملحوظة حيث وصلت التحليلات القول أن الحالات الخمس، رغم تفاوت حدة الاكتئاب لكل حالة فإن الحالة 1-3-4-5 سجلت غياب الاكتئاب بعدما كان يتراوح بين البساطة والاعتدال، بينما الحالة الثانية فتناجها، أصبحت من اكتئاب شديد إلى متوسط.

وبهذا فالطريقة الأولى تحققت والتي تتمثل في :

استعمال العلاج المعرفي السلوكي بطريقة إعادة بناء الأفكار تخفض من الاكتئاب الناتج عن الألم المزمن

2- تحليل النتائج للتحقق من الفرضية "ب"

يتبين لنا من خلال الدراسة أن حالة (2) تحصلت على أكبر قيمة مركز الضبط الخارجي وتعاني هذه الحالة من اكتئاب حاد وهذا ما يسمح لنا بالقول أن كلما اتجه مركز الضبط نحو الخارج كلما ارتفعت درجة الاكتئاب، أي كلما وظف الطفل مركز الضبط خارجي كلما انقص من توظيف كفاءاته وتفعيلها للتحكم في ألمه.

توصلنا كذلك لملاحظة أن الأطفال المصابون بمرضى الهيموفيليا لهم قاسم مشترك وهو أن لهم مركز ضبط داخلي أو بين داخلي وخارجي نستطيع تفسير ذلك بأن هؤلاء الأطفال نشؤوا مع هذا المرض و تنظم من شأنهم حملات تحسيسية جموعية وغيرها تدمهم معلومات عن مرضهم وتوعيتهم عن الوسائل الوقائية.

ولهذا حسب نظرنا أن هؤلاء الأطفال اكتسبوا خبرة في أنيفعلوا بمجهوداتهم لتفادي المخاطر التي عليهم تجنّبها استنتجنا أن مركز الضبط عنصر مهم في فهم ظاهرة الألم وطريقة إدراكه عند الطفل، حيث أن تطبيق البرنامج العلاجي وإعادة بناء الأفكار بالطريقة السocraticية ساهم في تغيير مركز الضبط من خارجي إلى داخلي وزاد في تفعيل المركز الداخلي عند الذين كان داخليا مسبق وبهذا فالفرضية "ب" تم تحقيقها والتي تقول:

تغيير مركز الضبط من خارجي إلى داخلي بإعادة بناء الأفكار يغير في استراتيجيته المواجهة من متمركزة حول الانفعال إلى استراتيجية متمركزة حول المشكل.

3-تحليل والتحقق من الفريضة:

اللوحة ذات أربع أعمدة بينت أن استعمال الشرود الذهني يساعد على التخفيض من درجة الألم وذلك من 1 إلى أربع درجات على سلم EVA تبين من خلال الدراسة أن هذه العملية الذهنية التي تمثلت عند أطفال العينة باستعمالهم لعب الالكترونية أنهم ساهموا بطريقة فعالة في التخفيض من درجة ألمهم وهذا ما كان معززا إيجابيا لتنمية فعاليتهم الذاتية.

وهذا ما حقق الفريضة ل (ج): طريقة الشرود الذهني تحفظ من درجة الألم حسب تقييم سلم EVA.

4-تحليلي والتحقق من الفريضة د:

جدول مقارنة الدرجات التي حصل عليها الأطفال بين التقييم الأولى قبل تطبيق برنامج علاج الألم المزمن وبعده بين أن هناك تفاوت ملحوظ في الدرجات بالنسبة للحالات 2-4-5 وذلك لأن الحالات 1 و3 يتسمون بنمط تعلق مع أم آمن.

نستنتج أن تغيير العلاقات بين الأم والاستعانة بالاشراط الكلاسيكي والاشراط العملي ساعد بدورها على تفعيل الطفل في علاقته مع الأم فالتخفيض من الريح الثانوي وتعديل السلوكات الانعكاسية غير مكيفة التي تحت على الحمول والمحافظة على الألم تغيرت.

كما أن تغيير أسلوب الحوار والتفاعل المتعاطف ساعد الطفل على تكوين نمط علائقي مع أم آمن وبهذا تحققت الفريضة(هـ) أن الأشرط الكلاسيكي والاشراط العملي والموقف التمتعافلاأم يساعد الطفل على تغيير نمط تعلق غير آمن إلى نمط تعلق آمن

تحليل والتحقق من الفريضة الاساسية:

أثبتت النتائج التي توصلنا إليها أن البرنامج العلاجي الذي طبقناه على عينة أطفال مصابين بأمراض مختلفة تؤدي إلى ألم مزمن، كل أفراد العينة أصبح لهم استراتيجية مواجهة للألم متمركزة حول المشكل، أصبح مركز الضبط داخليا مما عزز عند الأطفال الفاعلية الذاتية، كذا انخفضت درجة شدة اكتئابهم مما حقق لنا الفريضة الرئيسية أن تطبيق برنامج علاج الام المزمن عند الطفل المتمركز حول تطبيق العلاج المعرفي السلوكي يحسن درجات الألم عند الطفل.

خاتمة:

إن الألم عند الطفل مجهول الدراسة والتقييم الطبي، ينبغي الاهتمام بالطفل المصاب بألم مزمن الذي يؤثر حتما على نموه الجسمي، النفسي، السلوكي والاجتماعي.

بسبب تعقد ظاهرة الألم، لا نستطيع أن نشرط الجانب الجسمي عن الجانب النفسي حيث يجب على الاختصاصيين النفسيين أن يوحّدوا جهودهم للتكفل بالألم المزمن عند الطفل وذلك باستعمال طرق تقنيات نفسية مكتملة للعلاج الطبي المعتمد أساسا على المهدئات للألم بالأدوية.

هذا ما يسمح بالتقليل من استهلاك الأدوية.

والتخفيض من زيارة المستشفيات للطفل الذي يحسن جودة حياته.

نستخلص كذلك من هذه الدراسة أن طرق العلاج المعرفي السلوكي أتت بشمارها حيث كانت لها أثر

فعال على الحالات الخمس التي كونت عينة الدراسة.

الطرق العلاجية النفسية يمكن استخدامها حتى ولو لم تزيل الألم تماما إنما تساهم في التخفيض منه وتغيير

معنى الأفكار السلبية التي تصاحبه، ولهذا فضمن إطار تنمية فرع علم النفس الصحي يعتبر العلاج النفسي في

المستشفيات أمر ضروري حتى يتم علاج الألم حسب مفهومه الذي يعتبر كتجربة لها بعد حسي، معرفي، انفعالي

وسلوكي.

« PROPOSITION D'UN PROTOCOLE THERAPEUTIQUE DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT EN PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE »

Résumé : Parallèlement aux interventions biomédicales, les thérapies psychologiques s'avèrent indispensables dans la prise en charge de la douleur chronique chez l'enfant en raison de la complexité de ce phénomène.

Le présent travail est une étude qui porte sur la proposition et la mise en œuvre d'un protocole thérapeutique de la douleur chronique chez l'enfant centré sur les thérapies comportementales et cognitives. Son élaboration s'est basée principalement sur la notion de coping, de lieu de contrôle et style d'attachement.

Comme processus actif, les thérapies comportementales et cognitives permettent à l'enfant d'apprendre à être acteur en réduisant les émotions et les pensées négatives associées à la douleur qui alimentent la détresse psychique et les troubles d'adaptation.

La mère comme première figure d'attachement, est un agent actif d'où l'intérêt de travailler sur la relation mère/enfant pour compléter notre approche afin de réajuster les comportements maternels négatifs qui contribuent à l'amplification et au maintien de la douleur.

Mots clés : Douleur chronique, troubles d'adaptation, Thérapies comportementales et cognitives, coping, attachement, lieu de contrôle, schémas précoces.

«PROPOSITION OF THERAPEUTIC PROTOCOL OF CHRONIC PAIN IN THE PSYCHOLOGIC MANAGEMENT»

Abstract :

At the same time to the biomedical interventions, the psychological therapeutic indispensable in the management of chronic pain in the child due to the complexity of this phenomenon.

The present work is a study that focuses on the proposal and the implementation of the therapeutic protocol of chronic pain in the child centered on the behavioral therapies and cognitive abilities. Its development is based mainly on the concept of coping, place of control and style of attachment.

As active process, behavioral therapies cognitive and allow the child to learn to be an actor by reducing the emotions and the negative thoughts associated with the pain that feed the psychic distress and disorders of adaptation.

The mother as the first attachment figure, is an active agent. The interest to work on the mother/child relationship is to readjust the maternal behaviors negatives that contribute to the amplification and the maintenance of the Pain.

Key words : Chronic Pain, Disorders of adaptation, Behavioral and Cognitive Therapies, Coping, Attachment, Place of Control.

" اقتراح بروتوكول علاج الألم المزمن عند الطفل في التكفل النفسي "

الملخص:

اشتركا مع التدخلات الطبية في علاج الألم المزمن تعتبر العلاجات النفسية ضرورة في التكفل وذلك نظرا لتعدد هذه الظاهرة.

تهدف هذه الدراسة إلى اقتراح وتطبيق برنامج علاج الألم المزمن عند الطفل اعتمادا على العلاج المعرفي السلوكي. ارتكز إعداد هذا البرنامج على مفاهيم إستراتيجية المواجهة، مركز الضبط، ونمط التعلق.

يسمح العلاج المعرفي السلوكي للطفل أن يكون عضوا فعالا في التخفيض من الانفعال والأفكار السلبية التي تصاحب الألم وتغذي التوتر النفسي واضطرابات التكيف.

تمثل الأم عاملا نشطا كونها أول موضوع تعلق لطفلها. يهدف التدخل في العلاقة بين الطفل والألم (تكملة لمقاربتنا) إلى تخفيض و تعديل السلوكات السلبية للأم و التي تساهم في تضخيم وتعزيز الألم عند طفلها. تسوية وتعديل السلوكات السلبية للألم التي تساهم في تضخيم وإبقاء الألم.

كلمات مفتاحية: الألم المزمن، اضطرابات التكيف، العلاج المعرفي السلوكي، التعلق، استراتيجيات المواجهة، مركز الضبط.