

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITE D'ORAN ES-SENIA

-0-0-0-0-0-

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

MEMOIRE DE MAGISTERE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Option clinique infanto-juvénile et guidance parentale

**STRATEGIES D'ADAPTATION DE L'ENFANT DOULOUREUX
CHRONIQUE :**

PRISE EN CHARGE DE LA DYADE MERE/ENFANT

Présenté par : BOUHASS-YAGOUB Fadéla Fatima-Zohra

Sous la direction du Pr. Badra Moutassem-Mimouni

Les membres du jury :-Dr Halouma Cherif

- Pr Mustafa Bedjaoui

- Dr Souâd Kahloula

- Dr Houcine Fsian

Année 2010- 2011

DEDICACE

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

A Hbibbi pour qui notre réussite faisait son bonheur,

A Hbibti qui me manque terriblement.

A mes enfants, les trois perles de mon cœur : Selma la douceur, Anis la tendresse, Neïla la toute pétillante.

A mon époux et mes beaux parents

A mes frères à mes sœurs

Enfin, je dédie ce travail à L'ENFANCE à qui nous devons épargner la douleur quelque soit sa forme.

REMERCEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier Madame le Professeur Badra MIMOUNI MOUTASSEM pour avoir accepté de diriger ce mémoire et pour m'avoir orienté dans la réalisation de ce travail.

Je souhaite également exprimer toute ma reconnaissance aux adolescentes qui ont contribué à la réalisation de ce projet ainsi qu'à leurs mères qui ont fait preuve de confiance et se sont investies de manière active.

Je remercie également le Professeur M. BEDJAOUI pour ses encouragements ainsi que le Docteur K. BENALLAL pour m'avoir ouvert les portes de son service afin de mener à bien cette étude.

Je tiens à remercier de tout mon être mes enfants qui de leur amour je me ressource ; mon époux qui a fait preuve d'une patience infinie ainsi que Mme K. MEBKHOUTI pour son soutien au quotidien.

Enfin, je remercie Dalila ma sœur, qui a mis l'empreinte de sa bonté et générosité.

RESUME

Le champ théorique et l'application de l'étude s'inscrit dans le cadre de la psychologie clinique en milieu médical recouvrant l'application d'un ensemble de pratiques psychologiques dans le domaine de la santé.

L'arthrite juvénile chronique est une maladie articulaire inflammatoire relativement fréquente qui est caractérisée par une inflammation articulaire provoquant des douleurs qui altèrent considérablement la qualité de vie et compromettent le devenir fonctionnel et scolaire de l'enfant. La douleur chronique qui fait l'objet de notre étude s'avère une dure réalité pour les enfants arthritiques qui doivent d'abord apprendre à l'accepter pour ensuite tenter de la contrôler au mieux possible.

Lazarus et Folkman 1984 offrent une vue synthétique au coping en le définissant comme un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux pour gérer les situations stressantes. Ils offrent une perspective transactionnelle pour désigner les stratégies d'ajustement mises en œuvre par l'individu afin de pouvoir tolérer des tensions dues à une situation aversive.

Le contrôle de la douleur chez l'enfant ou l'adolescent dépend de la manière dont il la perçoit. Le concept de coping insiste sur les processus cognitifs d'évaluation (stress perçu) et réévaluation (contrôle perçu) faisant intervenir pour l'individu la signification de la situation menaçante en fonction de ses propres capacités à y répondre. L'étude systématique des stratégies de faire face en douleur pédiatrique peut non seulement contribuer substantiellement à la compréhension conceptuelle des différences individuelles observées mais aussi à envisager prise en charge psychologique.

Les interventions psychologiques peuvent être réalisées selon différentes approches. L'enjeu n'étant pas de supprimer la douleur mais aider l'enfant à mieux la percevoir, à l'identifier à l'évaluer et à la soulager. Le principe essentiel est que l'enfant a une capacité de contrôle à partir de laquelle se développe une autogestion menant à une plus grande capacité de compétence, de confiance en soit et d'efficacité personnelle. Ce travail porte sur les différences individuelles de trois adolescentes atteintes d'arthrite chronique juvénile idiopathique (ACJ). Il s'agit d'une étude qualitative qui s'est déroulée au CHU de Sidi-Bel-Abbès. Elle cherche à mettre en apparence les notions d'attachement et de coping chez les enfants résilients ou non face à la douleur.

En effet, le choix de l'application des thérapies comportementales et cognitives est basé dans notre étude sur le conditionnement classique et opérant, la distraction, la restructuration cognitive et l'entraînement à la compétence et l'auto-efficacité. L'approche cognitive utilisée dans l'étude comme moyen thérapeutique cherche à mettre l'accent sur l'importance de l'identification de la cognition, du type de traitement de l'information et de la réponse émotionnelle et comportementale de l'enfant douloureux chronique. Ces aspects se réfèrent aux trois composantes de la douleur (cognitive, affective et comportementale) qui

traduisent « le perçu de la douleur » qui explique son caractère subjectif et individuel.

Les TCC requièrent des changements cognitifs et émotionnels. Notre but final en utilisant les TCC est d'accroître les possibilités d'autogestion de l'enfant, ce qui renvoie à adopter un coping actif.

Le style d'attribution, le lieu de contrôle, les facteurs salutogènes comme l'optimisme, ou pathogènes tel que le catastrophisme sont des facteurs favorisant un coping actif centré sur le problème ou un style de coping centré sur l'émotion laissant apparaître les troubles d'adaptation tels que l'anxiété et la dépression.

L'enfant a besoin que son niveau interactionnel soit reconnu afin de pouvoir bénéficier d'une aide efficace lorsqu'il doit faire face à des situations stressantes. La théorie de l'attachement de John Bowlby et les travaux de recherche de ce domaine suggèrent que les situations particulièrement stressantes réactivent le système d'attachement. La sensibilité de la mère à percevoir les signaux de détresse au moment de la douleur et sa capacité de répondre de manière adéquate contribue à la régulation émotionnelle de l'enfant. L'identification du style d'attachement sécure ou insécure s'avère nécessaire dans le cadre de douleur. Les stratégies d'intervention axées sur la qualité des interactions mère/enfant peuvent améliorer la relation d'attachement et ainsi contribuer à prévenir l'apparition de problèmes d'adaptation de l'enfant douloureux chronique.

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 d'Arion Beck (1959) considère notamment que l'anxiété et la dépression sont initialement déclenchés par des événements négatifs. La théorie du traitement de l'information est fondé sur des processus de pensées conscients et inconscients qui filtrent et organisent la perception des événements qui se déroulent dans l'environnement. Ce postulat théorique commun est étayé par les postulats empiriques révélant des processus cognitifs erronés communs à l'anxiété et la dépression.

La mesure des conséquences de la douleur chez l'enfant demeure actuellement probablement en-deçà de l'ampleur du phénomène. Après avoir pris conscience, il faudrait actualiser des pistes de recherche, proposer des moyens de prise en charge en soin et mesurer l'effet de ces modifications sur la diminution des conséquences néfastes des douleurs quotidiennes. Parmi les nombreuses pistes susceptibles de favoriser la résilience, il est possible de noter le rôle du lien d'attachement, de la confiance en soi et aux autres. Savoir donner du sens, savoir positiver une situation stressante et savoir faire face. Dans l'intervention auprès de la mère autant que l'enfant, les notions d'attachement et de coping comme éléments de construction de la résilience sont à prendre en considération.

Mots clés : Douleur chronique, Attachement, coping, évaluation, TCC, auto-efficacité, restructuration cognitive, anxiété, dépression.

Sommaire

PREMIERE PARTIE :	1
METHODOLOGIE	1
I - ARRIERE PLAN DU PROBLEME.....	2
II - PROBLEMATIQUE :	3
III - HYPOTHESES :	5
IV - LES ETAPES DE LA RECHERCHE	5
1- L'étape d'évaluation diagnostique	5
2- L'étape thérapeutique	6
2.1. Chez l'enfant.....	6
2.2. La prise en charge de la mère	6
V - OBJECTIFS DE L'ETUDE :	7
VI - DISPOSITIF METHODOLOGIQUE :	7
Le choix de la population :	7
Les critères d'évaluation.....	8
Le Choix des outils	8
DEUXIEME PARTIE :	9
APPROCHE THEORIQUE	9
Préambule :	10
CHAPITRE I - THEORIE DE L'ATTACHEMENT	11
Introduction :	11
1 - HISTORIQUE	11
2 - LES FONDEMENTS DE LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT	12
2.1. - APPORT DE L'ETHOLOGIE :	13
2.2.- MARY AINSWORTH ET LA SITUATION ETRANGERE :	14
3 - LES CATEGORIES D'ATTACHEMENT :	15
4 – LES GRANDS PRINCIPES DE LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT :	17
5- LES CONCEPTS DE BASE DU PHENOMENE DE L'ATTACHEMENT :	17

1) Le comportement d'attachement	17
2) La figure d'attachement.....	18
3) Le système d'attachement.....	18
4) La notion de sécurité et de base de sécurité	19
6 - LE DEVELOPPEMENT DES RELATIONS D'ATTACHEMENT :	19
7 - LES MODELES INTERNES OPERANTS :	21
Conclusion :	22
CHAPITRE II - LE COPING :	23
INTRODUCTION :	23
1- HISTORIQUE :	24
2- Fondements théoriques du coping et définitions :	26
3 - Classification et différents styles de coping :	29
4 - THEORIE COGNITIVE DU STRESS ET COPING.....	32
4-1 L'évaluation primaire: ou stress perçu.....	33
4-2 L'évaluation secondaire :ou contrôle perçu.....	33
5 - LES FACTEURS DETERMINANTS DU COPING :	34
Conclusion :	37
CHAPITRE III - LA DOULEUR.....	38
INTRODUCTION	38
1-Apport historique.....	39
2- Définition de la douleur :	40
3 - Physiologie de la douleur : les voies de la douleur.....	40
4 - Les différents types de douleur :	41
4.1. La douleur aiguë	41
4.2. La douleur chronique.....	41
4.3. La douleur psychogène	41
5 - Les différentes composantes de la douleur :	41
6 - Douleur et niveau cognitif de l'enfant :	43
7 – Les facteurs influençant la douleur :	46

7.1. Le rôle de l'apprentissage et processus comportementaux :	46
7.2. Le rôle de l'affect :	47
7.3. Le rôle de la cognition.....	48
8 - L'évaluation de la douleur.....	52
8.1. Buts de l'évaluation	53
8.2. Différentes méthodes d'évaluation sont disponibles selon la situation.....	53
CONCLUSION :	56
CHAPITRE IV - LES THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE	57
INTRODUCTION :	57
1 – LES CARACTERISTIQUES METHODOLOGIQUES DES TCC :	58
2 - Fondement théoriques des thérapies cognitivo-comportementales :	59
2.1. Le rôle de l'apprentissage dans les processus comportementaux :	60
2.2. Les modèles cognitifs :	62
3- LES STRATEGIES THERAPEUTIQUES.....	65
3-1. Les stratégies visant à modifier les réponses physiologiques	65
3.3. Les stratégies visant à modifier les réponses cognitives.....	67
4 - LES ASPECTS PRATIQUES D'UNE TCC :	68
CONCLUSION :	69
TROISIEME PARTIE :	70
PARTIE PRATIQUE	70
CHAPITRE I- : LES INSTRUMENTS UTILISES DANS L'ETUDE	71
LE (PPCI) Pediatric Pain Coping Inventory :	71
L'EVA (l'Echelle Visuelle Analogique):	73
L'échelle Composite de la Dépression pour Enfant (MDI-C).....	74
<i>INVENTAIRE D'ATTACHEMENT AUX PARENTS ET AUX PAIRS OU IPPA :</i>	76
CHAPITRE II : LES DYADES	78
DYADE N° 01 (Amel et Mme B)	78
1/ Le déroulement des séances :	78

2/ Description des séances :	78
2-1 première phase:(Phase évaluative)	78
2-2 la seconde phase: (phase thérapeutique proprement dite)	96
2-3 La troisième phase: (la phase d'entretien)	112
3/CONCLUSION :	112
DYADE N°2 : (SAMIA et Mme M)	113
1/Le déroulement des séances :	113
2/Description des séances	113
2-1 la première phase:(la phase évaluative)	113
2-2 La seconde phase: (la phase thérapeutique proprement dite)	130
2-3 La troisième phase: (la phase d'entretien)	142
3/ Conclusion	143
DYADE N°3 : (RADIA et Mme S)	144
1/ Le déroulement des séances :	144
2 / Description des séances :	144
2-1 Première phase : (phase évaluative)	144
2-2 La seconde phase: (La phase thérapeutique proprement dite)	160
2-3 La troisième phase: (la phase d'entretien)	169
3/ Conclusion	169
SYNTHESE DES TROIS CAS	170
CONCLUSION GENERALE :	170

PREMIERE PARTIE

METHODOLOGIE

I - ARRIERE PLAN DU PROBLEME :

La douleur a longtemps été considérée comme un événement purement sensoriel. Des études faites en 1965 par MALSACK & P.WALL (Gate Control Theory) ont montré qu'à coté des facteurs sensoriels, existent des facteurs cognitifs, émotionnels, motivationnels et culturels.

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

Cette définition reconnaît les causes lésionnelles mais aussi, elle donne de l'importance aux facteurs émotionnels tout en accordant une place particulière à l'expression verbale de la douleur.

La douleur est une expérience :

1- sensorielle : le malade la vit dans son corps.

2- émotionnelle : elle est accompagnée d'une tristesse, une peur, une angoisse.

La douleur est subjective : elle est un problème difficile à partager. C'est un phénomène complexe qui met en jeu les capacités d'écoute et l'observation du soignant. Celui-ci doit prendre en considération l'aspect verbal, émotionnel et comportemental de l'enfant.

La douleur peut prendre des dimensions de nature polymorphe. Elle peut être induite par des facteurs périphériques mais aussi centraux ou psychologiques. Elle est dans tous les cas neuropsychologique.

La douleur a quatre composantes qui varient selon l'âge :

- La composante sensori-discriminative qui décode les qualités, la localisation, l'intensité et le rythme de la douleur. Le niveau des capacités langagières s'avère nécessaire dans la description de la sensation douloureuse. Il est relié à l'âge.
- La composante affective et émotionnelle (qui nous intéresse dans l'étude) confère à la douleur sa tonalité désagréable, pénible, parfois insupportable.
- La composante cognitive (qui nous intéresse aussi dans l'étude) qui rassemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception douloureuse et les réactions comportementales qu'elle détermine. Elle est variable en fonction de l'âge de l'enfant.
- La composante comportementale se réfère à l'ensemble des manifestations verbales et non verbales (plaintes, mimiques, gémissements, ...).

II - PROBLEMATIQUE :

La douleur chez l'enfant est sous-évaluée, voire ignorée dans le corps médical. Les enfants qui souffrent de douleurs chroniques doivent être affectés dans leur développement physique, psychique, comportemental et social. Il serait donc très important d'aider les parents et le personnel soignant, souvent démunis à reconnaître, évaluer, gérer et traiter la douleur chronique de l'enfant. On n'a recours qu'aux traitements médicaux se basant principalement sur les antalgiques ; ce qui augmente la fréquentation des hôpitaux et la surconsommation des médicaments.

A la douleur physique, s'ajoute la contribution de facteurs psychologiques qui sont indissociables. La douleur est génératrice d'anxiété. Evoluant avec le temps, elle favorise une symptomatologie dépressive.

Dans un contexte de douleur chronique, l'enfant vit et l'exprime de manière différente que celle de l'adulte par la simple raison que son corps et son niveau cognitif est différent.

La douleur chez l'enfant n'est pas une fatalité. La douleur chronique est par définition une douleur qui persiste ; elle dure plus de six mois. Elle est l'élément qui motive la consultation pédiatrique. Un nombre significatif 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 qui est d'ailleurs la pathologie concernée par notre étude.

Dans les hôpitaux, la prise en charge de la douleur chronique chez l'enfant, se suffit aux traitements médicaux. En raison de sa complexité, on ne peut cliver le somatique du psychique. Les psychologues devraient s'unir aux soignants afin que la prise en charge de l'enfant soit multidisciplinaire et globale.

Ceci permettrait de limiter la surconsommation d'antalgiques, de limiter la fréquentation des hôpitaux par l'enfant et donc améliorer sa qualité de vie (jeu, régularité scolaire, ...).

Dans une relation de soin médical, le problème du pédiatre est le symptôme douloureux ; les signes anxieux et/ou dépressifs sont-ils identifiés, reconnus et pris en charge ?

L'enfant présentant une arthrite juvénile est confronté à une douleur chronique. Il vit un stress permanent. La psychologie de l'enfant semble avoir une place de choix dans le secteur de la douleur. L'effet des hyperalgies chroniques provoquées par la maladie nous interrogent quant à leurs conséquences sur le développement bio psychosocial et familial de l'enfant.

La douleur chronique chez l'enfant arthritique n'apporte pas uniquement une dégradation physique mais elle peut avoir une incidence profonde sur son

processus développemental ainsi qu'une baisse de la qualité de vie. Elle perturbe de ce fait son comportement et son adaptation psychosociale et scolaire.

La comorbidité entre douleur somatique et troubles psychiques est très fréquemment retrouvée. En effet, une symptomatologie dépressive et/ou anxieuse est dans la plupart des cas associée. Déclenche-t-elle dans tous les cas une dépression et/ou de l'anxiété ?

La douleur prolongée agit comme un facteur de stress épuisant. Quels sont les facteurs qui interviennent dans l'atténuation ou l'exagération de la perception de la douleur ? Comment l'enfant et son entourage ajustent leurs comportements, leurs réactions face à la douleur ?

Parmi les facteurs qui influencent le vécu psychologique de la douleur, existent des facteurs personnels et dispositionnels qui constituent des différences individuelles, tels que les stratégies de coping et les styles d'attachement.

Le présent travail est une étude qui porte sur les stratégies d'ajustement que les enfants douloureux chroniques mettent en œuvre face à la situation de douleur.

L'enfant ne subit pas passivement l'expérience douloureuse ; il élabore des stratégies pour y faire face. Quelles sont ces stratégies ?

Le choix préférentiel du type de stratégie mis en œuvre par chaque enfant a-t-il une incidence sur l'intensité de la douleur ressentie ? Et par conséquent, sur le vécu psychosocial et scolaire ?

En d'autres termes, existe-t-il une relation entre style de coping et intensité de la douleur ?

D'autre part, l'attachement est un paradigme important dans la compréhension de l'adaptation de l'enfant. En effet, le lien d'attachement entre l'enfant et la mère fait référence aux aspects relationnels qui servent à réguler le stress de l'enfant ou son sentiment de sécurité et donc qui favorise son adaptation.

La théorie de l'attachement avance qu'en période de détresse, lorsque l'enfant ne peut de lui même composer avec les situations, 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.

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

Comme Lazarus l'a souligné, l'évaluation d'une situation par un individu est associée aux stratégies comportementales qu'il peut utiliser.

Puisque l'attachement concerne principalement la régulation des émotions négatives, les états subjectifs associés aux événements de vie, comme la tristesse, l'anxiété ou la colère peuvent devenir des éléments aussi importants

que les évènements eux-mêmes dans l'activation du système d'attachement. Donc, les évènements de vie (tel que la douleur chronique) ont la capacité d'activer le système d'attachement d'une part mais qui diffère d'un enfant à un autre d'autre part.

L'enjeu de ce travail sera d'étudier ce que la théorie de l'attachement peut nous apporter, en tant que cliniciens dans la compréhension psychopathologique des troubles psychologiques liés à la douleur chronique.

III - HYPOTHESES :

1 - Les différents styles de coping sont influencés par la perception de la douleur de l'enfant douloureux chronique.

2 - Le contrôle de la douleur par l'application des TCC permet de limiter la dépression et l'anxiété.

3 - Le style d'attachement détermine la perception de la douleur qui peut être atténuée par la modification des conduites d'attachement de la dyade mère/enfant.

IV - LES ETAPES DE LA RECHERCHE

1- *L'étape d'évaluation diagnostique* de l'enfant et de sa relation à son entourage et en particulier à sa maman, sur la base d'entretiens et d'observation des interactions au cours des crises de douleur et par l'application des échelles.

Cela nous permet de faire un diagnostic initial très précis permettant un choix de techniques thérapeutiques adaptées aux particularités de chaque cas.

Identifier les styles de coping chez l'enfant :

Cette étude vise à identifier et confirmer la validité de mesure de ces stratégies et à évaluer leur rôle sur l'ajustement des enfants douloureux chroniques en terme d'intensité douloureuse ressentie.

La perception de la douleur joue-elle un rôle important sur la détermination des différentes stratégies d'ajustement mises en œuvre par les enfants atteints de douleurs chroniques et par conséquent sur le vécu psychosocial ?

L'évaluation de l'intensité douloureuse serait-elle chiffrée avec la même tonalité chez l'enfant ayant un coping centré sur le problème ou centré sur l'émotion ?

Identifier les styles d'attachement :

Lorsqu'il y a douleur chronique chez l'enfant, c'est la famille toute entière qui en subit les répercussions. La douleur est propriété de l'enfant mais devient l'affaire de tous car elle implique les interactions émotionnelles. L'attachement se construit dans le cadre des interactions et interrelations mère/enfant non dans son aspect quantitatif mais plutôt qualitatif des soins maternels.

La relation mère/enfant est privilégiée en cas de maladie. Vécue dans un contexte d'intersubjectivité, l'attitude de la mère serait déterminante dans le vécu et donc dans l'intensité de la perception douloureuse de l'enfant.

Les styles d'attachement (tels qu'ils sont classifiés par les théoriciens de l'attachement, principalement Mary Ainsworth) détermineraient-ils la manière dont l'enfant fait face et vit sa douleur ?

2- *L'étape thérapeutique* : La thérapie portera bien sûr sur l'enfant mais aussi sur son entourage, en particulier sa maman :

2.1. Chez l'enfant : elle vise à améliorer les stratégies déjà existantes et en induire de nouvelles plus appropriées. Décourager les stratégies négatives adoptées par l'enfant, constitue la démarche thérapeutique empruntée dans l'étude.

Les retentissements psychologiques tels que l'anxiété et la dépression doivent être pris en considération, y compris le vécu de la douleur dans l'intersubjectivité de la relation mère/enfant.

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 et cognitive.

Les thérapies comportementales et cognitives reconnaissent que la cognition et l'émotion jouent un rôle central dans l'expérience douloureuse. Les rapports entre le corps, les pensées et les émotions sont très étroites. Les TCC sont un processus actif. Elles permettent à l'enfant d'apprendre les techniques cognitives et comportementales permettant à l'enfant d'être acteur en réduisant les émotions et les pensées négatives associées à la douleur, ce qui modifiera ainsi la perception, la souffrance et les comportements douloureux.

Les thérapies cognitives seront basées sur :

- la distraction,
- la reconstruction cognitive.

Les thérapies comportementales seront basées sur :

- la relaxation,
- le conditionnement classique,
- le conditionnement opérant.

2.2. La prise en charge de la mère : La mère doit prendre conscience : vit-elle la douleur comme symptôme ou comme relation ? Elle doit de ce fait distinguer et reconnaître sa propre subjectivité de celle de son enfant.

La mère doit de ce fait adopter une stratégie de coping pour faire face à la douleur de son enfant. Elle peut l'aider à atténuer au lieu d'amplifier la perception

de la douleur. L'intervention a pour objectif d'ajuster la sensibilité de la mère à l'égard des besoins et signaux de son enfant et d'améliorer la sécurité d'attachement de l'enfant car la capacité de réguler ses comportements et ses états émotionnels découlent du sentiment de sécurité ou d'insécurité.

V - OBJECTIFS DE L'ETUDE :

- Prendre en compte les spécificités de l'enfant dans le traitement de la douleur.
- Donner la place à la verbalisation et expression de l'enfant de sa douleur.
- Réduire la consommation des médicaments en associant des thérapeutiques non pharmaceutiques.
- Améliorer la qualité de vie de l'enfant. Lutter contre la douleur, c'est aussi réduire l'absentéisme scolaire et aider l'enfant à retrouver son enfance.
- Corriger les attitudes maternelles négatives qui contribuent à l'amplification et au maintien de la douleur.
- Aider à l'extension des techniques de coping et des TCC dans la prise en charge des enfants douloureux afin d'éviter les répercussions psychiques, telles que l'anxiété et la dépression et d'améliorer leur qualité de vie.
- Intégration et participation des psychologues exerçant dans les hôpitaux et centres de santé dans la prise en charge de la douleur en utilisant des techniques psychologiques.
- Généralisation de l'application des techniques psychologiques dans le traitement de tous types de douleur chez l'enfant (douleurs iatrogènes, douleurs aiguës chez les brûlés, ...).
- Promouvoir la psychologie de la santé, une discipline nouvelle qui a apporté un nouveau regard sur la santé et la maladie. Elle a mis un éclairage sur les facteurs psychologiques dans les comportements de santé. 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 la maladie.

VI - DISPOSITIF METHODOLOGIQUE :

Il s'agit d'une étude qualitative dont la méthode utilisée au niveau diagnostic est : la méthode d'étude de cas basée sur l'observation, l'entretien clinique et la psychométrie.

Au niveau thérapeutique : application des thérapies cognitivo-comportementales à l'enfant ainsi qu'à la maman.

Le choix de la population :

1 - Le type de douleur : pourquoi la douleur chronique (non cancéreuse) et non pas la douleur aiguë ? en raison du caractère durable, permanent et répétitif, ce qui permet son évaluation, son suivi et l'application de la psychothérapie.

2 - L'Arthrite juvénile : Le choix de cette pathologie est fondé sur la chronicité de la douleur et l'âge d'apparition de la maladie qui correspond à la tranche d'âge de l'échantillon (de 07 à 16 ans, l'âge du début de la maladie).

3 – Les mamans sont bien plus présentes auprès de cette tranche d'âge, ce qui nous laissera plus de possibilités de les prendre en charge.

4 – Le niveau cognitif et verbal de cette tranche d'âge permet l'application des différentes échelles choisies pour évaluer les différentes variables de l'étude.

5 – L'échantillon porte sur l'étude de 03 jeunes adolescentes de sexe féminin, suivies au service de pédiatrie du CHU de Sidi-Bel-Abbès pour arthrite juvénile chronique.

Les critères d'évaluation :

- La dépression
- La douleur
- Le coping
- L'attachement

Le Choix des outils

- L'échelle composite de dépression pour enfant (MDI-C). de D.J.Berndt et C.F.Kaiser
- Echelle Visuelle Analogique (E.V.A) : constituée d'une réglette graduée de 0 à 10, munie d'un curseur mobile allant de "pas de douleur" à "douleur maximale". L'enfant doit déplacer le curseur en fonction de la douleur qu'il perçoit.
- Le PPCI (Pediatric Pain Coping Inventory) : de Verni et al traduit et validé par Spicher ; instrument standardisé pour la mesure systématique de faire face à la douleur pédiatrique.
- L'IPPA (Inventaire d'Attachement aux Parents et aux Pairs) d'Armsden et Greenberg.

Les difficultés rencontrées dans la réalisation de l'étude :

- La difficulté de recruter des cas d'enfants arthritiques qui répondent aux critères de choix et qui résident à Sidi-Bel-Abbès afin de pouvoir répondre aux critères temporels de la pratique de la psychothérapie envisagée.
- La validation des échelles psychométriques utilisées.

DEUXIEME PARTIE
APPROCHE THEORIQUE

Préambule :

La théorie de l'attachement apporte un éclairage sur la problématique des liens, notamment l'importance des premiers liens aux figures parentales pour le développement social et la santé mentale.

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 moins efficace.

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

En effet, la résilience, caractérisée par la capacité à surmonter les épreuves de la vie fait référence à « un comportement adaptatif », mais alors se confond-il avec le coping ?

Dire les stratégies d'ajustement permettant au sujet de faire face aux situations stressantes. L'enfant, trouve-t-il les ressources pour « tenir le coup », dans ce qui fonde sa capacité relationnelle, à savoir son style d'attachement ?

Dans les interventions auprès des parents autant que des enfants, les notions d'attachement et de coping comme éléments de construction de la résilience sont incontournableement à prendre en considération.

Selon Boris CYRULNICK 2003, la résilience dépend des facteurs suivants :

- 1 - Les caractéristiques personnelles de l'individu (capacités, coping),
- 2 - Le recul, historisation (cohérence),
- 3 - Une main tendue (attachement, Empowerment), c'est d'ailleurs le facteur qui nous intéresse dans l'étude.

CHAPITRE I - THEORIE DE L'ATTACHEMENT

Introduction :

L'attachement est un paradigme important pour comprendre l'adaptation de l'enfant. Les facteurs de vulnérabilité à l'anxiété et la dépression, en particulier l'attachement, a fait l'objet de plusieurs études.

Notre étude a pour objectif d'évaluer et de comparer les styles d'attachement et 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 entre la mère et l'enfant fait référence aux aspects relationnels qui servent à réguler l'excitation stressée de l'enfant ou son sentiment de sécurité. 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 et se tourne vers d'autres accomplissements développementaux comme l'exploration, l'apprentissage et le jeu.

La théorie de l'attachement et les travaux de recherche de ce domaine suggèrent que les stratégies d'intervention axées sur la qualité des interventions mère/enfant peuvent améliorer la relation d'attachement et ainsi de contribuer et prévenir l'apparition de problèmes d'adaptation chez les malades douloureux chroniques. De ce fait, pourquoi pas dans la perception douloureuse 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 se spécialisera 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 matière de 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).

2 - LES FONDEMENTS DE LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT:

La théorie de l'attachement fut élaborée les années cinquante dans un contexte de l'après guerre par John BOWLBY. Il fut engagé au début de la guerre comme psychiatre militaire. Il s'est particulièrement intéressé à l'impact 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 (effets dus à la perte de la mère et mesures pratiques pour prévenir ou atténuer ses effets).

Bowlby s'est d'abord intéressé aux effets de la carence de soins maternels sur le développement de la personnalité. Ses observations vont peu à peu l'amener à s'éloigner des conceptions psychanalytiques traditionnelles et à proposer un nouveau cadre théorique pour rendre compte de l'établissement de la relation privilégiée qui lie l'enfant à sa mère. 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 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 engendre une pulsion secondaire dirigée vers la création de liens d'attachement.

BOWLBY énonce que le premier besoin de l'enfant est le besoin d'autrui. L'enfant naît avec le besoin de contact. La construction des premiers liens répond à un besoin biologique fondamental qui ne dérive pas de la satisfaction des besoins alimentaires. Le bébé est un être social par nature. Bowlby abandonne ainsi un concept psychanalytique clé qui est l'étayage. Ainsi la théorie de l'attachement primaire s'oppose à la conception Freudienne de l'« étayage », pour laquelle le lien affectif se construit secondairement, à partir de l'expérience de la satisfaction des besoins.

Bowlby rejoint de ce fait Wallon pour qui l'enfant est « génétiquement social ». 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 source 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'ETHOLOGIE :

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 congénères, en particulier la mère, et la suivre (réaction de poursuite) après éclosion. L'empreinte est un processus d'apprentissage par lequel certains animaux comme l'oie, s'attachent de manière irréversible au premier objet en mouvement qu'ils voient. Il serait un comportement inné. Il a en plus montré que lui-même ou un leurre (canard en carton) pouvaient servir comme objets d'imprégnation. C'est au cours de cette réaction de poursuite que le jeune canard apprend à reconnaître de façon sélective les caractéristiques de sa mère, que celle-ci soit la biologique ou un objet de substitution.

L'animal présente même des réactions de détresse en l'absence d'objet lui offrant un contact.

Pour Lorenz, tous les animaux ont des patterns instinctifs de comportements qui sont préprogrammés. Ils sont les produits de l'évolution et favorisent la survie. Le comportement d'attachement est dérivé de celui de l'empreinte, il a conduit à différentes recherches.

Bowlby fut influencé aussi par un autre éthologue américain Harry HARLOW (1958) qui a étudié les effets de la privation de la présence maternelle chez les singes. Son expérience consistait à mettre différentes situations de maternage chez les bébés macaques rhésus. Il tenta différentes expériences en laissant dans la cage deux substituts maternels : en peluche, en acier. Privés de leur mère, les petits s'attachent de préférence à une mère substitut en chiffon qui procure un contact agréable et ils s'attachent plus si elle est mobile qu'à une mère substitut allaitante mais 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 et ce, 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 détient 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 par rapport 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.

La théorie des systèmes cybernétiques de régulation montre comment un schéma simple peut être de plus en plus élaboré, pour aboutir à un système complexe et adapté aux nécessités.

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 ETRANGERE :

Mary Salter Ainsworth (1913-1999), élève de Bowlby, psychologue clinicienne canadienne, installe fermement la théorie de l'attachement dans la psychologie du développement. C'est en Ouganda en 1954 qu'elle a réalisé les premières études empiriques sur le thème de l'attachement. Ses travaux ont défriché 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 CATEGORIES 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.

Enfin, Main et Solomon (1988) ont ajouté une quatrième catégorie :

4/ Les enfants insécurisés désorganisés-désorientés : qui présentent des comportements d'appréhension, les uns n'osant poursuivre leur tentatives d'approche du parent, et les autres se montrent effrayés : ils ne semblent pas pouvoir adopter une stratégie d'attachement cohérente. La mère représenterait pour eux à la fois un havre de sécurité et une source de danger (ces enfants seraient souvent maltraités ou auraient eu des mères traumatisées et donc peu sécurisantes).

« 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 a 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 THEORIE 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 conséquentes 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 indésirée 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 PHENOMENE DE L'ATTACHEMENT :

1) Le comportement d'attachement : Il désigne des données observables. Comportements désignés à favoriser la proximité. Ils signalent l'intérêt de l'enfant pour l'interaction comme les pleurs, le sourire, le babil, l'accrochage « *Tout comportement qui permet à une personne de devenir proche ou de maintenir la proximité de quelques figures préférentielles et privilégiées peut être considéré comme un comportement d'attachement. 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)

« Le comportement d'attachement comprend n'importe quel type de comportement dont le résultat est qu'une personne obtient ou conserve une proximité à un autre individu donné pour lequel existe une préférence. En l'occurrence, le but du comportement d'attachement est de maintenir une certaine mesure de proximité ou de communication avec la ou les figures d'attachement ». BOWLBY (1978 : 58).

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.

Bowlby distingue le fait d'être dépendant d'une figure maternelle et d'être attaché à elle. Dans les premières semaines de la vie, un enfant est dépendant des soins de sa mère alors qu'il n'est pas encore attaché à elle. La dépendance a, selon lui, une référence fonctionnelle alors que l'attachement est purement descriptif; il s'agit d'une forme de comportement.

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 d'attachement est 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 période de détresse, lorsque l'enfant ne peut de lui même composer avec les situations, 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) in N. A. Guedeney (2002 :17).

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 et 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.

Le comportement d'attachement emprunte des caractéristiques aux systèmes : c'est un système motivationnel capable de contrôler et réguler, par un ensemble d'activateurs et d'extincteurs, les moyens pour arriver au but. C'est le concept d'homéostasie comportementale.

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 DEVELOPPEMENT 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.

Au cours de la deuxième et de la troisième année, les comportements d'attachement sont émis tout aussi intensément et tout aussi fréquemment qu'à la fin de la première année.

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** : La formation d'une association rectifiée quant au but : A partir de 3-4 ans, l'enfant acquiert une compréhension intuitive des sentiments et des motivations de sa principale figure d'attachement. Il devient capable de tenir compte de son point de vue et va chercher à l'influencer pour satisfaire ses besoins. La relation qui lie l'enfant à sa figure d'attachement devient de plus en plus complexe et surtout réciproque. C'est pourquoi Bowlby parle d' « association » rectifiée quant au but.

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 (Bowlby, 1969).

« La plupart des enfants, après leur troisième anniversaire, manifestent un comportement d'attachement de façon moins pressante et moins fréquente qu'auparavant ; cette conduite constitue néanmoins encore une grande partie de l'ensemble du comportement. En outre, tout en s'atténuant, le comportement d'attachement, d'un type pas très différent

de celui qu'on voit chez l'enfant de quatre ans, persiste pendant les premières années scolaires ».J. Bowlby (1978:282).

Enfin « 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 MODELES INTERNES OPERANTS :

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.

Ontogénèse du modèle interne opérant : quatre systèmes de représentations peuvent être distingués :

- Des attentes de qualités interactives chez les premiers donneurs de soins qui se développent durant la première année de la vie et s'élaborent par la suite ;
- Des représentations d'évènements grâce auxquels les souvenirs généraux et spécifiques d'expériences en rapport avec l'attachement sont codés puis retrouvés ;
- Des souvenirs autobiographiques grâce auxquels des événements particuliers sont reliés sur le plan conceptuel, en raison de leur relation à une activité de narration personnelle ininterrompue et au développement d'une compréhension de soi ;

- Le pouvoir de comprendre les caractéristiques psychologiques des autres et de les différencier de ceux du soi.

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 MOI servent de schémas mentaux pour les relations futures. Les MOI 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 toute 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 :

Lorsque l'environnement empiète trop souvent sur la continuité psyché-soma de l'enfant, ce dernier ne parvient pas à installer sa sécurité affective sous le contrôle de la relation émotionnelle à l'autre. Quand la mère est incapable d'être « suffisamment bonne », l'enfant évolue dans un univers instable, chaotique, qui peut « exploser » à tout moment en fonction de la versatilité pulsionnelle de cette dernière. L'enfant 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.

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, se trouve-t-il toujours satisfait ?

CHAPITRE II - LE COPING :

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 l'arthrite juvénile 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 durant l'enfance ? Quels sont les mécanismes mis 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 aux sentiments dépressifs, 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, ne sont pas celles de l'adolescent ou de l'adulte. Elles dépendent du niveau de développement biologique, cognitif, social et émotionnel. 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 disposent des capacités de coping assez rudimentaires, essentiellement composées 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, 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.

1- 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).*

Le modèle animal de l'adaptation est issu des théories évolutionnistes, en particulier de Darwin. Très général, il est applicable à tous les organismes vivants et comprend des réponses comportementales automatiques de types attaquer ou fuir, innées et acquises face à une menace issue de l'environnement.

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.

HARMAN.H(1958) a approfondi l'instance du Moi. Inspiré par la théorie Freudienne et les 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 que le Moi dispose de mécanismes autonomes à comparer au Ça ou au Surmoi. Sa fonction serait alors double ; elle consiste à s'adapter aux exigences des réalités extérieures et 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 nourri maintes discussions. La psychologie du Moi a assimilé le coping à un

processus proche du système défensif primaire et inconscient de l'appareil psychique Freudien.

MECANISME DE DEFENSE ET COPING :

Mécanisme de défense et coping sont des concepts qui se sont vus évoluer parallèlement, puis ont connu une convergence et complémentarité qui les ont fait inscrire 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 visent à protéger le Moi en cas d'affects désagréables ou douloureux. Leur activation est involontaire.

Les mécanismes de défense selon George E. Vaillant peuvent être assimilés à des distorsions cognitives mises en place par le sujet pour atténuer l'impact cognitivo-affectif résultant d'un changement du milieu intérieur ou extérieur. Leur but est de maintenir un état affectif dans les limites du supportable. Ils correspondent à des opérations mentales inconscientes destinées à réduire tout danger, à maintenir l'intégrité et la constance du sujet, à assurer l'équilibre physique et psychique.

Sigmund FREUD avait découvert les mécanismes de défense à travers l'étude de cas pathologiques (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 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 publié en 1936 « Le moi et les mécanismes de défense » où elle apporte ses propres contributions théoriques. 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.

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).

- 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.

2- 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 qui étudie le stress d'un point de vue psychologique. Pour lui, le stress se manifeste lorsque le sujet est confronté à des événements qui, selon lui, met 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)

LAZARUS s'est intéressé particulièrement au stress psychologique et au processus d'adaptation. Le concept de coping est apparu pour la première fois dans un article « Psychological stress and coping process » en 1966.

« 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 événement 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 événements 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. L'individu pouvant être modifié et modifié par la situation.

Mis en œuvre par l'individu, le coping permettrait une éventuelle adaptation aux différentes situations jugées stressantes en mettant en place des comportements adaptatifs.

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 aiguë 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-Sweitzer 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.

Cette mobilisation préférentielle nous mène à dire que chaque individu dispose de ressources et de capacités individuelles, spécifiques et personnelles, 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.

3 - Classification et différents styles de coping :

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

3.1. La classification de Lazarus et Folkman (1980) :

Ils distinguent deux dimensions de coping :

3.1.1. 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 comprend quant à lui, des stratégies cognitives qui ne modifieront pas la situation mais plutôt l'attitude de la personne envers la dite situation ; on parle souvent de « recadrage » en thérapie comportementale et cognitive ; mais ce n'est pas le seul type de changement émotionnel possible* ».

« *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 distraction, 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 les diverses tentatives de l'individu 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 prend une nouvelle signification, (exercice physique, recherche de support émotionnel, médiation) : recherche de soutien social,
- l'évitement-fuite : (boire, manger, fumer...).

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

« 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 modifier 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 orientées soit vers l'environnement soit vers la personne en modifiant son degré d'implication par exemple, agissant sur un degré cognitif ou motivationnel appelé aussi par certains auteurs, coping vigilant ou encore actif. Elles représentent une dimension qui 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, la planification ou l'analyse logique. « *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 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. La seconde 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.

« *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).

3.2. Classification de Billig et Moos (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.

3.3. Classification de Endler et Parker (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.

Cette dernière taxonomie, la seule qui fonctionne en trois dimensions, a voulu réserver une place distincte aux stratégies d'évitement et aux émotions. Dans la classification de Lazarus et Folkman, le fait de fuir la situation, de se détacher de celle-ci, était intégré dans le coping centré sur l'émotion. Pour faire diminuer son état de tristesse ou de colère, un des moyens utilisés par le sujet pouvait être de s'échapper du contexte stressant. Dans ce que proposent Endler et Parker, l'évitement se distingue des coping centrés sur l'émotion.

Peu d'ambiguïté est à noter en ce qui concerne le coping centré sur le problème. Par contre, la fuite et l'évitement de la situation stressante est un moyen privilégié pour combattre ses propres émotions. Pour d'autres, le fait de se recentrer sur le problème, d'y réfléchir va suffire.

3.4. Classification de Paulhan et Bourgois (1995) :

Ils distinguent le coping actif du coping passif.

« Ils 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 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 liée à un état émotionnel négatif, tel que la dépression, ainsi qu'à une attitude de déni ». H. Chabrol, S. Callahan (2004 : 101).

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.

La recherche de soutien social « 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).

Les différentes classifications « 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).

On peut conclure 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.

4 - THEORIE 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. Celles-ci sont déterminées par des facteurs dispositionnels et des facteurs situationnels et ont pour objet la situation et les ressources disponibles pour y répondre.

La phase d'évaluation :

« 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 ». Fischer (2006 : 119). On distingue deux formes :

4.1. L'évaluation primaire : ou stress perçu « *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 (possibilité de perte) ou d'un défi (possibilité d'un bénéfice). La nature de l'évaluation contribue ainsi différemment à la qualité et l'intensité de l'émotion. En effet, l'évaluation d'une perte ou d'une menace génère des émotions négatives telles que la honte, la colère ou la peur, tandis que l'évaluation d'un défi engendre des émotions positives telles que la passion, l'euphorie, ..* » I. Paulhan (1992 : 549).

L'évaluation primaire est automatique s'effectuant dans un temps rapide. Elle permet de juger du caractère stressant ou non de la situation. Il s'agit d'une étape dans laquelle la personne évalue la situation. Cette évaluation dépend de son histoire, de ses valeurs, attentes et croyances. Il s'agit là, d'une dimension très subjective qui ne veut pas se réduire aux caractéristiques de la situation ni à la personnalité du sujet dans cette transaction. La personne identifie la situation à ses caractéristiques. Elle évalue à partir de cette représentation de la situation s'il s'agit pour elle d'une menace, d'un défi d'une perte ou d'un éventuel bénéfice.

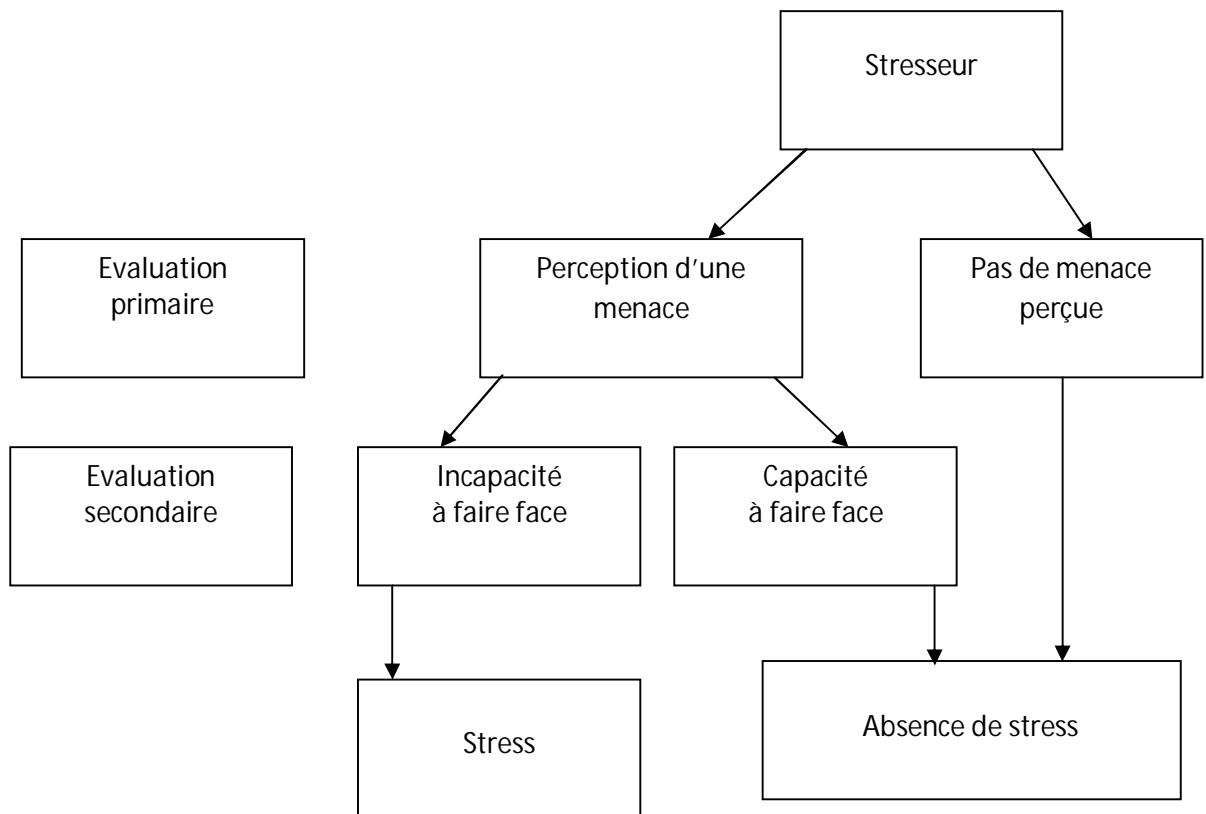
4.2. L'évaluation secondaire : ou contrôle perçu : Il s'agit d'un inventaire des capacités que possède le sujet. L'individu immobilise ses ressources personnelles pour faire face à la situation stressante. Cette étape n'intervient que si la précédente a généré un stress pour le sujet.

Le but est de mettre en place un certain nombre de stratégies dont dispose le sujet afin de diminuer l'impact physiologique et psychologique de l'évènement stressant et de réévaluer la situation.

« *L'évaluation secondaire concerne l'estimation et la compréhension qu'un individu a de ses ressources personnelles et sociales à sa disposition pour faire face à 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* ». Fischer (2006 : 120).

Le contrôle perçu dépend des ressources personnelles, des attributions causales et des ressources sociales que nous illustrons plus loin.

Figure 1 : la double évaluation (Lazarus et Folkman, 1984)



D. Servant (2007 :157)

Cette figure représente la proposition de l'approche cognitive du stress de Lazarus dans laquelle il met en évidence que l'intensité du stresseur 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.

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.

5 - LES FACTEURS DETERMINANTS 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.

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 entre le sujet et l'environnement. Lorsque cette relation est évaluée par le sujet comme excédent 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 font varier les efforts cognitifs et comportementaux. Le processus de coping est décrit comme séquentiel, impliquant des boucles de rétroactions entre les différentes étapes.

Les auteurs ont des tendances différentes ; certains mettent l'accent sur les déterminants dispositionnels rattachés 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.

5.1 - Les facteurs contextuels ou situationnels : ils sont reliés aux caractéristiques et particularités de la situation stressante. Il s'agit de caractéristiques réelles et 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 sont pas limités aux caractéristiques objectives de la situation, mais liés aux caractéristiques subjectives telles 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).

5.2 - 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. Chez l'adulte, les traits de personnalité orientent vers le mode de choix du coping.

Dans notre étude, vue que le processus maturatif n'est pas encore achevé et que la personnalité n'est pas encore structurée; nous avons émis l'hypothèse que 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, un enfant ayant un style d'attachement sécure, aurait un coping actif, centré sur le problème ; par contre un enfant présentant un style d'attachement insécure ou ambivalent, aurait un coping passif, centré sur l'émotion.

« Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des événements 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) » in 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 lien de contrôle (internalité/externalité) et plus généralement toutes les perceptions (auto-efficacité, optimisme, attributions).

Ils 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 perçoit, dont on les ressent.

- Les facteurs conatifs : ils se réfèrent 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. Schweidzer (2002 :360).

- Par ailleurs, les sujets endurants pensent qu'ils sont capables d'infléchir le cours de leur vie, de surmonter les évènements difficiles et d'augmenter 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 2 : Les stratégies de coping, aspects processuels et déterminants

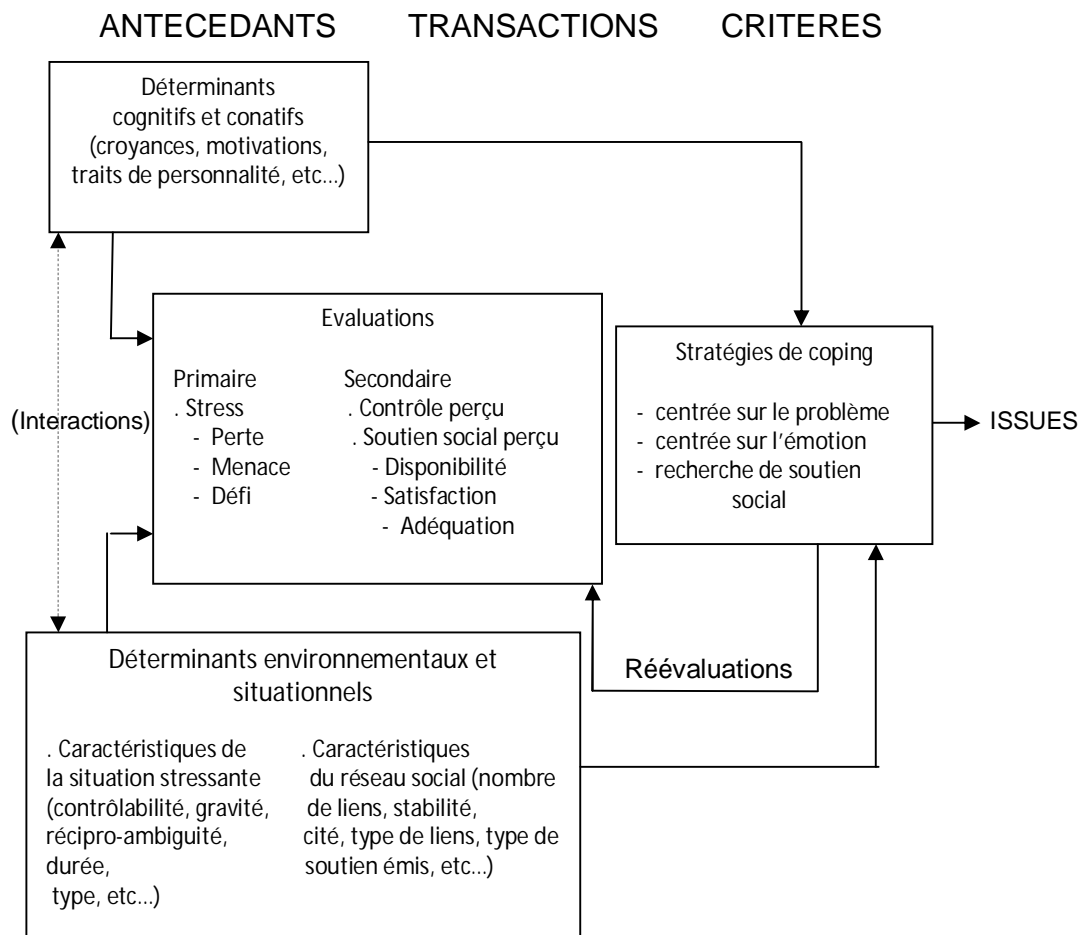


Schéma de M. Bruchon-Schweitzer (2002 :358)

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 le jeune adolescent 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.

CHAPITRE III - LA DOULEUR

INTRODUCTION

Sous le titre de « Rhumatisme : les enfants aussi sont touchés », le quotidien d'Oran du Dimanche 31 Janvier 2010 publie : « *Le terme Arthrite Juvénile Idiopathique (ACJ) regroupe un ensemble de maladies articulaires inflammatoires sans cause connue, débutant avant l'âge de 16 ans et durant 6 semaines. L'ACJ entraîne des handicaps dans 20 à 30% des cas. Le niveau de handicap dépend du nombre et du niveau des atteintes articulaires, du niveau des atteintes et du profil évolutif de la maladie. Les atteintes poly articulaires sont les plus invalidantes du fait du rythme douloureux pouvant entraver le sommeil, du dérouillage matinal pouvant compromettre la scolarité et des difficultés fréquentes à se déplacer seul et à participer aux activités de groupes. La pratique d'activités sportives en milieu scolaire est souvent très limitée chez ces enfants* ».

Les signes cliniques de l'arthrite juvénile se traduisent par :

- un œdème et chaleur de l'articulation touchée,
- l'atteinte est souvent symétrique,
- l'examen révèle une douleur et une raideur à la mobilisation des segments articulaires touchés qui aboutit à la limitation des mouvements,
- Les grosses et moyennes articulations sont plus touchées que les petites articulations. La portion cervicale du rachis est fréquemment atteinte,
- Les petites articulations des mains et des pieds peuvent également être touchées.

Dans le cadre de notre étude, nous avons pris la douleur dans l'arthrite juvénile par le fait de sa chronicité, l'intermittence des périodes de poussée/rémission, l'âge d'apparition de la maladie (entre 06 et 16 ans).

La douleur s'avère une dure réalité pour les enfants arthritiques qui doivent d'abord apprendre à l'accepter pour tenter ensuite de la contrôler au mieux possible. Son intensité varie en fonction de l'alternance des poussées et des rémissions, et peut nuire gravement à la qualité de vie jusqu'à exiger des limitations dans les activités et des arrêts de scolarité.

« *L'intensité de la douleur dépend-elle de l'activité inflammatoire de la maladie (mesurée par des scores validés) ? L'évaluation de la douleur par les médecins et par les parents, est bien corrélée avec le degré d'inflammation articulaire (mesuré par thermographie dans l'étude d'Illowite). En revanche, les scores de douleur donnés par les enfants ne sont pas corrélés avec l'activité de l'arthrite chronique juvénile, avec cependant certains résultats contradictoires* » C. Ecoffey, I. Murat (1999 :121).

C'est en fait cette différence dans l'intensité de la perception douloureuse qui a marqué notre intérêt et a fait l'objet de notre étude. Elle sous-entend que, outre les paramètres de la maladie, il existe un ajustement psychologique personnel, familial et social qui rend compte de la variance de la douleur ressentie.

« Même si on ne peut actuellement démêler ce qui est cause ou conséquence entre la douleur, l'activité de la maladie et le degré du handicap, on peut affirmer que l'impact de la douleur dans la vie quotidienne est majeur chez ces enfants. Le retentissement psychologique, familial et social montre les risques de dépression et d'anxiété, diminution de l'estime de soi, réduction des activités sociales et perturbation de la famille. Les forces positives ou négatives de la famille (cohésion, adaptation, stress, conflit) limitent ou aggravent ces complications chez l'enfant puis l'adolescent » C. Ecoffey, I. Murat (1999 : 121).

1- Apport historique :

Les premiers modèles explicatifs du mécanisme de la douleur ne donnaient aucun rôle à la psychologie. Elle était impliquée uniquement en tant que conséquence de la douleur (anxiété, dépression, peur, ...). La douleur était décrite comme phénomène purement biomédical. Au sein de ce modèle, elle est une réponse automatique à des stimuli externes. L'individu était caractérisé comme répondant de manière passive. De tels modèles n'accordent pas le rôle causal de la psychologie ; ils ne donnaient pas de place pour l'interprétation ou la modération.

La vision de la douleur était dichotomique ; la douleur psychogène réside « dans la tête du patient » lorsqu'elle n'est expliquée par aucune lésion organique. 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 Melzack et Wall, a inclus les facteurs psychologiques.

« Melzack et Wall (1965,1982 ; Melzack, 1979), ont développé la théorie de la porte d'accès de la douleur (« Gate ControlThéorie », 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).

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

2- Définition de la douleur :

La douleur et la souffrance sont à la fois des expériences tout à fait universelles et strictement personnelles. Universelles, dans le sens où elles sont communes à tous les individus, quelque soit leur appartenance sociale et culturelle, et individuelle, du fait de leur caractère subjectif et difficilement transmissible. Elles se situent au carrefour de l'individu et du groupe : tout en mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques, elles s'inscrivent également dans le contexte de la société et de la culture à laquelle appartient l'individu.

L'International Association for the Study of Pain (l'IASP) 1979 propose de définir la douleur comme : « **une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage** ». L'intérêt de cette définition est de mettre sur un même plan les dimensions sensorielles et affectives. On admet en effet que le traitement de l'information nociceptive s'effectue en parallèle dans différents types de structures centrales : schématiquement, le thalamus pour la composante sensori-discriminative, les systèmes réticulaire et limbique pour la composante affective. Ce décodage complexe par des structures distinctes donne à la douleur une place particulière du fait de l'importance de la composante affective. Nous allons aborder les composantes : sensori-discriminatives, affectivo-émotionnelles, cognitives et comportementale de la douleur.

3 - Physiologie de la douleur : les voies de la douleur

Le message douloureux passe par une première voie, du récepteur sensoriel (neurone delta : récepteur thermique, chimique ou mécanique) vers la moelle, où un deuxième neurone envoie un message à un motoneurone qui provoque le retrait de la zone du corps en danger. Parallèlement, l'information douloureuse est relayée de la moelle vers le tronc cérébral, le thalamus et le cortex.

Dans le thalamus, se jouent les réactions hormonales (sérotonine, noradrénaline et opioïdes endogènes), motrices et cognitives. L'organisme est envahi de messages douloureux en permanence. Pour faire le tri, entre les informations de danger et les informations bénignes, ainsi que pour tempérer une douleur trop importante, il existe un système de régulation des messages douloureux, dans lequel la sérotonine joue un grand rôle.

La douleur est une sensation d'origine périphérique partant de la peau, des tendons, des os, des muscles, des viscères, perçue par le cortex mais dont l'intensité, les caractères, la perception même, sont modulés par des niveaux inférieurs du système nerveux central, comme la moelle et le thalamus.

Un message douloureux est donc analysé au niveau du tronc cérébral, du thalamus et du cortex. Il en résulte des réactions hormonales, émotionnelles, motrices, mnésiques et cognitives.

4 - Les différents types de douleur :

4.1. La douleur aiguë : c'est une douleur symptôme (signal biologique d'une lésion tissulaire. Elle guide le médecin vers la lésion et oriente le diagnostic. Elle est de durée brève (de quelques minutes à quelques jours).

Elle est accompagnée d'une hyper activation du système nerveux sympathique qui est traduite par l'apparition d'une tachycardie, hyperpnée, élévation tensionnelle, dilatation pupillaire, ...

Elle est accompagnée de signes psychiques qui se résument principalement par une anxiété réactionnelle.

4.2. La douleur chronique : Elle constitue le symptôme le plus fréquent en pratique médicale. Elle motive la consultation.

La douleur chronique est persistante (elle dépasse six mois). Elle perd son rôle de signale biologique, elle se perpétue et semble maintenue par des facteurs psychologiques. Elle est accompagnée de signes végétatifs tels que l'asthénie, les troubles du sommeil, l'anorexie, les troubles du transit, ...

Le signe psychique essentiellement retrouvé dans la douleur chronique est la dépression. Elle nécessite une approche globale et individuelle prenant en compte les différentes composantes : affectives, cognitives et comportementales.

4.3. La douleur psychogène : il s'agit d'une douleur manifestée par le patient dont la notion d'organicité fait défaut. Les examens et bilans d'investigation ne révèlent aucune particularité. Elle relève de la psychiatrie et masque souvent une dépression.

5 - Les différentes composantes de la douleur :

5.1. La composante sensori-discriminative :

Elle correspond aux mécanismes neurophysiologiques du nociception, assurant la détection du stimulus qui permet le décodage des caractères qualitatifs et temporeux-spatiaux. Elle 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, ses signes d'accompagnements, les facteurs qui l'aggravent ou la soulagent.

5.2. La composante affectivo-émotionnelle :

L'émotion mérite d'être clarifiée : « *Je propose de définir l'émotion 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* ». J. Cottraux (2007 : 2).

Si la douleur occupe une place particulière parmi les perceptions, c'est aussi du fait de la composante affective et émotionnelle qui lui confère sa tonalité désagréable, pénible, parfois insupportable.

Cette composante fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et peut se prolonger vers des états plus différenciés telles que l'anxiété et la dépression.

La composante affective est déterminée non seulement par le stimulus nociceptif lui-même, mais aussi par le contexte dans lequel le stimulus est appliqué. Elle exprime la connotation et détermine la place que prend cette douleur. La signification de la maladie, l'incertitude de son évolution sont autant de facteurs qui vont venir moduler la composante affective de la douleur en clinique.

5.3. 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.

5.4. La composante comportementale :

Elle englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales, observables chez la personne qui souffre (plaintes, 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 et ethnoculturel, de standards sociaux liés à l'âge et même au sexe vont donc modifier la réaction actuelle d'un individu.

Elle correspond à l'ensemble des manifestations observables :

- physiologiques (paramètres somato-physiologiques)
- verbales (plaintes, gémissements, cris mimiques, ...)
- 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, assimilée à l'origine psychogène.

Le premier contact avec un douloureux chronique peut être délicat du fait de l'agressivité du patient, des sentiments de frustration et de mise en échec qui se dégage de son discours. La relation est toujours facilitée lorsque le thérapeute

montre clairement au patient qu'il croit à sa douleur et qu'il fait preuve d'empathie. Croire à la douleur, ne signifie pas accepter toutes les conceptions du malade sur son état ou sur la nature de la douleur : il faudra savoir expliquer que les causes ne sont pas univoques et faire partager un modèle de représentation du problème posé qui pourra rendre légitime la démarche thérapeutique.

6 - Douleur et niveau cognitif de l'enfant :

La douleur est une expérience sensorielle et une émotion dont le sujet fait l'expérience dès la naissance. Le nouveau-né découvre le monde à travers la douleur, douleur du remplissage des poumons d'air pour la première fois, de son ventre vide quand il a faim, de l'absence de sa mère. La douleur est au cœur du nouage psychocorporel. L'émotion est au départ organique. Elle ne se « psychologise » que plus tard, à la mesure du degré d'évolution psychologique générale du sujet.

Le développement cognitif de l'enfant évolue naturellement au fur et à mesure de sa connaissance. Il est influencé par plusieurs facteurs : 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 son corps que dans son esprit. 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 suit les stades tels qu'ils sont décrits par Jean PIAGET qui est un 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 :

6.1. Le stade sensori-moteur (de 0 à 2 ans) : où la notion de temps fait encore défaut. Le début de cette période est marqué par des réflexes. La douleur envahit rapidement le bébé. Les réponses à la douleur apparaissent réflexes. Elles sont dominées par la perception. La peur des situations douloureuses apparaît entre 06 et 18 mois de manière progressive.

6.2. Le stade des pensées préopératoires (de 2 à 7 ans) : l'enfant de cet âge a du mal à faire la différence entre ses propres pensées et celles des autres. La maladie est perçue comme un phénomène extérieur. La douleur est vécue comme une punition. L'enfant tient « l'autre » pour responsable de la douleur (souvent les soignants). Il ne peut faire un rapprochement entre traitement et soulagement de la douleur.

6.3. Le stade des opérations concrètes (de 7 à 11 ans) : l'enfant commence à se différencier 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 reste confus par l'enfant. A cet âge, il faut le rassurer, car il a peur de la mort, d'une atteinte de son corps.

6.4. Le stade des opérations formelles (après 11 ans) : le monde est compris en termes plus abstraits. 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 et il faut l'encourager à parler de ses angoisses.

Tableau N° 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. 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,*

7 – Les facteurs influençant la douleur :

Le modèle CGT de MELSACK admet l'existence de variables médiatrices et il a mis l'accent plus sur la perception active que sur la sensation passive. Les composantes de ce modèle sont les processus physiologiques, les processus subjectifs-affectifs-cognitifs et les processus comportementaux. C'est ce qui nous intéresse dans l'étude.

7.1. Le rôle de l'apprentissage et processus comportementaux :

7.1.1. Le conditionnement classique : Appelé aussi répondant car la réponse apprise est émise involontairement par le sujet. C'est un processus par lequel un organisme apprend à résoudre d'une manière particulière à 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 évènement 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).

7.1.2. 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.

Le conditionnement est focalisé sur le traitement médical et non sur le soulagement de la douleur. C'est pourquoi de nombreux programmes insistent sur le fait d'apprendre ou réapprendre à l'enfant à adopter un comportement lien avec son organisme quand il est sain.

L'objectif d'un traitement en TCC est d'augmenter les comportements sains et les niveaux d'activité et de diminuer les comportements de douleur et l'incapacité excessive. *« 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).

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. *« 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).*

7.2. Le rôle de l'affect :

7.2.1. L'anxiété : C'est une émotion éprouvée par toute personne. 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 d'évènements. La menace paraît diffuse, plus lointaine et plus vague par rapport à la peur. 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 (Feuermann et al. 1987 ; Mc Gowan et al, 1998). » J. Ogden (2008 : 301).*

7.2.2. La peur : Elle est liée à une situation bien précise que l'individu peut identifier. Elle comporte la plupart du temps un danger actuel ou à venir. 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. *« Un lien a été établi entre la peur et la douleur, les croyances qui mènent à l'évitement de la douleur et l'expérience 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. Par exemple, 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 peur liée à la douleur peut créer une hyper vigilance envers la douleur.

7.3. Le rôle de la cognition :

7.3.1. Le catastrophisme : les patients qui souffrent de douleur chronique ont tendance à la catastrophisation 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). « 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 »). Crombez et al. (2003) ont développé une nouvelle mesure de catastrophisation pour évaluer cet aspect de la douleur chez les enfants. Leur nouvelle mesure consiste en trois sous-échelles reflétant des dimensions de catastrophisation, à savoir la rumination, la magnification et l'intensité de la douleur dans un échantillon clinique de 43 garçons et filles, âgés de 8 à 16 ans. Les résultats ont indiqué que la catastrophisation prédisait indépendamment l'intensité de la douleur et le degré d'incapacité quels que soient l'âge et le sexe » .J. Ogden (2008 :302).

7.3.2. La signification : 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. Dans la culture arabo-musulmane, la douleur peut comporter une signification positive, exemple : « tazkiat nafs, takhif dounoub, ... ». Dans d'autres cas, elle peut prendre une signification négative telle que par exemple, le sens de punition.

7.3.3. Les croyances : Ce sont des schémas interprétatifs et les croyances 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 :

➤ **La théorie des attributions de Martin Seligman (1995) de la cause attribuée à la douleur :** *« 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).

Seligman a aussi élaboré la théorie de l'impuissance apprise ou résignation apprise. Cet auteur a découvert que si l'on fait subir des chocs électriques à des chiens en les empêchant de s'échapper d'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.

Seligman considère que « les « attributions » désignent les tentatives que nous faisons pour comprendre les causes et implications des événements dont nous sommes témoins. Ces événements, 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)

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

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.

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.

« 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).

➤ **La théorie de l'apprentissage social de Rotter « lieu de contrôle »**, a développé la notion de « lieu de contrôle ». (*Locus of control*), ou du contrôle interne/externe des renforcements, qui se réfère au degré dans lequel une personne croit que les renforcements dépendent de son comportement. « 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. « Rotter (1978) avait montré l'importance de la représentation de la causalité chez les sujets normaux et pathologiques. Les sujets dits « internes » perçoivent les éléments comme étant sous leur propre contrôle, alors que 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 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 évènements dépend ou non de ses comportements. « 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'issus 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 su stress cognitif de Lazarus et Folkman (0984) ». G.N.Fischer (282 :2002).

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...). Les attributions causales se réfère à la cause est elle sujette au contrôle personnel. Plus l'attribution est externe, stable et donc incontrôlable plus le stress est important. Les ressources sociales quant à elles sont reliées à trois composantes : l'intimité affective et l'empathie (une

personne à qui parler dans une atmosphère de compréhension ; une aide matérielle ou services et enfin un apport d'information et de conseils.

Le concept de lieu de contrôle s'avère une notion fondamentale dans la compréhension du phénomène douloureux dans le cadre de notre étude et serait utile pour la thérapie envisagée, basée sur la restructuration cognitive.

➤ **La théorie de l' « impuissance-désespoir » d'Alloy** : elle stipule que les affects négatifs sont déclenchés par les événements négatifs. Elle affirme que l'association fondamentale entre l'anxiété et la dépression provient d'une attitude d'impuissance commune, sous-jacente aux deux états d'humeur, du fait de l'incontrôlabilité de l'incident négatif à venir.

« 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).

Outre les attributions de contrôle, l'individu, évalue le degré de stabilité de l'évènement, en d'autres termes, s'il persistera son degré de globalité, s'il affecte de nombreux domaines de sa vie, et son degré d'internalité c'est-à-dire, s'il est causé par lui-même ou bien par d'autres personnes ou circonstances.

Si la cause de l'évènement est estimée extrêmement stable et globale (en sus de son incontrôlabilité), l'individu devra alors être convaincu de l'imminence d'incidents négatifs incontrôlables. Ces dernières cognitions sont à l'origine du sentiment de désespoir, et des symptômes dépressifs de l'individu (les attributions d'internalité peuvent aggraver un état dépressif existant déjà) ». J.D Swendzen et C.Blatier (1996 :41).

➤ **Le sentiment d'auto-efficacité de Bandura** : psychologue américain, Albert Bandura fut le premier qui a parlé du concept d'auto-efficacité qui s'inscrit dans la théorie de l'apprentissage. « *L'auto-efficacité est 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) ». M. Bruchon-Schweitzer (2002 : 245).*

Il s'agit donc de la conviction personnelle que l'on peut soi-même réussir à adopter certains comportements requis dans des situations particulières. 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 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.

« Certains chercheurs ont mis l'accent sur le rôle 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 ». J. Ogden (2008 :304).

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.

7.3.4. L'attention : 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).*

8 - L'évaluation de la douleur :

« 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).

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.

Comme il n'existe pas de mesure objective de la douleur, il est nécessaire d'élaborer une « démarche diagnostic » appropriée, fondée sur l'observation et la communication de l'enfant.

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'enfant décrit sa douleur et la vocalise ; l'évaluation de la localisation 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).

8.1. 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.

Afin d'atteindre ces objectifs, l'évaluation de la douleur fait appel à des outils qui permettent de limiter la subjectivité des soignants et de fournir un score utile au suivi. 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 des choix seront la bonne maîtrise et la préférence de l'enfant.

8.2. Différentes méthodes d'évaluation 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.

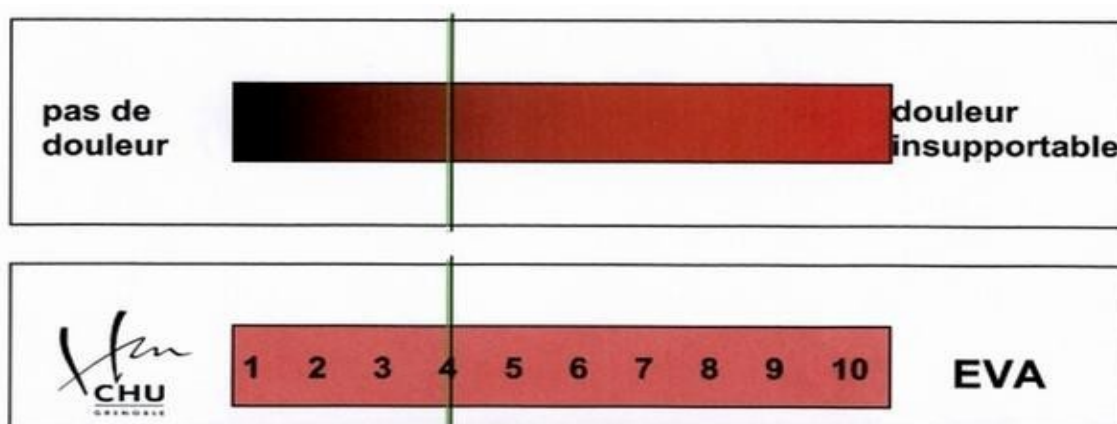
8.2.1. Echelles unidimensionnelles d'auto-évaluation :

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.

8.2.1.1 L'échelle visuelle analogique (EVA). **Echelle EVA**

Utilisée pour la première fois en 1974 par Huskisson, c'est une échelle ordinale, simple 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. Les deux extrémités de la ligne sont définies par des qualificatifs dont le choix a été validé dans les situations de la douleur aiguë et chronique avec les réponses 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.



Correspondance évaluation et antalgiques selon l'ANAES

EVA de 0 à 1 : Simple inconfort : Pas de traitement

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

EVA de 3 à 5 : Douleur modérée : 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)

8.2.1.2. L'échelle verbale simple (EVS) **Echelle 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

8.2.1. 3 L'échelle numérique (EN) **Echelle numérique**

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 »

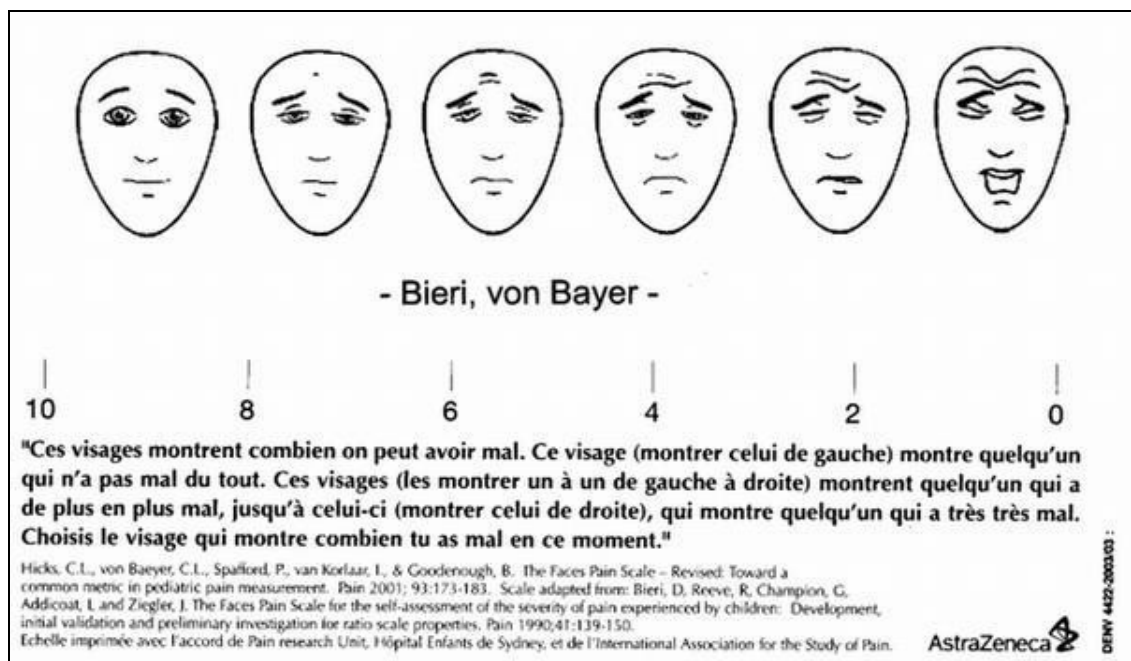
8.2.1.4 Echelles de visages (FPS-R) Face Pain Scale. **Echelle des visages**

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 montre 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 ?



Correspondance évaluation et antalgiques selon l'ANAES

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).

8.2.1.5. Le schéma du corps humain : c'est une échelle intéressante ; on demande à l'enfant de faire figurer sur « un bonhomme » schématique les zones douloureuses. Des feutres 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, on sera souvent surpris de la qualité des informations que va apporter l'enfant ; le diagnostic non seulement de la douleur, mais de l'étiologie, peut en être aidé, en particulier lorsque les douleurs touchent différents points du corps : métastases, rhumatisme inflammatoire, etc.

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

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

8.2.2. 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,...) que nous ne pourrions présenter en raison de la limite d'âge concernée de notre étude.

CONCLUSION :

Quelque soit son mécanisme initiateur somatique, neurologique ou psychologique, la douleur constitue dans tout les cas une expérience subjective, un phénomène central modulé par des apprentissages antérieurs, des motivations actuelles, des anticipations. La dichotomie somatique/psychologique concerne donc le mécanisme générateur : l'étiologie, mais non le phénomène douloureux lui-même qui est toujours un phénomène neuropsychologique.

CHAPITRE IV - LES THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

INTRODUCTION :

Dans notre étude, nous avons choisi l'approche cognitive et comportementale comme essai thérapeutique dans la prise en charge de la douleur chronique, induite dans notre travail par l'arthrite chronique juvénile.

Notre choix est motivé par :

- le fait que cette approche est 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 à la durée attribuée dans la réalisation d'un mémoire de magister.
- le succès des résultats obtenus dans d'autres études,
- l'intrication de cette approche (restructuration cognitive) avec la théorie de l'attachement et les stratégies de coping (modification des stratégies de faire face à la douleur). « *Les schémas influent sur les stratégies individuelles d'adaptation* ».

J. Cottraux (2007 : 20).

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).

L'application des TCC dans le cadre de la douleur chronique a fait ses preuves. Les bénéfices de la thérapie cognitivo-comportementale sont généralement reconnues en terme 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 ?

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 et émotionnels dont le but est d'accroître les possibilités d'autogestion du sujet.

« La différence majeure entre les modèles théoriques des TCC chez l'adulte et les modèles 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 ». L. Vera (2006 :13).

« 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).

Dans le cadre de notre étude nous avons utilisé les méthodes comportementales en utilisant les techniques de conditionnement où souvent des exercices de relaxation et de respiration sont associés. 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.

1 - LES CARACTERISTIQUES METHODOLOGIQUES DES TCC :

- Les stratégies des TCC se centrent sur le fonctionnement du sujet, tant comportemental que cognitif 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, c'est-à-dire à la fois objectivables et quantifiables. 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 patient comme le thérapeute, sont deux acteurs importants du processus thérapeutique et de ce constat découle un style relationnel très particulier observé lors du déroulement d'une thérapie comportementale et cognitive.*

Le thérapeute développe avec son patient une démarche collaborative. Il définit des buts contractuels et renforce systématiquement tout succès vers l'atteinte de ces buts. Son

rôle est autant pédagogique que psychothérapeutique. Le patient, au travers d'exercices et tâches assignées, met en application entre les séances ce qu'il a appris. Son implication est fondamentale, tout comme sa motivation au changement et à s'impliquer dans l'action ». M Ferreri (1999 : 88).

- 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).

2 - Fondement théoriques des thérapies cognitivo-comportementales :

Deux courants ont façonné les TCC :

- Les théories de l'apprentissage (la vague comportementale),
- Les modèles cognitifs du traitement de l'information (la vague cognitive).

Dans les années 70, les TCC ont regroupé les thérapies comportementales et les thérapies cognitives. Elles ont intégré 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 » par le fait de leur succession, qui en arrivant au rivage, finissent par se superposer, après s'être rencontrées.

2.1. Le rôle de l'apprentissage dans les processus comportementaux :

Principes et bases théoriques : La théorie comportementale distingue trois mécanismes de conditionnement :

2.1.1. Le conditionnement classique ou répondant : En 1890, Ivan PAVLOV (1849-1936), psycho physiologiste russe, a découvert les réflexes conditionnés. Il a travaillé sur les actions réflexes du cerveau. Il a démontré le rôle de l'activité cérébrale sur le fonctionnement des glandes salivaires. Il rend compte d'une expérimentation à laquelle il s'est livré avec des chiens : un chien qui salive quand on lui présente de la viande, salivera par 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 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.

La réponse apprise est émise involontairement. C'est un processus par lequel un organisme apprend à répondre d'une manière particulière à 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. Il y a conditionnement par association.

Par ailleurs, les habitudes acquises par conditionnement peuvent subir une « extinction ». Dans l'expérience de Pavlov, si le son de la clochette est présenté plusieurs fois sans nourriture, la salivation cesse de se produire par phénomène d'extinction ou déconditionnement.

Concernant la douleur, « *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 Turku (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).

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).

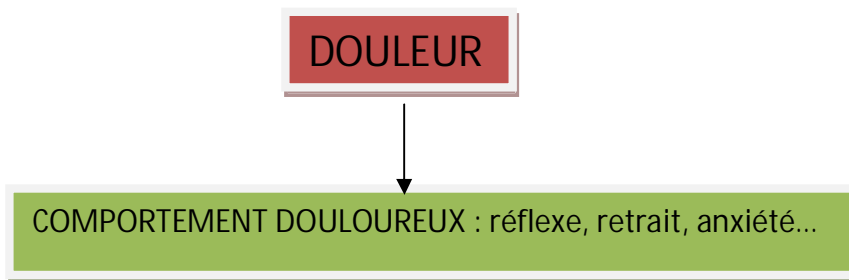


Figure N°3 : Modèle de conditionnement classique

21.2. 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 le modèle classique de Skinner, la réponse opérante est une unité de comportement dont la production est la condition du renforcement. Le renforcement, est lui, un évènement 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, c'est-à-dire entraîner des conséquences dont l'effet en retour peut induire un mécanisme d'apprentissage.

En matière de douleur, ce modèle peut s'appliquer tel quel, puisqu'on peut argumenter que ce sont les liaisons Réponses/Renforcement déjà survenues et mémorisées qui influent sur les probabilités ultérieures de la (mauvaise) réponse. Les enfants souffrant de douleurs récurrentes présentent un risque de développer des symptomatologies exagérées de leurs douleurs parce que leur expérience d'épisodes récurrents, fréquemment douloureux, souffre d'une adéquation étiologique correctement définie.

Le conditionnement est focalisé sur le traitement médical et non sur le soulagement de la douleur. C'est pourquoi, de nombreux programmes insistent sur le fait d'apprendre ou réapprendre à l'enfant à adopter un comportement lien avec son organisme quand il est sain.

L'objectif d'un traitement en TCC est d'augmenter les comportements sains et les niveaux d'activité et de diminuer les comportements de douleur et l'incapacité excessive. Elles visent à améliorer le choix des stratégies 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).

Le comportement de la douleur peut favoriser des gains secondaires ; la manière de se comporter étant douloureux peut elle-même augmenter ou diminuer la perception de la douleur. « Il a été suggéré que les comportements de 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).

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).

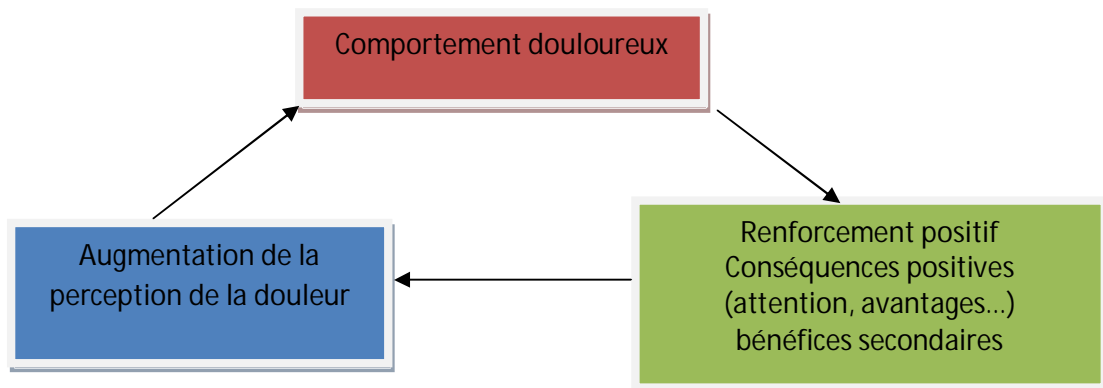


Figure N°4 : Douleur et conditionnement opérant

2.2. 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 à partir du behaviorisme que va naître 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 surtout avec les travaux d'Aaron Beck, 1959, sur la dépression qui est basée 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. Son hypothèse est que les pensées négatives contribuent à maintenir la dépression puisque les pensées et émotions dysfonctionnelles se renforcent mutuellement. L'interaction entre les pensées, les émotions et les comportements 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 schémas (ou postulats), les erreurs de logique (ou distorsions cognitives).

2.2.1. Les schémas cognitifs : *« 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 événements ».*Q. Debray (2005 : 14)

Chaque individu donne une signification, un sens, une représentation, une cognition à un affect. Il s'agit de schéma cognitif. L'émotion qui est affect physique est transformée en phénomène mental. C'est l'individu qui interprète par un affect par le biais de la verbalisation. 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 entraîner un traitement spécifique de l'information provenant du monde extérieur ou des états somatiques.

« 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 ». 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 rejetée » ; 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).

2.2.2. Les pensées automatiques : Les pensées automatiques négatives sont les données de base de la thérapie cognitive. Elles peuvent apparaître sous forme de monologues internes, de dialogues internes, d'auto-verbalisations. Il s'agit 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).

Le but des thérapies cognitives est de désapprendre les schémas de pensées erronés ou négatifs pour les substituer par des cognitions plus adaptées et positives. Elles sont fondées sur l'idée que les « croyances erronées » entretiennent 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.

2.2.3. 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. Blackburn. 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. Pour cela, il conviendra 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 ; elle se traduit cliniquement par des événements cognitifs qui sont marqués par un style de pensée dichotomique.
- La sur-généralisation : il s'agit d'élargir, à partir d'un fait ou d'une situation, tous les autres incidents 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 événements, surestime les relations entre les événements défavorables et lui-même.
- La maximisation et minimisation qui consiste à ce que l'enfant attribue une très grande valeur aux échecs tout en minimisant ses réussites.
- L'abstraction sélective : il s'agit à partir d'une situation donnée, de se centrer sur un détail défavorable, de l'isoler de son contexte et de faire abstraction à tout le reste.

3- LES STRATEGIES THERAPEUTIQUES :

Elles s'organisent dans le cadre de notre étude en trois groupes de stratégies thérapeutiques :

3-1. Les stratégies visant à modifier les réponses physiologiques :

3.1.1. Apprentissage de la relaxation : 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 de réduire et de maîtriser les symptômes anxieux. Il existe différentes sortes 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 qui sont des adolescents, dans notre étude.

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 : Nous avons associé à la relaxation, la technique du 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.

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)

3.2. Les stratégies visant à modifier les réponses comportementales :

➤ 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, puis de quatre colonnes.
- Le conditionnement opérant : il s'agit d'utiliser le renforcement pour encourager l'enfant à modifier ses comportements. 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 changement est récompensé. Cette approche permet également de diminuer les comportements douloureux et de favoriser un coping actif.
- 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.
- L'auto-enregistrement (self monitoring) : 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 problématiques ou ses cognitions dysfonctionnelles au moment où ils ont lieu, en-dehors des séances* ». J. Cottraux (2004 :120).

3.3. Les stratégies visant à modifier les réponses cognitives :

3.3.1. La restructuration cognitive qui 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 tableau de Beck des trois colonnes : situation, émotion, cognition, pensée alternative : Fiche d'autoévaluation des pensées automatiques de Cottraux (2004 :166).
- 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, en réévaluant de manière plus réaliste et envisageant d'autres interprétations possibles, en développant des cognitions alternatives, en utilisant le 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%.
- Modifier les attributions des responsabilités.

3.3.2. Le travail sur le processus cognitif *en utilisant* :

- La méthode des flèches descendantes qui 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.

*« 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).

- La méthode socratique : *« Elle consiste à aider le patient à « accoucher » (la maïeutique) : en grec, accouchement), à l'aider 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 vu opposé, qu'est ce qu'on pourra dire ? »... » J. Cottraux (2004 : 164).*

- 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).

3.3.3. La distraction : 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 sont les plus courantes des méthodes cognitives pour le soulagement de la douleur chez l'enfant. La distraction permet une décentration.

Les sens auditif et visuel sont particulièrement utilisés pour la distraction. Nous avons utilisé dans notre étude : la lecture, les jeux électroniques, les puzzles.

4 - LES ASPECTS PRATIQUES D'UNE TCC :

LES GRANDES ETAPES D'UNE TCC :

- La phase A : il s'agit d'une phase évaluative sans intervention thérapeutique :
 - Recueil de données (entretien diagnostic, 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.

➤ La phase C : Evaluation des résultats, 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 requièrent des changements cognitifs et émotionnels dont le but est d'accroître les possibilités d'autogestion du sujet.

Les TCC requièrent des changements cognitifs et émotionnels. Le but final est d'accroître les possibilités d'autogestion de l'enfant, ce qui renvoi à adopter un coping actif.

Notre penchement 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 événements négatifs.

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

TROISIEME PARTIE
PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE I- : LES INSTRUMENTS UTILISES DANS L'ETUDE

LE (PPCI) Pediatric Pain Coping Inventory:

C'est un instrument standardisé d'évaluation des stratégies de faire face pour les enfants atteints de douleur 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 dans le cadre d'une thèse de doctorat en psychologie.

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 Questionnaire) 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.

C'est un instrument standardisé pour la mesure systématique des stratégies de coping en douleur pédiatrique. Il est constitué de 41 items formulés en questions ouvertes assurant une expression large des stratégies ; Il contribue à la compréhension conceptuelle des différences individuelles de la perception douloureuse.

Concernant sa validation, il fut appliqué à 187 enfants et adolescents âgés entre 5 et 16 ans, ayant vécu des douleurs musculo-squelettiques conséquentes à des maladies rhumatismales.

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.

L'évaluation permet d'expliquer les variabilités individuelles observées dans la perception de la douleur, dans l'expression des comportements, lors du réglage émotionnel et lors du mode fonctionnel face à la douleur.

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 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, 17 et 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 l'étalonnage 5.12 et 5.13, 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). (Voir feuille de profil en annexe).

L'EVA (l'Echelle Visuelle Analogique):

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.

- EVA à la consultation
- EVA habituelle des sept derniers jours
- EVA dans les pires moments des sept derniers jours
- EVA dans les bons moments des sept derniers jours

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.

Les instruments utilisés doivent posséder certaines propriétés métrologiques (instrument validés). Ils doivent effectivement mesurer l'intensité douloureuse (validité), mettre des mesures reproductibles (fiabilité) et être sensible aux variations (sensibilité au changement).

C'est bien parce que la douleur est irrévocablement 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.

L'échelle Composite de la Dépression pour Enfant (MDI-C) 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 des 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. 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.

Le temps de passation est de 15 à 20 mn.

Notre choix du MDI-C est motivé justement par les huit dimensions recherchées, qui est noté 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. 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 sous-échelles mises en apparence 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 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 échelles :

Pour chacune des 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.

Pour chaque item pour lequel la réponse « dépressive » a été choisie (cette réponse est celle inscrite sur la feuille de cotation), 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 annexe).

INVENTAIRE D'ATTACHEMENT AUX PARENTS ET AUX PAIRS OU IPPA :

Il s'agit d'une échelle anglo-saxonne d'ARMSDEN et GREENDERGO, traduite de N. Touch et L. Sigel 2006. 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. Elle est destinée aux adolescents. 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'adolescent 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 vrais)
- 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)

Les trois échelles ont été traduites en langue arabe pour faciliter leur application aux adolescentes qui maîtrisent mieux la langue arabe. La traduction fut validée par trois psychologues cliniciens et cinq adolescents âgés entre 13 et 15 ans qui maîtrisent les deux langues. Nous aurions souhaité une traduction validée par un plus grand nombre de professionnels heureusement que les items sont constitués de phrases courtes de mots très simples et accessibles. Il est à noter que les items de l'échelle de dépression furent élaborés avec l'aide d'adolescents.

CHAPITRE II : LES DYADES

DYADE N° 01 (Amel et Mme B)

1/ Le déroulement des séances :

Les séances se sont étalées sur une durée de sept mois du 26 Juillet 2010 au 03 Mars 2011 avec une périodicité de 2 séances hebdomadaires durant le premier mois, puis d'une séance par semaine durant les cinq mois qui ont suivi.

Elles se sont déroulées au service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle et au service de pédiatrie, lors des périodes d'hospitalisation de Amel.

B. Amel s'est présentée au service de pédiatrie de Sidi Bel Abbès pour un contrôle médical. Nous l'attendions après avoir consulté le registre des RDV de contrôle de ce jour, le 26/07/2010. Sur ce registre, sont reportés les noms et prénoms des patients avec le diagnostic.

Après sa consultation médicale, nous nous sommes rapprochés de Amel qui était accompagnée 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, Amel et sa mère ont été aussitôt favorables. Notre premier RDV fut alors fixé au service de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle où se trouve mon bureau, à défaut de local au service de pédiatrie et ce, pour assurer le suivi de la patiente.

2/ Description des séances :

2-1- La première phase : (phase évaluative)

2-1-1 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
- le diagnostic.

2.1.1.1 - L'écoute et l'observation :

Agée de 14 ans, Amel présente une silhouette très fine et élancée. Elle s'assoit au bord de la chaise de manière raide et crispée. Elle s'est montrée peu spontanée. Son regard est terne, triste, elle s'exprime sur un ton monocorde, d'une voix très basse nous obligeant parfois à lui faire répéter ses dires qui étaient très brefs. Ses mouvements sont très réduits. Ses yeux larmoient dès qu'on parle de l'histoire de sa maladie « Ma maladie ne guérit jamais », de sa mère qu'elle décrit comme nerveuse, émotive et peu affectueuse « Elle n'est pas affectueuse et ne me comprend pas ». La situation socio-économique de la famille est vécue comme une frustration « mon père, le pauvre ne travaille pas

régulièrement, mes oncles nous aident financièrement, les autres filles s'habillent mieux que moi, je les envie».

Les relations sociales sont très réduites. Amel dit qu'elle est souvent seule et retirée « Ma seule copine Amina m'a laissé tombée ». « Je n'ai pas de chance, je me sens différente des autres filles... elles sont en bonne santé ...elles s'habillent bien »

Aucune activité extra scolaire n'est pratiquée. Amel est dispensée de l'activité sportive scolaire.

Amel lance des soupirs de temps à autre. Elle se plaint de difficultés de concentration et de mauvaise mémoire dès qu'on aborde le sujet de son rendement scolaire qui est en baisse depuis le début de cette année « j'apprends mais j'oublie vite, j'ai du mal à me concentrer ». Elle explique son fléchissement scolaire à la fatigue et à son absentéisme motivé par les hospitalisations, les RDV de contrôles ainsi que les jours où elle doit faire des analyses (Vitesse de Sédimentation " VS").

Notre observation fut appuyée par une grille 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 .Cette grille a porté 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

2.1.1.2 - Recueil de données anamnestiques :

Les données anamnestiques et biographiques fournies par la patiente et sa mère révèlent que B. Amel est une jeune adolescente âgée de 14 ans, originaire et résidente à Ténira, une ville située à 50 Km de la wilaya de Sidi-Bel- Abbes. Amel est située au quatrième rang d'une fratrie de 05 dont 03 filles et 02 garçons, âgés entre 24 et 11 ans. Ses sœurs aînées n'exercent aucune activité professionnelle ; son frère aîné est âgé de 19 ans ; il travaille chez un restaurateur. Ils ont tous interrompu leur scolarisation au niveau du moyen. Le frère benjamin est scolarisé en quatrième année primaire, ses résultats sont juste moyens. Tous ne traitant pour aucune pathologie.

Amel est née d'une grossesse non 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. Sa vaccination fut correcte selon le calendrier vaccinal. Son développement psychomoteur a connu une progression des acquisitions se situant dans les limites du normal.

Scolarisée à l'âge de six ans, la mère de Amel (une jeune femme âgée de cinquante ans) dit qu'elle n'a posé aucun problème pour aller à l'école mais « elle était retirée, ne jouait pas avec ses camarades ».

Le rendement scolaire a toujours été moyen, elle a doublé sa sixième année primaire, que Amel justifie par ses hospitalisations répétées au courant de cette année.

Les résultats scolaires ont baissé depuis l'année scolaire 2009-2010, ainsi que le premier trimestre de cette année 2010-2011. Ils sont passés des moyennes de 11, 12,50 à 09,35, 09 durant le premier et second trimestre de l'année 2011.

Amel n'a présenté aucune pathologie marquée, hormis son arthrite. Elle a eut ses règles à l'âge de 13 ans qu'elle a dissimulé, ne l'ayant dit à sa sœur que six mois plus tard. Depuis une année, Amel se plaint de céphalées en casque, de douleurs abdominales avec brûlures gastriques provoquant des nausées allant parfois jusqu'aux vomissements. « la dernière fois, j'ai du sortir de la composition, j'ai eu mal au ventre ». Signalées au service de pédiatrie, un traitement symptomatique est prescrit, les examens n'objectivant aucune particularité.

Le sommeil de Amel est perturbé dit-elle : « je ne dors pas bien ; je me réveille plusieurs fois la nuit ; des fois je n'arrive pas à dormir ; souvent je fais des cauchemars ».

La mère d'Amel est une jeune femme âgée de 50 ans, de niveau d'instruction de cinquième année primaire, elle n'a jamais exercé de profession. Son père, ayant un niveau de deuxième année moyenne est âgé de 53 ans. Il exerce comme manoeuvre, travaillant de manière irrégulière à Oran. Il n'est présent à la maison que les weekends. Le niveau socio-économique de la famille est médiocre. La famille a occupé une habitation dans les bidons-ville pendant six ans. Depuis huit ans, elle a bénéficié d'un logement à caractère social constitué de deux pièces, cuisine. Une pièce pour les parents, la seconde pour les filles ; les garçons dorment dans la cuisine.

Les relations familiales sont souvent perturbées par des mésententes conjugales. Elles sont marquées par un niveau élevé de communication négative, d'hostilité et de manque d'affection traduits par des excès de colère et même de violence aussi bien physique que verbale ; (Amel est souvent battue par sa mère). Le père semble jouer un rôle minime dans la famille (son épouse le décrit comme indifférent, peu impliqué à la gestion familiale).

Les parents dont le lien de consanguinité est du premier degré, ne présentent aucun antécédent pathologique hormis l'eczéma du père.

La mère décrit Amel comme « très nerveuse, jalouxant surtout ses sœurs aînées », « plus jeune, elle était très collée à moi jusqu'à ce jour elle me demande de dormir avec elle ».

La mère ne semble pas vivre une relation de couple harmonieuse. Elle a quitté son domicile conjugal quatre fois pour une durée de 15 jours à un mois depuis qu'elle est mariée « on se dispute toujours mais depuis la maladie de Amel, on a oublié nos problèmes ». « Quand je quittais la maison, j'emmenais les deux derniers avec moi » (parlant de Amel et de son petit frère). La mère manifeste une grande frustration face aux conditions matérielles de la famille « je dis à mes enfants qu'on a pas de chance ».

Histoire de la maladie :

Dès l'âge de neuf ans, lors de sa première hospitalisation en 2005 motivée par une poussée inflammatoire et une poly arthralgies au niveau des grandes articulations : genou gauche, coude, rachis cervical et poignée. Le diagnostic d'arthrite juvénile poly articulaire fut alors posé au service de pédiatrie du CHU de Sidi-Bel-Abbès.

Depuis, les hospitalisations se répètent. Elles sont d'une fréquence de 9 hospitalisations par an, d'une durée qui varie entre 03 et 15 jours, ce qui explique les absences scolaires répétées. Amel est souvent accompagnée de sa mère comme garde malade.

Les pieds présentent une malformation très notable des orteils en coup de vent, ce qui explique l'inconfort et la fatigue rapide lors de la marche.

Une corticothérapie contraignante pour Amel nécessite un régime alimentaire hyposodé est associée à des antalgiques et des anti-inflammatoires. Elle représente le schéma thérapeutique qui revient lors de chaque poussée arthritique.

Chaque poussée est marquée par une inflammation de l'articulation causant une rougeur, chaleur et une douleur ainsi que des difficultés de mobilité entravant l'activité quotidienne de Amel ce qui compromet sa scolarité.

2.1.1.3 – Evaluations, application des échelles et interprétation :

Les échelles appliquées dans le cas de Amel 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

2.1.1.4. Résultats des tests pratiqués :

L'échelle de dépression MDI-C :

La note brute est de 66 ; elle correspond à une Note T de 79

Les notes brutes transformées en Notes T de Amel aux huit échelles de la MDI-C sont les suivantes :

- Anxiété =10 qui équivaut à une Note T de 76
- Estime de soi =7 qui équivaut à une Note T de 76
- Humeur dépressive =7 qui équivaut à une Note T de 71
- Sentiment d'impuissance = 10 qui équivaut à une Note T de 76
- Introversion sociale =8 qui équivaut à une Note T de 79
- Faible énergie =6 qui équivaut à une Note T de 70
- Pessimisme =9 qui équivaut à une Note T de 74
- Provocation =9 qui équivaut à une Note T de 76

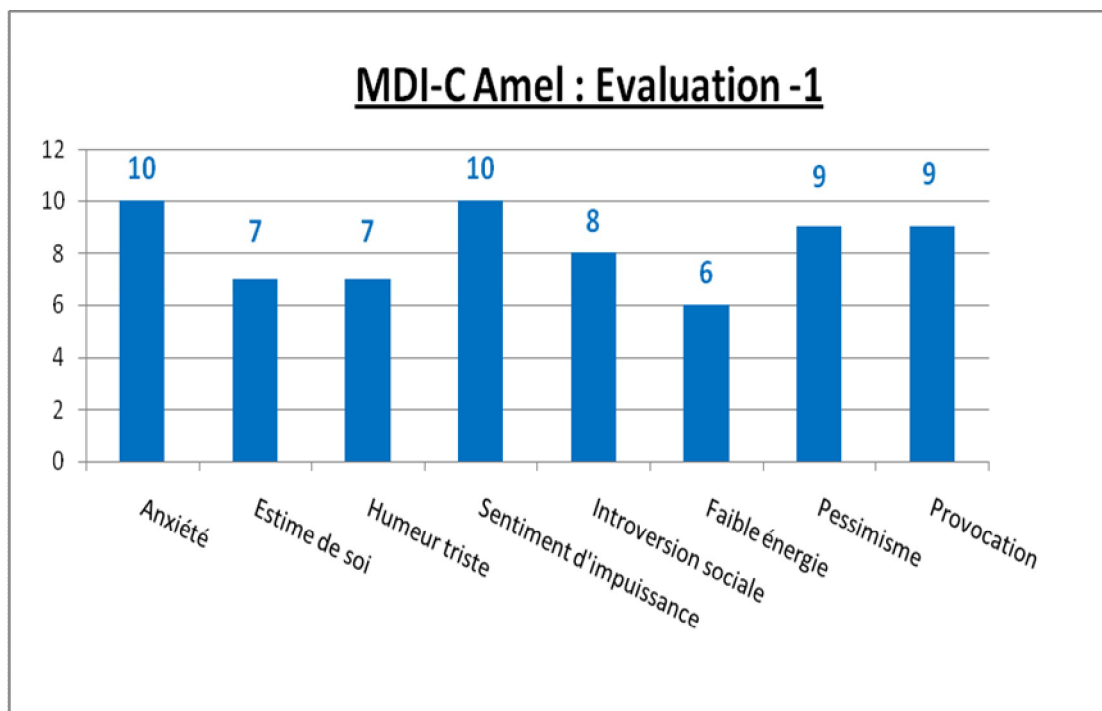
L'interprétation des résultats montrent que les Notes T comprises entre 66 et 75 indiquent des symptômes dépressifs modérés à sévères et les notes supérieures à 75 indiquent des symptômes sévères.

Dans le cas de Amel, **une Note T = 79** au la MDI-C serait en faveur d'une dépression sévère.

La sévérité est retrouvée dans les sous-échelles d'anxiété, d'estime de soi, de sentiment d'impuissance, d'introversion sociale et de provocation. Les scores sont supérieurs à **75**. Les valeurs concernant l'humeur dépressive, la faible énergie et le pessimisme, se situent dans le mode dépressif sévère.

Les valeurs de ces sous-échelles se situent entre **66** et **75** ; elles indiquent des symptômes dépressifs entre dépressifs modérés et sévères.

La reproduction des scores sur histogramme permet de mieux visualiser les niveaux des huit sous-échelles.



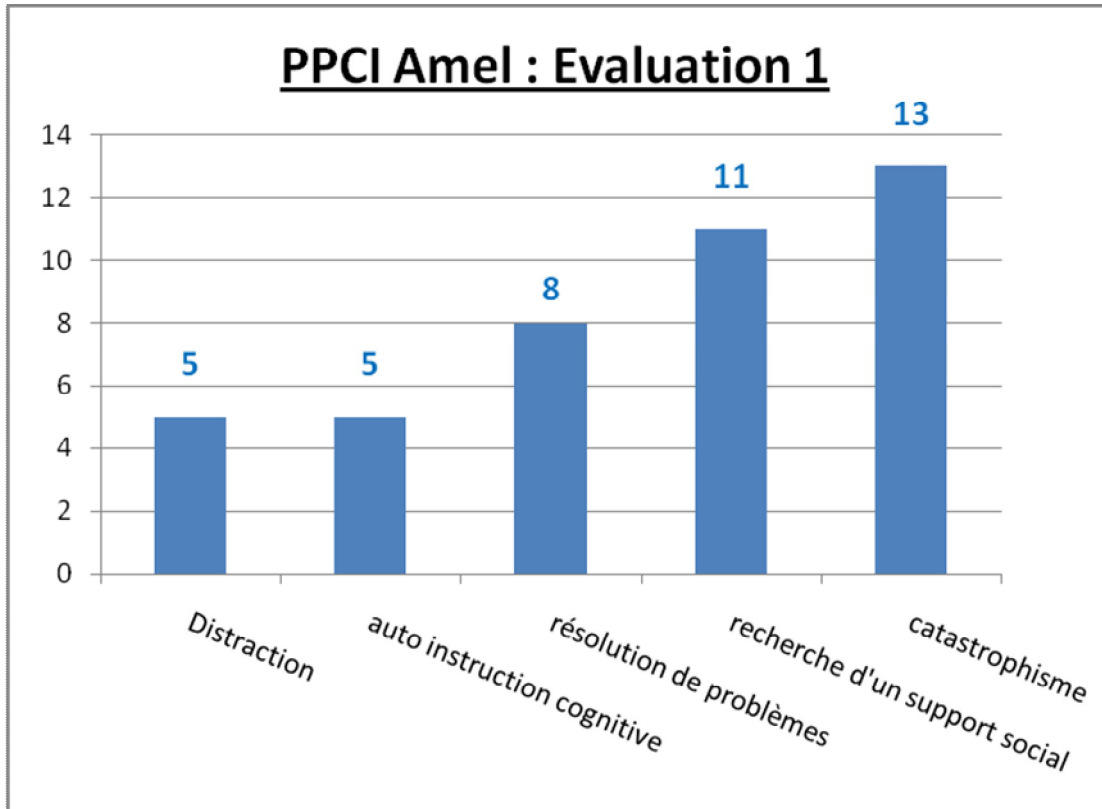
Histogramme N° 1

Résultats du protocole du PPCI de Amel :

Les scores obtenus sont :

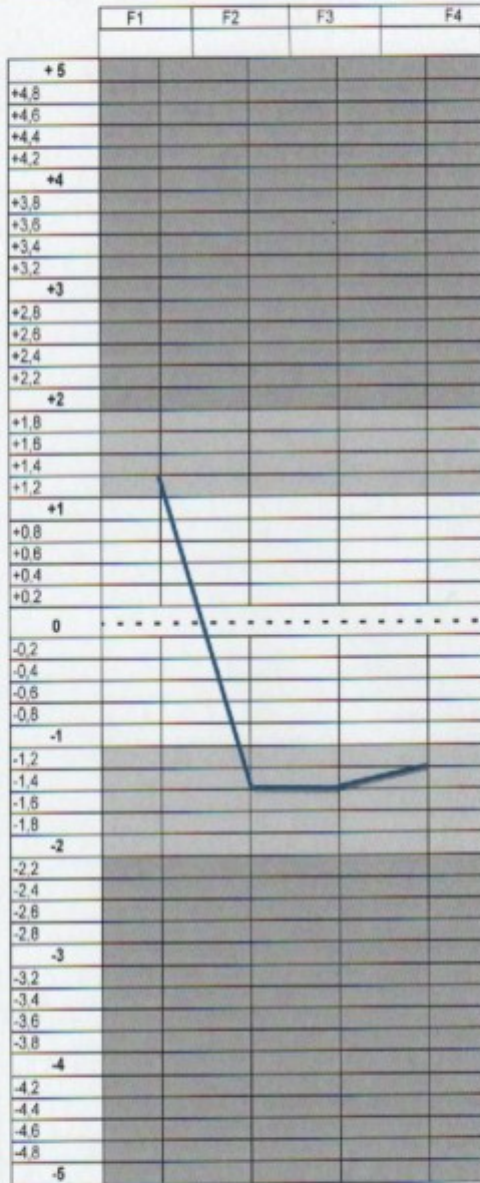
- la distraction =**05**
- l'auto instruction cognitive =**05**
- la résolution du problème =**08**
- la recherche d'un support social = **11**
- le catastrophisme =**13**
- Le facteur **F1** obtenu après addition des scores des items : 1, 3, 4, 5, 8, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39 et 41 = **22** qui correspond à **+1.4** en note transformée selon le tableau d'étalonnage.
- 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 le tableau d'étalonnage.
- Le Facteur **F3** est obtenu après l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **4** qui correspond à **-1.4** en note transformée.
- 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.

La reproduction des chiffres sur le graphe permet de visualiser un tracé qui montre une zone située en dessous de la ligne 0 qui indique l'utilisation de stratégies inadaptées face à la douleur chronique. (Voir feuille de profil).



Histogramme N°2

FEUILLE DE PROFIL PPCI : AMEL-1



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

Interprétation et discussion des résultats :

Le catastrophisme relevé du protocole de l'échelle PPCI de Amel s'avère le score le plus élevé par rapport aux autres rubriques (13). Il indique que la patiente a tendance à envisager le pire, elle craint les conséquences négatives majeures traduites par un contenu verbal et imagé dramatique : "mes os vont se déformer" "je vais être paralysée", « je me sens épuisée ».

Il en découle de la négativité des pensées de Amel une tendance à amplifier le vécu de la situation de douleur et d'appréhender le pire ce qui prédit le sentiment d'impuissance perçue qui porte une Note T=76 significativement élevée à l'échelle MDI-C. Selon l'interprétation, elle indique que le sujet souhaite avoir plus d'appuis de la part de sa famille et de ses amis. Il se présente fréquemment comme un perdant qui laisse tomber facilement, prompt à dire « je ne peux pas ».

C'est aussi retrouvé dans le PPCI : l'item 20 « je pense que ça ne peut qu'empirer », 40 « je pense que je ne peux rien faire pour arrêter la douleur » qui sont coté positivement à 2.

Keefe (1989) nous rapportant sur un travail réalisé auprès de malades présentant une polyarthrite rhumatoïde, « *La dramatisation qui représente le pôle opposé de l'optimisme réaliste, est également associée à un mauvais ajustement. Les sujets qui ont tendance à dramatiser, rapportent à l'issue de six mois de suivi, des scores plus élevés de handicap fonctionnel, de douleur et de dépression (Keefe et al.,1989a)* »M. Bruchon schweitzer (2001 :122)

C'est en fait une attitude qui implique un renforcement de l'anxiété qui porte une Note T =76 sup à 56 au MDI-C. Ceci est expliqué également par un score élevé du pessimisme portant une Note T = 74 à l'échelle de dépression MDC-I traduisant un sentiment de désespoir et d'attente du pire des gens et des situations. Les items (10) « la chance est avec moi », (18) « je vais avoir un bel avenir », (31) « j'ai de la chance », (43) « de mauvaises choses vont m'arriver »(63) « mon avenir sera bien », sont tous coté négativement.

L'estime de soi au MDI-C porte une Note T= 76 qui est très élevée. Elle indique que Amel a une image négative d'elle-même en se comparant aux pairs dont les items les plus typiques sont coté négativement « les autres enfants m'aiment bien » (item 2), « je m'aime bien » (item 49), « j'aime bien la tête que j'ai »(item 69), « je me trouve très bien(item71), « les enfants m'embêtent »(item 21) est coté positivement.

Amel se perçoit comme incapable, n'ayant pas les ressources et la capacité de faire face. Les items du PPCI le confirment. Elle répond positivement pour l'item 41 « Je pense que je ne peux rien faire pour arrêter la douleur », « quand j'ai mal, je pleure, je cris » et négativement pour l'item 22: « j'imagine que je peux faire disparaître la douleur tout(e) seul(e) ».

Ceci est traduit à au PPCI par l'élévation significative du score en catastrophisme(13) et la baisse du score d'auto-instruction cognitive et en distraction(5). L'impuissance perçue génère un stress chez Amel qui correspond

à l'insuffisance ou à l'épuisement des ressources perçus comme nécessaires afin de faire face à la douleur.

Le contrôle perçu est faible chez Amel, il dépend d'une évaluation secondaire subjective qui s'avère négative. Elle évalue et estime que ses ressources personnelles de faire face à la douleur sont réduites, voir inexistantes "je me sens épuisée, je n'en peux plus" alors que l'intensité de sa douleur est scorée à 3 seulement (voir tableau des idées automatiques). Il y a discordance entre le ressenti (douleur chiffrée à 3) et le perçu (épuisement).

Le lieu de contrôle chez Amel s'avère externe. En effet, les attributions causales qui sont la manière dont Amel élabore des explications à sa douleur sont sujettes à des contrôles externes : « les médecins n'ont pas sus me guérir », « les médicaments n'ont pas été efficaces », « je n'ai pas de chance ».

Plus l'attribution est externe, stable et incontrôlable, plus le stress est important ; il en découle une diminution de l'auto-efficacité traduite dans le protocole du PPCI par une faiblesse des scores en distraction et auto instruction cognitives, c'est pourquoi la vulnérabilité de Amel est marquée et que son comportement tend vers la passivité et l'évitement. Elle utilise un coping passif centré sur l'émotion. « *Un coping passif (rester couché, restreindre ses activités sociales..) est particulièrement déconseillé puisqu'il prédit, à six mois, davantage de douleur, de poussées inflammatoires, de sentiments d'impuissance et une détérioration importante de l'humeur (Brown et al, 1989) »* M. Bruchon Schwetzer et B. Quintard (2001 :123)

Amel est beaucoup plus dans la passivité que dans l'action ; cette attitude est retrouvée à travers les items de l'échelle PPCI : l'item 1 « quand j'ai mal je vais au lit », 27 « je me couche », 35 « je vais dormir jusqu'à cela aille mieux » sont coté positivement.

En ce qui concerne le soutien social, le fait que Amel sous-estime ses ressources personnelles, son score à la sous échelle du PPCI : recherche de support social est élevé (11). Elle a besoin d'un support et recherche un appui pour faire face à sa douleur. Son coping est passif, centré sur l'émotion et la recherche de support social.

En revanche, comme le milieu familial est dans l'incompréhension, le soutien familial est perçu comme frustrant Amel tend son comportement vers la provocation scorée à 9, portant une Note T=76 à l'échelle MDI-C.

En effet, l'interprétation indique que l'enfant se perçoit comme sujet à problème se traduisant par des comportements rebelles ou engagement dans des problèmes de comportement.

Les ressources sociales perçues par Amel sont dépourvues d'empathies, de compréhension et de support affectif : "je suis seule" "personne ne peut m'aider". Il s'avère que la coopération de l'entourage familial n'est pas satisfaisante pour la patiente qui ajoute : « quand je suis en régime hyposodé, souvent ils oublient de me faire du pain sans sel », « ma mère ne me fait de massage que si les médecins lui recommandent, si c'est moi qui lui demande, elle me dit laisse moi tranquille, elle ne me comprend pas », « personne n'écoute

quand je me plaint » (coté positivement). Amel est dans l'insatisfaction du soutien émotionnel qui consiste à exprimer ses affects à sa mère comme figure d'attachement sensée apporter soutien, assurance et protection.

Une frustration répétée face à des demandes affectives renvoie Amel à la provocation. Ceci est appuyé par l'échelle MDC-I (item 75 coté positivement) « personne n'écoute quand le me plaint », (item 9) « quand je suis en colère je deviens méchante », (item 61) « je suis furieuse contre ma famille » . Elle répond négativement à l'item 24 du PPCI : « je peux compter sur ma mère quand j'ai besoin de déballer ce que j'ai sur le cœur ».

Résultats de l'Inventaire de l'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA) (rubrique attachement à la mère seulement) :

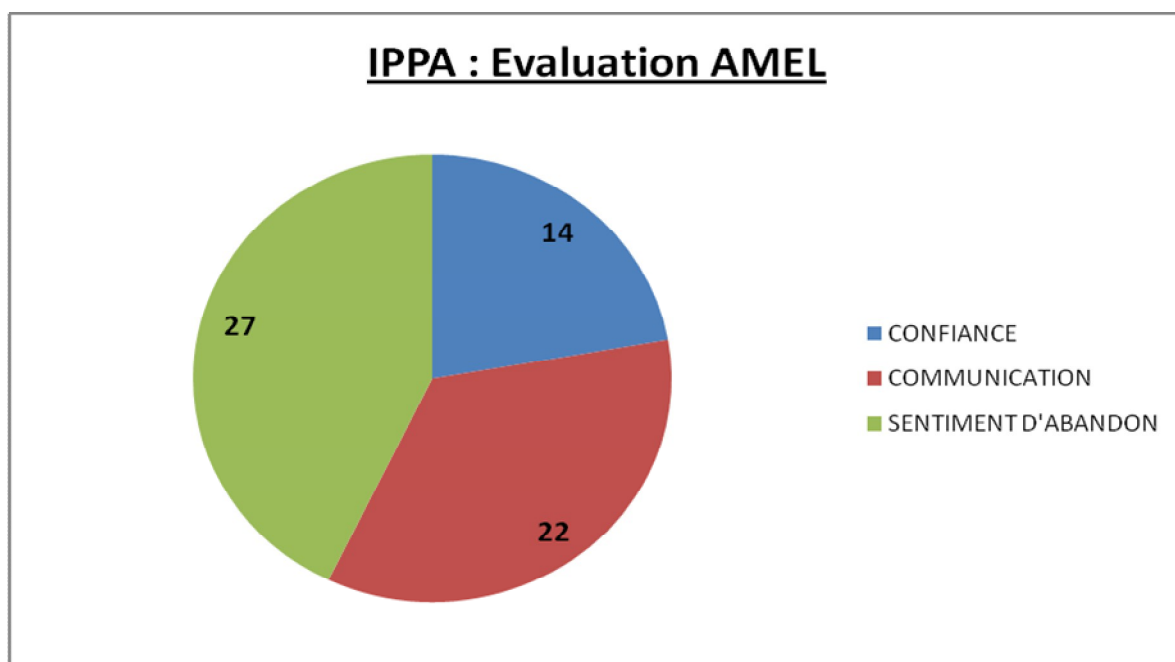
- Le score obtenu en confiance (il différencie les adolescents « Sécures » des adolescents « évitant » des « ambivalents ») = **14**
- Le score obtenu en communication = **22**
- Le score obtenu en sentiment d'abandon (il différencie les adolescents « sécures » des adolescents « ambivalents ») = **27**

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 **1,8** qui indique un faible niveau de sécurité perçue.

La moyenne du score de sentiment d'abandon est de **4,5**.

Le protocole de Amel indique une élévation du score de sentiment d'abandon (4,5) et une baisse de la moyenne des scores de confiance et de communication (1,8) ; ce qui permet de dire que Amel a un style d'attachement « insécure ».



Sphère N°1

La représentation des résultats obtenus de l'inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs (rubrique attachement à la mère seulement) révèle que le sentiment d'abandon est le plus significatif. Amel n'est en fait pas satisfaite de sa relation avec sa mère traduit par les items : 15 « je me sens en colère contre ma mère », une réponse négative est donnée à l'item 22 : « je fais confiance à ma mère ».

Les items 6 « j'ai le sentiment que ce n'est pas la peine de laisser paraître mes sentiments quand je suis avec ma mère », 7 « ma mère peut sentir quand je suis contrariée par quelque chose », 11 « je suis contrariée bien plus souvent qu'elle ne le sait », 23 « ma mère ne comprend pas ce que je vis ces jours-ci », renvoient à la confiance et à la notion de sensibilité maternelle qui représente l'habileté de la mère à percevoir et à interpréter avec justesse les signaux émotionnels de son enfant avec la capacité de lui répondre de façon adéquate et appropriée n'est pas perçue. Le soutien de la mère, les soins et l'attention qu'elle lui porte ne sont pas perçus par Amel comme suffisants ni satisfaisants « elle ne me fait de massage que lorsque les médecins le lui disent, quand s'est moi qui lui demande, elle me dit laisse moi tranquille, elle ne me comprend pas ».

Les scores obtenus à l'IPPA révèlent un score bas en communication(22) et en confiance(14) et un score élevé en sentiment d'abandon (27). Amel a répondu par presque toujours ou toujours vrai aux items de l'IPPA : 11 « je suis contrariée bien plus souvent que ma mère ne le sait », « ma mère respecte mes sentiments », 23 « ma mère ne comprend pas ce que je vis ces jours-ci » ; elle a répondu par presque jamais ou jamais vrai aux items : 24 « je peux compter sur ma mère quand j'ai besoin de débayer ce que j'ai sur le cœur » 22 « je fais confiance à ma mère », 20 « ma mère me comprend », 12 « quand je discute ma mère se soucie de mon point de vue »

C'est le reflet d'un problème d'étayage. Amel a en fait une difficulté à s'appuyer sur sa figure d'attachement pour faire face à la douleur. La base de sécurité qui signifie la confiance dans l'idée qu'une figure de soutien doit être, protectrice, réceptive, accessible et disponible n'est pas perçue par Amel. Le soutien social dans son aspect émotionnel n'est pas reconfortant ce qui renforce l'anxiété, scorée à 10 au protocole de l'échelle composite de dépression MDC-I.

En effet les dires de la mère et la grille observation utilisée lors de l'hospitalisation, aux moments douloureux révèle une pauvreté des échanges verbaux et non verbaux. Les contacts physiques sont très rarement observés se tenant de manière raide et distante au pied du lit ou assise sur une chaise. Souvent elle discute avec la garde malade qui partage la chambre. La mère tient des propos qui manquent d'empathie et d'authenticité. Elle répète souvent à sa fille « qu'est ce que tu veux que je te fasse ? ». « je n'en peux plus » « je suis fatiguée, elle m'a épuisé », « elle m'a trainé dans les hôpitaux »...nous dit-elle.

2.1.1.4.- Diagnostic :

Depuis un an, Amel présente les symptômes suivants :

- Un fléchissement des résultats scolaires.
- Une humeur triste.
- Irritabilité lui posant des problèmes relationnels
- Une fatigabilité et activités ludiques limitées
- Des troubles de sommeil et un manque d'appétit
- Troubles neurovégétatifs (nausées et brûlures gastriques, douleurs abdominales, céphalées...)
- Anxiété
- Champs relationnel et social réduits
- Culpabilité
- Sentiment de dévalorisation et mauvaise estime de soi
- Lenteur psychomotrice parfois agitation.
- Troubles cognitifs (difficultés de concentration et de mémorisation)
- Pensées sur la mort.

Selon les critères diagnostiques du DSM IV qui fournissent une description claire des troubles de l'humeur qui correspond au profil de Amel, nous posons le diagnostic de trouble dysthymique F 34.1 (300.4) tout en prenant en considération l'aspect développemental. Mini DSM-IV-TR Critères diagnostiques (2004 :172)

2-1-2 Les séances de 6 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 lui avons expliqué de façon 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 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.

Nous avons présenté puis remis à Amel 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.

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 nous ont été utilisées 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 :

- La première représente graphiquement l'EVA en forme d'un trait gradué de 0 à 10 sur lequel elle doit chiffrer 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 écrire le ou les sentiments qui accompagnent la douleur.
- La troisième contient également des bulles différentes mais dans lesquelles elle doit reporter l'idée, la pensée ou l'image mentale qui se présente à elle de manière spontanée et automatique.

A près la notation 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 sous forme de bulles amuse et facilite à l'enfant d'exprimer ses idées et sentiments.

Ce matériel est utilisé pour observer l'évolution favorable ou défavorable de la prise en charge.

Les objectifs visés à ce stade était d'apprendre à la patiente de s'auto-observer, prendre conscience de ses émotions et de ses idées.

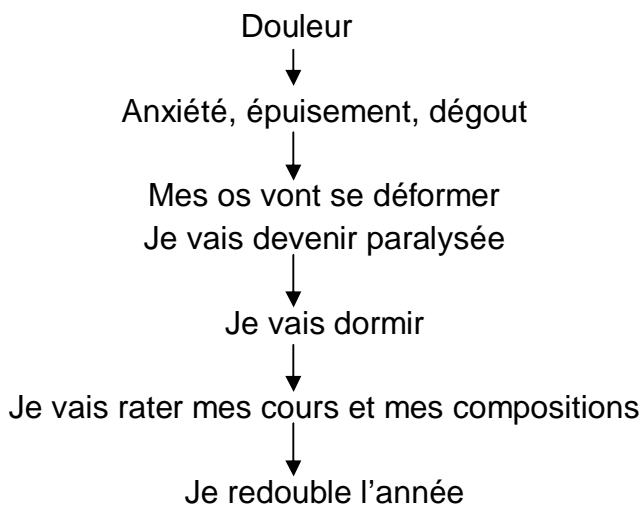
(voir tableau N° 2 représentant les émotions et cognitions associés à la douleur : cas de Amel).

**Tableau représentant les émotions et cognitions associés
à la douleur de Amel**

Douleur scorée de 1 à 10	Emotion	Cognition
	<p>Tristesse 100%</p>	<p>Tous les médicaments n'ont aucune efficacité 90 %</p>
	<p>En colère 100%</p>	<p>Les médecins ne savent pas soigner 80 %</p>
	<p>Irritable 90%</p>	<p>Je suis seule, personne ne peut m'aider 80%</p>
	<p>Je me sens épuisée 100%</p>	<p>Je dois avoir de la patience pour que ça passe 50 %</p>
	<p>En colère 80%</p>	<p>Ma maladie ne guérit jamais 100 %</p>
	<p>Triste 100%</p>	<p>Je suis seule, je n'ai pas de chance 100 %</p>

Tableau N° 2

2-La seconde manière de repérage des pensées automatiques dysfonctionnelles est celle des flèches descendantes :



Le feed-back au terme de ces séances : la patiente souligne apprécier cette manière de travail structurée. Elle paraît très motivée.

Grace au remplissage des diverses fiches des colonnes de Beck et de la méthode des flèches descendantes, Amel 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, déprimée ou en colère ce qui la pousse à penser de manière illogique, systématiquement négative, et sans se rendre compte, elle agit à son propre détriment.

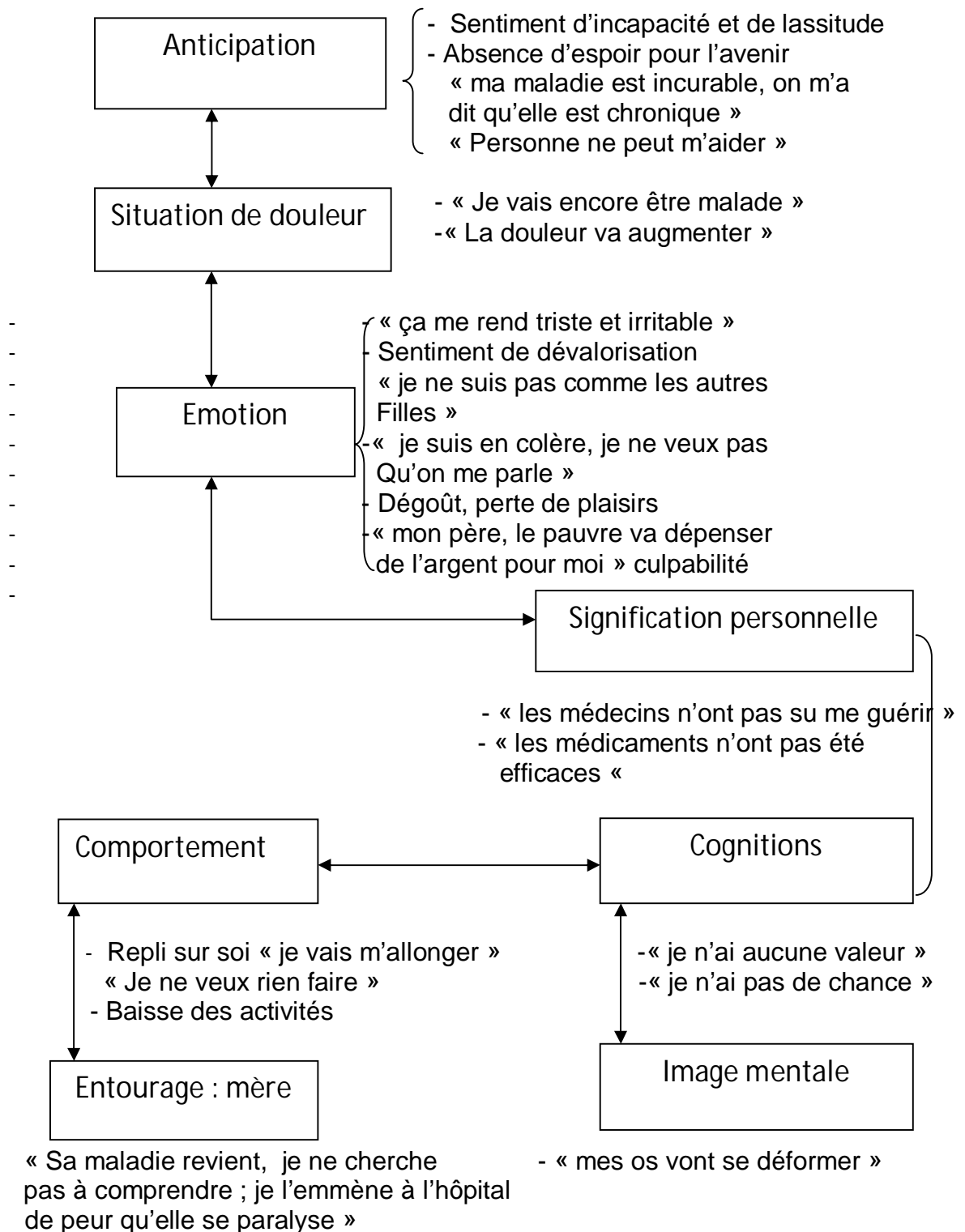
Les émotions relevées dans le vécu douloureux de Amel sont négatives (tristesse, colère, irritabilité, sentiment d'épuisement), il en découle par conséquent une idéation négative :

- sentiment d'impuissance et d'incapacité : « je me sens épuisée » retrouvé dans le score élevé (6) en faible énergie dans l'échelle MDI-C,
- une humeur triste et anxieuse qui confirme un coping centré sur l'émotion : pessimisme « je ne guéris jamais », « je n'ai pas de chance » « Personne ne peut m'aider » ; « je me sens seule »,
- sentiment d'incontrôlabilité « les médecins ne savent pas soigner », « les médicaments ne m'ont rien fait ». Une pensée inadaptée en rapport avec un sentiment de culpabilité intense : la patiente se sent coupable et responsable des difficultés matérielles de la famille « à cause de moi, et de ma maladie, des contrôles, des analyses, mon père dépense beaucoup d'argent » « je suis responsable de beaucoup de problèmes matériels, ma grande sœur doit se marier, elle prépare son trousseau ». La restructuration cognitive vise à amoindrir cette émotion en faisant réaliser à Amel que son arthrite n'est pas un acte volontaire, qu'il ne relève pas de son vouloir, ni de son intention et que sa responsabilité à elle n'est pas à mettre en cause.

2.1.2.2. L'ANALYSE FONCTIONNELLE :

Dans le cas de Amel, nous avons utilisé 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 :



Synthèse : La grille d'analyse fonctionnelle nous permet de voir avec plus de précision les interactions entre les différentes composantes de la douleur, à savoir la composante cognitive, affectivo-émotionnelle et comportementale.

L'analyse fonctionnelle a permis également de déterminer les capacités de coping face à la situation de douleur.

Le cas de Amel est particulièrement intéressant car la détresse véhiculée par la douleur induite par la maladie renvoie à d'importantes répercussions psychologiques (retentissement personnel qui se traduit par une baisse de l'estime de soi, le sentiment de dévalorisation, le sentiment de culpabilité, de tristesse, l'anhédonie et la perte de l'élan vital) qui à leur tour vont potentialiser l'intensité de la douleur ressentie.

2.1.2.3. - L'établissement d'un contrat de thérapeutique:

Amel semble apprécier cette méthode. Nous lui avons expliqué les étapes et les modalités de la prise en charge.

Il fallait l'informer qu'elle 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 ; ce qui donne une interaction dynamique et souple.

A cette étape, nous avons défini (informé et décrit la façon dont va se dérouler la TCC) ; le déroulement des séances ainsi que les objectifs que nous désirons atteindre en donnant des explications claires à Amel et sa mère sur la comorbidité essentiellement, l'anxiété et la dépression :

- Agir sur la dépression par la restructuration cognitive
- Diminuer l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire et de la relaxation
- Agir sur la douleur par la distraction,
- Travailler la relation mère/enfant en développant chez la mère la sensibilité d'écoute.

Nous avons expliqué à la patiente les principes, objectifs, stratégies et techniques utilisés en thérapies comportementales et cognitives. Amel s'est montrée aussitôt intéressée et motivée par les TCC.

2.2. La seconde phase : (phase thérapeutique proprement dite)

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

Nous avons organisé les séances de telle sorte que le début de chaque séance soit consacré à la revue des exercices de la semaine écoulée.

Le fait d'envisager uniquement une reprise de l'activité en vue d'améliorer le rendement scolaire n'était pas un but assez ambitieux.

La prise en charge est centrée sur le choix des meilleurs moyens à utiliser pour atteindre les objectifs que l'on s'est fixés. L'orientation est aussi bien comportementale que cognitive ; ce qui oriente l'élaboration de stratégies.

2.2.1.1. Le premier objectif : L'action sur la dépression :

Il était important de permettre à Amel de retrouver une image positive d'elle-même, qu'elle se voie compétente et capable, possédant des capacités qu'elle ignore en elle. En effet, son score d'estime de soi, de pessimisme, de sentiment d'impuissance, de faible énergie et d'introversion sociale à l'échelle MDI-C sont particulièrement élevés.

La stratégie adoptée pour cela était une stratégie cognitive de Beck qui agit sur le dysfonctionnement des idées, qui va agir par la modification des pensées erronées (cognitions). Il faut pour cela :

* **Travail sur le rehaussement de l'estime de soi** : Amel est en pleine phase d'adolescence où le narcissisme et l'aspect corporel sont importants. Elle accorde une très grande importance aux tenues vestimentaires et à l'apparence. Elle pense que cette dernière détermine la valeur de la personne. Elle ne s'estime pas positivement de n'être pas à la mode, comme les autres filles. Ce sentiment est nettement aggravé par la maladie qui renforce le manque d'estime de soi les items : 49, 50 et 28 « je suis moche », « je me déteste », « je ne fais pas attention à moi »

La pensée automatique négative que Amel associe à ces propos est : « je ne vauds rien » « je n'ai aucune valeur ».

Scorée à 7, à l'échelle de dépression MDC-I, la Note T = 76, > à 75, indique des valeurs sévères.

Amel a une perception négative d'elle-même. Elle ne s'estime pas, se trouve moche « je ne m'habille pas bien, je n'ai aucune valeur ». Amel accorde une grande importance aux tenues vestimentaires, qui symbolisent pour elle la réussite et la valeur sociale. Sa maladie et la médiocrité des conditions socio-économiques font qu'elle a une autodépréciation, une dévalorisation. Elle se sent diminuée par rapport à ses pairs « mes frères et sœurs ainsi qu'au collègue, on se moque de moi, de mes cheveux, de mes orteils tordus », « je ne m'aime pas », « mes copines de classe s'habillent bien, elles ne m'aiment pas, elles sont mieux que moi ». Elle est très sensible à toutes critiques ou remarques qui sont perçues comme défavorables.

Un élément renforçateur de la baisse de l'estime de soi est l'attitude dévalorisante de la mère à travers l'utilisation de violences verbales « il serai mieux que tu meure »,

Amel a une perception négative de son environnement familial ; elle vit dans l'inconfort matériel et affectif.

Elle a une perception négative de son avenir car elle envisage que son arthrite va s'empirer et qu'elle ne pourra pas réaliser son rêve de devenir infirmière en pédiatrie « mes os vont se déformer et j'ai peur d'être paralysée ».

A cet effet, nous avons utilisé la méthode des flèches descendantes afin de mettre à jour les postulats de base de la patiente ; par exemple lorsqu'elle dit :

« Je suis malade, je ne guérirai jamais »

↓
« Je n'ai pas de valeur »
(Auto dépréciation)

↓
« Je ne suis pas appréciée »

↓
« Personne ne m'aime. »

(généralisation et inférence arbitraire)

Le postulat mis en évidence est le suivant : « puisque je suis malade, je suis inférieure aux autres qui ont plus de valeur que moi, et donc ils me rejettent et ne m'aiment pas ».

En se basant sur la méthode socratique qui consiste en une discussion et questionnements aptes à amener la patiente à modifier ses opinions et à percevoir d'autres alternatives. Il ne s'agit pas de contredire les propos et croyances de Amel mais je lui demande 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 ? »

Notre objectif était de :

1. Faire réaliser à Amel par l'utilisation d'un questionnaire socratique qu'il s'agit d'une distorsion cognitive par erreur de logique (généralisation) « personne ne m'aime », et d'une inférence arbitraire (conclusion sans preuves).

Les filles qui ne sont pas malades, sont-elles toujours aimées par tous et dans toutes les situations ? ont-elles pour autant toujours une meilleure valeur ?

2. Définir imperfection/perfection : Appellerait-elle tout autre enfant ou adolescent malade qu'elle rencontre lors de ses hospitalisations comme inférieurs ???

3. Exposer la contradiction et généralisation: D'après cette définition propre à elle, une personne qui n'a pas d'arthrite, est-ce que cela voudrait dire que cette personne a une valeur incontestable quoi qu'elle fasse ou accomplisse ? Peut-elle toujours faire tout, mieux que les autres ?

Amel donne alors l'exemple de son père qui a un eczéma (qui est malade) mais qui a une grande valeur pour elle et qu'elle aime beaucoup.

Elle réalise de ce fait et d'elle-même qu'elle présente une distorsion cognitive ou une erreur de logique basée sur la sur-généralisation qui est retrouvée également dans un autre schéma cognitif « personne ne peut m'aider ».

4. La restructuration cognitive : il s'agit de repérer avec Amel les pensées qui surgissent d'une manière automatique lorsqu'elle vit une situation de douleur. Le but principal est d'amener Amel à vérifier d'une manière réaliste ses pensées

négligées véhiculées par des schémas ou postulats qui ont la responsabilité d'infléchir son humeur. Il ne s'agit pas d'infuser un optimisme général ; mais d'encourager un esprit investigateur qui met en questions les pensées négatives comme si elles étaient des hypothèses. Il s'agit d'envisager d'autres interprétations possibles.

Les pensées alternatives doivent venir de la patiente qui est invitée à élargir la conception qu'elle a d'elle-même ainsi que des autres et du monde. Elles permettent de ce fait d'apaiser les émotions négatives et pénibles.

Feed-back des séances : Amel souligne avoir apprécié cette technique de travail qui met en relief son mode de fonctionnement. Elle est très motivée et comprend vite qu'il fallait s'impliquer, qu'elle était plutôt actrice. L'échange qui en découle, facilité par la reformulation et le feed-back, permet l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Avec la même technique, nous avons abordé le sentiment de culpabilité de Amel : « je cause beaucoup de problèmes financier à mon père à cause de ma maladie : le transport, les traitements, les analyses... ».

Les tâches assignées à domicile :

- Evaluer la douleur avant et après une activité nécessitant un effort intellectuel soutenu choisit préalablement ; Amel a choisi la lecture pour laquelle nous lui avons proposé plusieurs histoires et contes agréables à lire, un puzzle et des jeux électroniques.

Un carnet est pour cela remis à Amel sur lequel elle doit continuer à s'auto-observer, observer ses pensées en inscrivant sur un tableau, cette fois-ci de quatre colonnes (modèle de Beck) qui dans notre étude, la situation reste la même : la 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 elle inscrit la pensée automatique avec niveau de croyance ; dans la quatrième une idée alternative accompagnée d'une proposition d'activité choisie préalablement par Amel. La douleur est ensuite réévaluée en fin d'activité (voir tableau ci-après).

L'objectif derrière cette pratique est de l'aider à s'intéresser à ses sentiments, et que progressivement l'amener à comprendre qu'il est possible, en agissant sur ses propres pensées, de contrôler mieux ses émotions, ses sentiments de détresse ainsi que son pessimisme. Il s'agit en fait d'un travail de renforcement du lien qui existe entre la cognition, l'émotion et le dialogue interne.

- Pratique de la relaxation, à raison de trois séances de quinze minutes réparties dans la journée.

- Pratique du contrôle respiratoire. (voir pratique en page 64)

Tableau N° 3 des quatre colonnes (Amel)

Situation de douleur de 0 à 10	Emotion	Cognition	Pensée alternative	Type de diversion et évaluation
<p align="center">!! ↓ ! ! ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	Un peu anxieuse 20%	Je vais encore être malade 80%	Si j'agis sur la douleur 80%	Je vais faire mes devoirs ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p align="center">2,5</p> <p align="center">! ! ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	Anxieuse 30%	Ca va s'empirer demain 80%	Hier, ça a diminué, je vais encore essayer 80%	Regarder la télé ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! ! 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p align="center">! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	Irritabilité 50%	Mon genou va enfler 100%	Je dois avoir confiance en moi. J'ai pu réduire ma douleur la dernière fois 80%	Jeu de carte avec mon frère 1,5 ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p align="center">5,5</p> <p align="center">! ! ! ! ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! ! !</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	Anxiété. Au bord des larmes 60%	Si je bouge, j'aurai plus mal 80%	Je ne dois pas faire une grande activité pour ne pas avoir mal davantage 60%	Jeu électronique au lit 1,5 ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p align="center">! ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	Tendue et irritable 40%	Je n'ai pas de chance, je n'en peux plus 60%	Si je reste assise, la douleur augmente. Je ferais mieux d'aller à l'école 100%	Aller à l'école 1,5 ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p align="center">4,5</p> <p align="center">! ! ! ! ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	J'ai peur d'être plus malade demain et d'être hospitalisée 30%	Les médicaments ne m'ont rien fait. Ma maladie ne guérit jamais. Personne ne peut m'aider 60%	Si je ne prends pas de médicaments mes os se déforment davantage. 100%	J'ai rangé mon cartable puis révisé ma table de multiplication que je ne connais pas par cœur 0,5 ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p align="center">! ! ! ! ! ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! !</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	Peur 50%	Je n'ai pas la force de supporter davantage 50%	Je peux supporter encore plus, c'est un défi 80%	Regarder la TV (barbie) 6,5 ! ! ! ! ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! ! 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p align="center">! ! ! ! ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	Confiance 80%	J'ai la chance Ça pouvait être une maladie	La dernière fois j'ai réduit la douleur, je	Aide mon frère à faire ses devoirs + dessin

		mortelle comme le cancer 80%	le peux cette fois-ci 90%	!! !! ↓ !! !! !! !! 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
--	--	---------------------------------	------------------------------	---

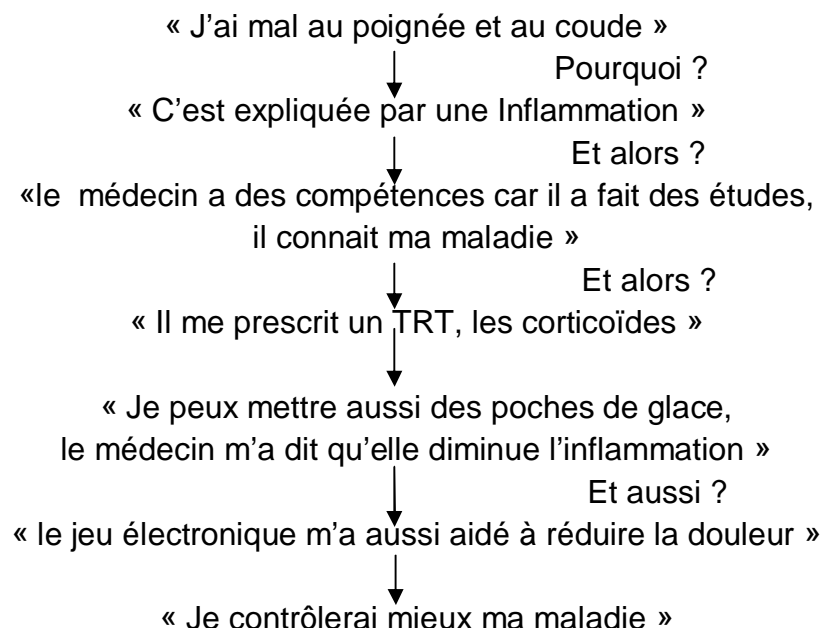
Grace au remplissage des diverses fiches des quatre colonnes, Amel a pris vite conscience des modifications de l'humeur consécutives à la modification positive des cognitions ainsi qu'à la focalisation de son attention intellectuelle sur une tâche précise. Le but derrière cette tâche était que Amel arrive à percevoir en elle des capacités (cognitives) qui pouvaient atténuer sa douleur (visiblement sur le tableau de deux ou trois degrés) et de ce fait, exercer un auto renforcement positif. Elle a put comprendre qu'elle a la possibilité d'agir activement sur sa douleur en l'atténuant ou l'abolir. Le niveau de croyances permet d'observer une modification notable de l'estimation des pourcentages par rapport au tableau des trois colonnes. En effet les pourcentages des émotions négatives a nettement baissé par contre les pourcentages des degrés de croyances concernant les pensées alternatives positives a favorablement augmenté.

2.2.1.2. Deuxième objectif : Travail sur le contrôle perçu :

Amel présente un style d'attribution external associé à l'absence de contrôle : « les médecins n'ont pas su me guérir », « les traitements ne sont pas efficaces », « je n'ai pas de chance » ; c'est un style d'attribution négatif, external, global et stable, ce qui induit chez Amel un sentiment d'incontrôlabilité et donc d'impuissance qui explique son style de coping centré sur l'émotion. Il renvoie à l'anxiété et à la dépression.

Après explications sur les caractéristiques et sur l'évolution de l'arthrite juvénile, sur les propriétés de la corticothérapie, Amel a réalisé que l'évolution aurait été toute autre si elle ne s'était pas traitée.

Elle a donné l'exemple d'une malade qu'elle a connu lors de ses hospitalisations et dont l'évolution de son arthrite fut défavorable pour son pronostic fonctionnel (raideur des genoux) parce que sa mère lui appliquait des traitements locaux traditionnels. « Heureusement pour moi que j'ai toujours fait mes contrôles ». La technique de la flèche descendante nous donne :



Le degré de croyance en ce postulat est de 80%. Le postulat mis en évidence est ; « en cas de douleur, le médecin peut m'aider en me prescrivant un TRT adéquat, j'ai la possibilité moi aussi d'agir et de faire quelque chose pour réduire ma douleur ».

Le feed-back était que ces techniques et ce travail sur les pensées automatiques lui ont permis de se sentir moins anxieuse. « je sens comme un soulagement quant je modifie l'idée » ; Ils lui ont permis de voir ses idées négatives. Elle perçoit ses émotions et concrétise par les techniques utilisées, le lien qui existe entre les deux (idées et émotions). Amel fait preuve d'une réinterprétation positive qui lui permet de gérer sa détresse émotionnelle confirmée par les niveaux de croyance du tableau N°3 page 100.

2.2.1.3.Troisième objectif : Agir sur l'intensité de la douleur

- **Par la distraction** : Nous avons introduit les techniques de distraction ou de détournement de l'attention car elles sont les plus courantes des méthodes cognitives pour le soulagement de la douleur chez l'enfant.

Le sens auditif et visuel sont particulièrement utilisés pour la distraction.

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).

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. Amel a choisi le dessin, la lecture, le jeu.

Nous avons mis à la disposition de Amel des feuilles de papier et crayons de couleurs sans lui imposer un dessin particulier, plusieurs livres attrayants comportant des histoires variées, un jeu de carte des sept familles, des puzzles, jeu électronique...

Se référant à l'histoire connue de «La petite vendeuse d'allumettes », nous avons expliqué le phénomène neurologique de la concentration et l'imagerie mentale sur l'inhibition du message douloureux ; puis en fonction des centres d'intérêts de Amel et aussi avec son choix comme activité favori, nous lui proposons plusieurs histoires avec l'attribution de la tâche suivante. Amel devait en fait évaluer sa douleur en utilisant l'EVA avant et après la lecture d'une histoire quelle doit résumer pour garantir un maximum de concentration soutenue.

➤ Les méthodes comportementales dans la prise en charge de la douleur :

1 - *La relaxation* : Elle est utilisée dans le but de réduire l'anxiété qui est conditionnée par la douleur. Elle se traduit chez Amel par des manifestations végétatives : des troubles du sommeil, et qui font cercle vicieux avec l'intensité de

la douleur. Comme principale technique, nous avons utilisé la relaxation selon la méthode de Jacobson que nous avons illustrée plus haut. La première séance fut réalisée au bureau, puis donnée comme instruction et tâche quotidienne à domicile.

Afin de diminuer l'impact de la douleur, de nombreuses interventions comportementales incluent des procédures facilitant l'adéquation physique et la relaxation mentale. La relaxation n'a pas d'autres effets que le relâchement musculaire et l'évasion mentale par une diminution de l'activité du système nerveux sympathique. Il existe différentes sortes de relaxation, les mieux applicables à l'enfant sont celles qui font agir principalement sur la respiration.

2 - Favoriser un coping actif :

2.1. Entraîner pour encourager la compétence : Amel a bien pris conscience de l'impact des émotions et comportements qui potentialisent le perçu de sa douleur. Elle a également concrétisé par le processus de distraction set de relaxation qu'elle est compétente, 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.

2.3. Améliorer l'auto-efficacité :

Amel se limite à une évaluation secondaire basée sur une perception négative. Elle estime ses ressources personnelles comme dépassant ses limites.

C'est une dimension subjective qui, dans le cas de Amel renvoie à l'impuissance apprise : « ma mère me répète souvent : qu'est-ce-que tu veux que je te fasse ? » ce qui limite les stratégies de coping au niveau émotionnel.

Notre objectif est de diminuer l'impuissance perçue, « je n'en peux plus » éviter de se reposer à l'excès, par crainte que la douleur s'intensifie. Amel est dispensée de l'activité sportive ; elle a tendance à réduire son activité alors qu'il est conseillé aux enfants présentant une ACJ 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. Amel va à pied, fait quelques courses développant ainsi son efficacité personnelle, encouragée à modifier l'attention centrée sur l'activité qu'elle ne pouvait plus apprécier.

L'action thérapeutique est d'orienter la patiente vers une évaluation secondaire qui l'amène à immobiliser ses ressources personnelles pour faire face à la situation de douleur. Le but est de mettre en place un certain nombre de stratégies dont dispose Amel pour diminuer l'impact physiologique et psychologique de la douleur en la réévaluant. Il en découle un renforcement du contrôle perçu.

3 - Travail sur l'évitement : Reprise d'activité et suivre les séances de kinésithérapie qu'elle négligeait. Le retrait est aussi conditionné par la douleur (conditionnement classique).

Notre tâche consiste aussi d'encourager Amel à la participation aux excursions organisées par une association au niveau du service de pédiatrie de Sidi-Bel-Abbès. Les objectifs visés : divertissement, élargissement du champ relationnel, dédramatisation par le fait de côtoyer ses pairs qui sont aussi malades, modeling par la rencontre de malades optimistes.

Chaque changement est récompensé par la mère ; nous avons préalablement choisi la récompense avec la mère. L'objectif visé est de favoriser le rapprochement de la relation mère/enfant dans le sens d'une sensibilité positive par l'utilisation d'un conditionnement opérant.

2.2.1.4. Quatrième objectif : Intervention sur la relation dyadique Amel et sa mère :

L'histoire de Amel illustre malheureusement l'importance que peut prendre la maladie et la douleur au niveau émotionnel, cognitif et comportemental retentissant inéluctablement sur la vie familiale et sociale.

La mère de Amel a dès le début de la prise en charge coopéré aux entretiens. Elle a toujours été présente aux RDV. C'est toujours elle qui accompagne sa fille aux contrôles médicaux ainsi qu'aux séjours de Amel à l'hôpital nous avons manifesté et reconnu positivement ses efforts et sacrifices afin de valoriser sa position. La grille d'entretien, souligne un sentiment de culpabilité. Elle répond par souvent « je pense que j'ai une part de responsabilité dans la maladie de mon enfant » « il y a des choses que j'aurais dû faire pour éviter la maladie ». Elle ajoute : »j'aurais dû la prendre chez un spécialiste, je l'ai négligée » « peut-être j'ai négligé ma fille » Elle vit la maladie comme une épreuve.

Durant la phase thérapeutique nous avons introduit la mère de Amel dans :

1/ le programme de conditionnement opérant par la réduction des bénéfices secondaires dont le plus important chez Amel est l'absentéisme. Il constitue en effet un facteur d'entretien de la douleur.

Le comportement douloureux qui jusque-là était renforcé positivement par la mère à travers les absences « dès que je vois le rougissement de son visage, qu'elle va s'allonger et qu'elle cesse de manger, je lui dis de ne pas aller au collège » va être remplacé par l'accompagnement de la mère au collège. Il s'agit toujours d'un renforcement positif mais :

- qui encourage l'auto-efficacité
- qui encourage un coping actif
- qui favorise les liens mère/fille.

Le fait d'assister aux cours constitue un auto-renforcement positif, il tend vers une auto-efficacité. Il permet aussi par l'effet de la distraction (concentration aux cours) dans la réduction de la douleur maintenant que Amel a bien assimilé et testé ce processus. Amel a réalisé que l'absentéisme est un facteur qui influe sur son rendement scolaire et qui l'isolait du groupe de ses pairs ce qui renforce sa différence et compromet son devenir scolaire.

Au retour du collège nous avons recommandé à la mère d'exercer un renforcement positif verbal ou gestuel (conditionnement opérant) comme récompense affective à l'effort exercé par Amel tout en verbalisant sa satisfaction.

Il était nécessaire de parler de Amel 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. Elle s'est proposée pour des massages à l'huile d'olive en dehors de la poussée arthritique ce qui reflète un désir de renouement de la relation.

2/ Encourager un changement de discours en utilisant comme outil la reformulation et l'empathie. « je répète toujours à mes enfants qu'on n'a pas de chance : nos conditions de vie, la maladie... » elle se plaint souvent de fatigue, de lombalgies, elle se sent dépassée ; « mon mari ne partage rien avec moi, les enfants c'est moi, l'école, les soins, lui, il s'en fou ».

D'après la grille d'observation des interactions mère/enfant au moment de la douleur réalisée lors de l'hospitalisation de Amel du 11 au 28/09/2010, nous avons relevé qu'il y avait peu de contact physique, Mme B parle peu avec sa fille, elle s'assoit souvent au pied du lit de Amel. Elle vit la maladie de sa fille comme une injustice, parfois comme une punition. Mme B est frustrée, ses propos se focalisent autour de la médiocrité du niveau socioéconomique. Sa vision de son époux est plutôt disqualifiante. Ses propos reflètent une animosité « kechfetni, t'bahdelt dans les hôpitaux ».

3/ Renforcer les liens d'attachement :

Le lien d'attachement mère/enfant fait référence aux aspects relationnels qui servent à réguler l'excitation stressante de l'enfant ou son sentiment de vulnérabilité. Amel se sent incomprise par sa mère ; elle la trouve rigide, agressive, violente, pas affectueuse et culpabilisante. Amel est souvent battue par sa mère. « souvent elle m'insulte en me disant ; c'est pour cela que Dieu t'a tordu ». Amel perçoit sa relation avec sa mère comme précaire et pas sécurisante.

Afin d'influencer de manière positive la qualité des soins maternels et des interactions mère/enfant qui constituent l'aspect fondamental de la prise en charge, nous avons vu la nécessité d'établir 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- 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. Faire preuve de disponibilité pour répondre aux besoins de Amel, surtout affectifs. Les réponses doivent en fait être adaptées, en un temps de réaction convenablement différé.
- 2- Développer une communication positive avec empathie et authenticité, impliquer la mère dans les interactions réciproques. Il s'agit aussi de maintenir un degré de proximité et de contact surtout lorsque Amel manifeste de l'inquiétude ou de la détresse.

- 3- Déculpabiliser la mère: Il s'agit de reconnaître l'investissement de Mme B et tout les efforts qu'elle fourni pour la santé de sa fille (déplacements fréquents, frais, attentes prolongées lors des consultations et contrôles médicaux, les séjours à l'hôpital lors de l'hospitalisation de Amel...) mais qu'il fallait donner de l'importance à la dimension affective. Un travail d'accompagnement vu que c'est une maladie chronique nécessite de réserver une place capitale à la dimension affective.
- 4- La mère doit distinguer sa propre subjectivité de celle de sa fille 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.

Son attitude ne doit être ni dans l'amplification ni dans la banalisation mais dans l'écoute empathique et l'offre d'une base de sécurité suffisamment contenante.

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.

Le soutien perçu par la mère de Amel est à son tour insuffisant, elle évoque que son mari l'aide matériellement mais il ne la soutient pas, qu'il ne s'implique pas, qu'il ne l'a jamais accompagné chez le médecin ou à l'hôpital ; ce qui parfois est source de conflits. Les ressources familiales sont aussi insuffisantes. Elle répond par souvent pour « mon entourage me fait sentir que je suis diminuée » et par jamais pour « mon entourage me soutient ».

- 5-Un RDV avec le père permettrait son implication comme soutien pour la mère qui a, à son tour besoin d'être soutenue.

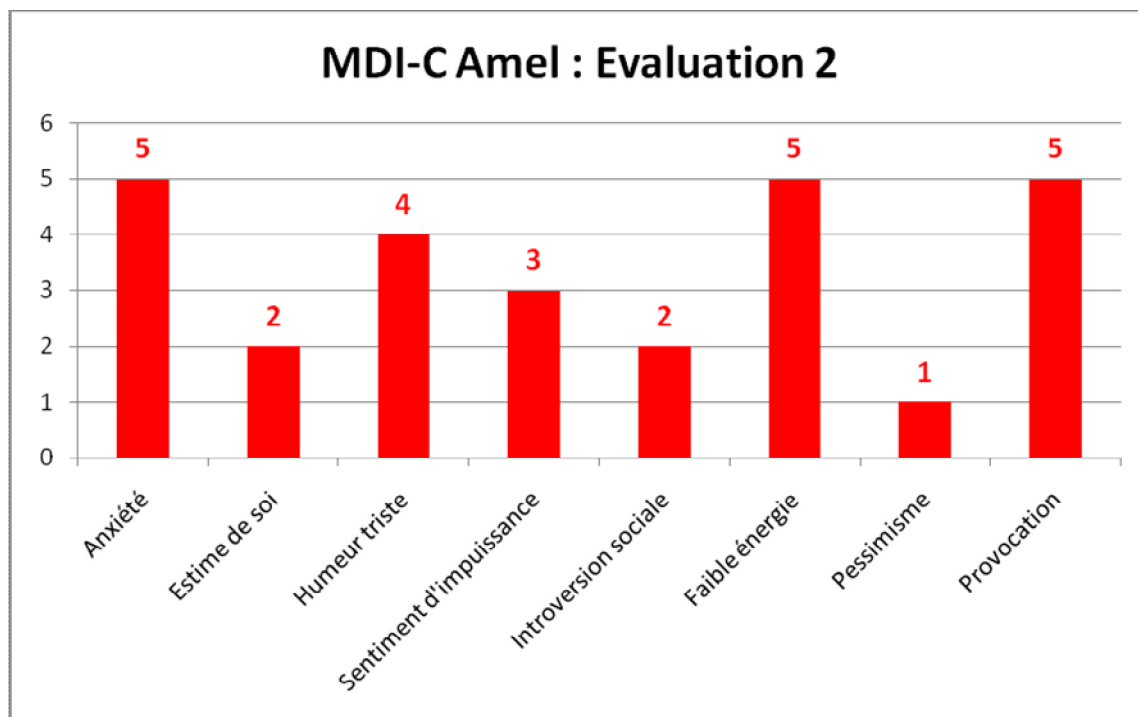
2.2.1.5. REEVALUATIONS

Réévaluations MDI-C :

Les scores obtenus à l'échelle de dépression MDI-C sont :

- *Anxiété = 5-----Note T= 56
- *Estime de soi = 2-----Note T= 52
- *Humeur triste = 4---- -----Note T= 64
- *Sentiment d'impuissance = 3-----Note T= 62
- *Introversion sociale = 2-----Note T= 61
- *Faible énergie= 5-----Note T= 63
- *Pessimisme =1-----Note T= 49
- *Provocation=5-----Note T= 62

Note Brut =27-----Note T = 60 place Amel dans la zone comprise entre 56 et 65 qui indique une dépression faible à modérée.



Histogramme n° 3

L'appréciation des scores :

Le score de pessimisme a régressé de moitié, il est passé de 10 à 5 qui équivaux en note T de 74 à 56.

Les score d'estime de soi est passé de 7 à 2 qui équivalent à une note T de 74 à 52.

Le score d'anxiété a régressé de 10 à 5 qui équivalent à une note T de 76 à 56.

Le score d'estime de soi est passé de 7 à 2 qui équivalent à une note T de 76 à 49.

Le score d'humeur triste est passé de 7 à 4 qui correspond à une note T de 71 à 64.

Le score de faible énergie a légèrement régressé de 6 à 5 qui correspond à une note T de 63.

Le score d'introversion sociale a nettement régressé de 8 à 2 qui équivalent à une note T de 79 à 61.

Enfin le score de provocation est passé de 9 à 5 qui correspond à une note T de 76 à 62.

L'échelle de dépression MDI-C révèle une amélioration en montrant le passage d'un l'état de dépression « sévère » à une dépression « de modérée à faible ». La Note T a en effet régressé de **79 à 60**.

2 - La réévaluation à l'échelle de coping (PPCI) révèle les scores suivants :

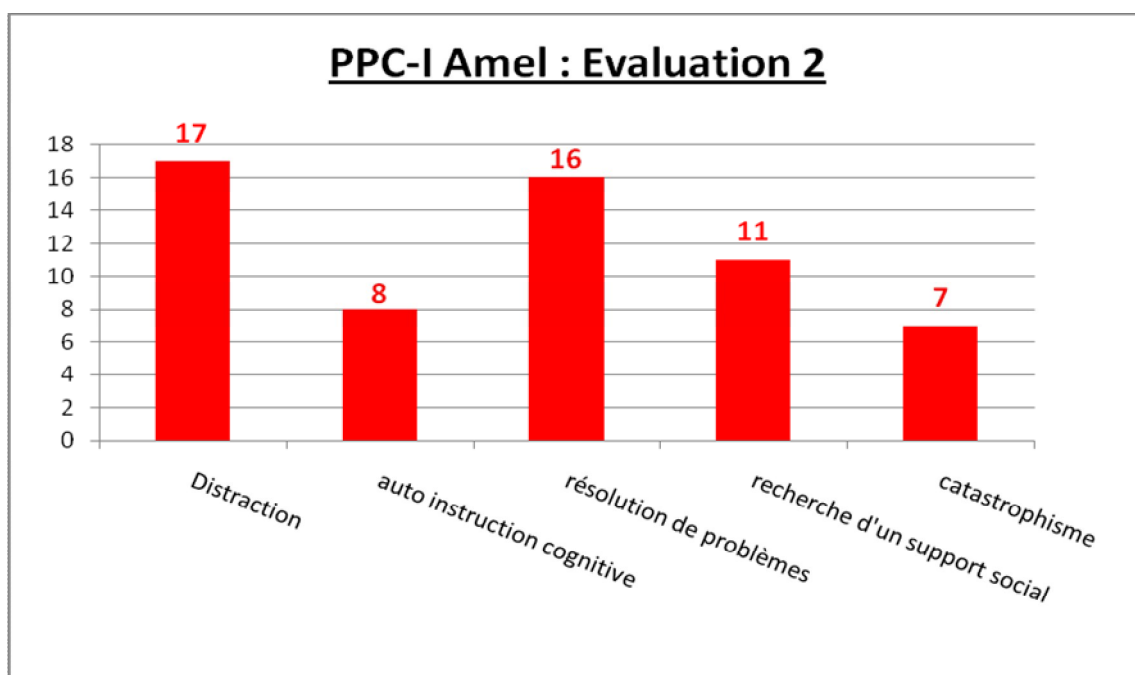
- la distraction = **17**
- l'auto instruction cognitive = **08**
- la résolution du problème = **16**
- la recherche d'un support social = **11**
- le catastrophisme = **07**

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 = **29** qui correspond à **3,4** en note transformée selon le tableau d'étalonnage.

Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **12** qui correspond à **0,6** en note transformée selon le tableau d'étalonnage.

Le Facteur **F3** est obtenu après l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **15** qui correspond **3,2** en note transformée.

Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = **6**, qui correspond à **0,2** en note transformée selon le tableau d'étalonnage.



Histogramme n°4

Les scores de catastrophisme ont baissé de 13 à 7.

Le score de recherche d'un support social est maintenu à 11.

Le score de résolution de problèmes a significativement augmenté de 8 à 16.

Le score d'auto-instruction cognitive a aussi augmenté de 5 à 8.

Le score de distraction s'est nettement amélioré. Il a augmenté de 5 à 17.

Il est à noter que plus les scores de distraction, auto-instruction cognitive et de résolution de problème est élevé plus le score de catastrophisme est en baisse, ce qui signifie que l'efficacité perçue a favorisé chez Amel un coping actif centré sur le problème.

Ces scores reproduits en facteurs F1, F2, F3 et F4 nous donne sur la feuille de profil (page 109) une courbe se situant au-dessus de la ligne zéro. Elle permet de visualiser un tracé nettement amélioré. Ce qui signifie une utilisation de stratégies de coping adaptées à la douleur.

Discussion des résultats :

Le phénomène de la distraction a significativement augmenté de 5 à 17. Il a effectivement agit sur l'intensité de la douleur dont les évaluations réalisées par l'EVA montrent une réduction des scores de 2 à 3 chiffres. L'apprentissage par décentration contribue donc à la gestion de la douleur.

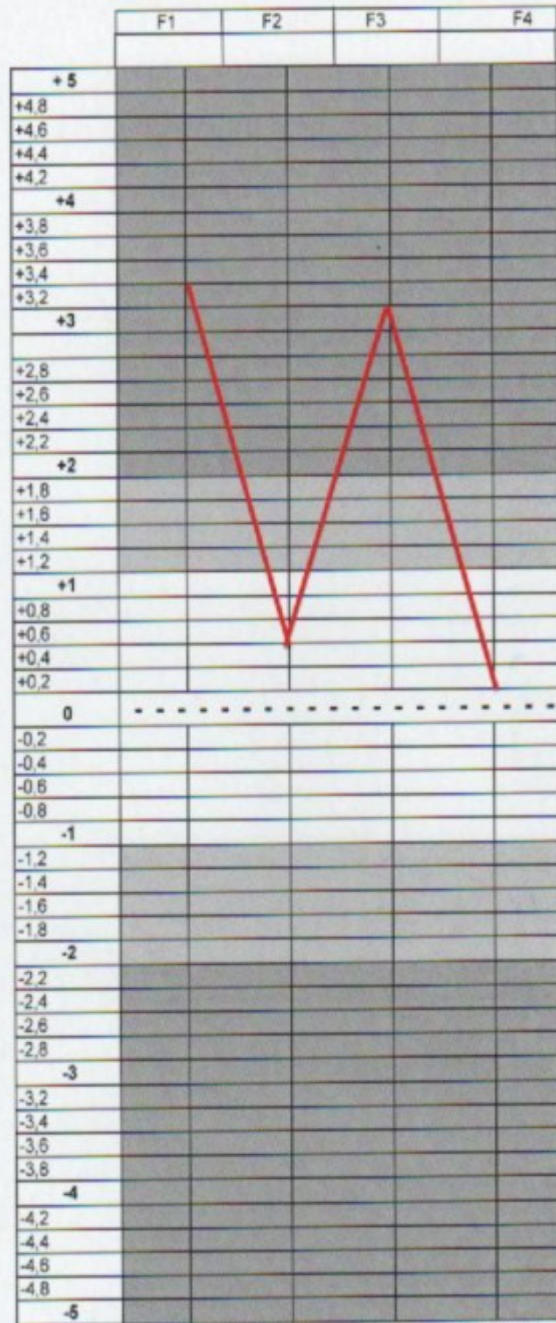
Par ailleurs le score de catastrophisme a baissé de 13 à 7 et une augmentation de l'auto-instruction cognitive qui est passée de 5 à 8. Ceci traduit une tendance à se décentrer de la douleur et développer des stratégies plus adaptées.

Le tableau des quatre colonnes révèle que l'auto-observation des émotions et cognitions, avec la possibilité d'ouvrir d'autres hypothèses aux croyances antérieures a permis de réduire les émotions négatives (voir les évaluations des niveaux de croyances aux émotions et pensées alternatives en pourcentages sur le tableau N° 3) mais aussi en adoptant un style de coping actif permettant de faire face mais aussi de réduire l'intensité de la douleur même s'il ne s'agit pas de l'abolir.

Le phénomène de la distraction a effectivement agit sur l'intensité de la douleur. L'apprentissage par décentration contribue à la gestion de la douleur.

Le tableau révèle que l'auto-observation des émotions et cognitions, avec la possibilité d'ouvrir d'autres hypothèses aux croyances antérieures a permis de réduire les émotions négatives mais aussi en adoptant un style de coping actif permet de faire face mais aussi de réduire l'intensité de la douleur même s'il ne s'agit pas de l'abolir.

FEUILLE DE PROFIL PPCI : AMEL-2



Légende :

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

2.3 Troisième phase : (phase de maintien)

Notre objectif à ce stade serait de prolonger la méthode de restructuration cognitive pour laquelle la patiente est déjà bien entraînée.

Nous revoyons avec Amel l'ensemble des progrès que nous avons réalisés ensemble. Nous l'informons également des risques de rechute qui, pour l'éviter, un suivi régulier étalé sur l'année serait indispensable mais sur une périodicité plus étalée (une fois par mois, puis une fois par bimestre).

Une prolongation des séances de relaxation est maintenue à cette phase pour favoriser contrôle émotionnel.

Les résultats obtenus confirment l'intérêt et le bénéfice des TCC dans le traitement de la dépression et de la douleur. Amel a en effet une meilleure estime d'elle-même, elle donne plus de soin à son apparence, s'invertit plus à ses études. Ses relations familiales sont moins dans la provocation. L'approche comportementale et cognitive est très complémentaire aux thérapies médicales. Dans le cas de Amel nous avons proposé une médication d'antidépresseurs qui serait complémentaire à la psychothérapie. Nous avons en effet évité une thérapie médicamenteuse afin de mieux apprécier l'apport de l'application des TCC.

3/CONCLUSION :

Le cas de Amel nous illustre parfaitement l'ampleur que peut prendre la douleur chronique dans le vécu psychologique de l'enfant. Son impact dans l'étude de cas de Amel se traduit par une dépression sévère. Amel a un style de coping centré sur l'émotion. Son évaluation primaire face à la douleur est perçue comme un événement 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 modification des styles d'attribution a donné à Amel à travers la restructuration cognitive une nouvelle manière de percevoir la douleur et donc d'améliorer ses stratégies de coping. Par l'utilisation de la distraction, elle a pu diminuer les scores de douleur 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 aidé à modifier les comportements douloureux aussi bien pour Amel que pour sa relation avec sa mère. Les signes pathologiques ont nettement diminué, ce qui a confirmé l'hypothèse N° 2 de l'étude.

La troisième hypothèse de l'étude a également été confirmée. Dans le cas de Amel, sa qualité d'attachement est insécure. Elle a affaibli ses capacités à réguler ses affects pour faire face à la douleur. Le style d'attachement détermine la perception de la douleur d'où notre intérêt à agir sur la relation dyadique. En effet, la modification des comportements et attitudes maternels a permis dans le cas de Amel un rapprochement dans la relation et un enrichissement des interactions traduit par une communication riche et empathique.

DYADE N°2

(*Samia et Mme M.*)

1/Le déroulement des séances :

Les séances se sont étalées sur une durée de six mois du 09/09/ 2010 au 03 Mars 2011 avec une périodicité de 2 séances hebdomadaires durant le premier mois lors de l'hospitalisation de Samia au service de pédiatrie, puis d'une séance par semaine durant les cinq mois qui ont suivi.

La durée de chaque séance variait de 40 à 50 minutes. Les séances se sont déroulées soit au service de pédiatrie lors de son hospitalisation ou au service de rééducation fonctionnelle lors de son séjour ou alors à titre externe quand elle était sortante.

Nous nous sommes rapprochés de Samia au service de pédiatrie de Sidi Bel Abbès où elle était hospitalisée depuis deux jours.

Samia était accompagnée de sa mère comme garde malade. Après leur avoir expliqué le rôle de la psychologie dans la prise en charge de la douleur et la maladie chronique. Samia et sa mère ont été aussitôt favorables à notre intervention.

2/Description des séances :

2.1. La première phase : (phase évaluative)

2.1.1. 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
- le diagnostic.

2.1.1.1. Ecoute et observation :

La première rencontre avec Samia s'est déroulée au CHU de Sidi- Bel- Abbès au service de pédiatrie, deux jours après son hospitalisation.

A première vue, Samia, âgée de 13 ans qui manifestement présente un retard statural, elle est de petite taille par rapport à son âge chronologique. Un bouffisme du visage dû aux corticoïdes marque son apparence.

Assise sur une chaise, entourée de coussinets, Samia n'a pas marché depuis quatre jours en raison de douleurs au niveau dorsolombaire d'apparition brutale.

Elle s'est montrée peu spontanée. Son regard est triste, les yeux baissés, elle a l'air fatigué, s'exprimant d'une voix basse.

Ses mouvements sont lents. Elle est en pleine poussée arthritique. Les douleurs lombaires sont accentuées au moindre mouvement ou essai de changement de posture. En décubitus dorsal, le passage en posture assise s'avère impossible. Son discours est truffé de propos conformistes et fatalistes « Dieu a voulu ainsi », « il faut être patient », « Dieu nous met devant l'épreuve pour voir si on résiste ou pas ». Ses propos se focalisent sur son devenir fonctionnel « j'ai peur du fauteuil roulant » dit-elle. Rares sont les fois où elle parle à la première personne du singulier.

Les tenues vestimentaires reflètent un niveau socio-économique bas. Les ressources matérielles de la famille sont très limitées en raison de la précarité de l'emploi du père. Ce dernier travaille de manière irrégulière « je sais que mon père n'a pas beaucoup d'argent, mais il m'achète tout ce que je veux », « quand je suis hospitalisée, il m'appelle 4 à 5 fois par jour et il passe me voir à l'hôpital tous les jours ».

Samia décrit son père comme nerveux. Elle associe son irritabilité au problème de logement « je sais qu'il pense beaucoup à moi et au problème de logement ». Les relations sociales sont très réduites. Samia dit qu'elle n'aime pas sortir « quand j'étais petite, je sortais pour regarder les filles jouer mais je ne pouvais ni courir ni jouer à la corde avec elles. C'est pour ça j'aime pas sortir ».

2.1.1.2. Recueil de données anamnestiques :

M. Samia est une jeune adolescente âgée de 13 ans, résidant à Sidi-Bel-Abbès, située au second rang d'une fratrie de trois dont deux filles, un garçon, âgés respectivement de 17, 13 et 06 ans.

Les trois enfants sont scolarisés. Leurs résultats scolaires sont assez bons. Samia a le niveau scolaire de troisième année moyenne. Elle dit avoir refait la quatrième année primaire à cause de difficultés en langue française.

Le père de Samia est âgé de 44 ans a un niveau d'instruction de quatrième année moyenne. Il exerce comme électricien en fonction libérale. Sa mère, âgée de 39 ans est analphabète. Elle dit n'avoir jamais été à l'école. Le couple est uni depuis 21 ans. Une notion de consanguinité du premier degré est à retenir. C'est un couple qui semble harmonieux en dépit de la médiocrité du niveau socio-économique.

La famille vit à l'étroit dans une pièce cuisine. Les filles dorment avec leurs parents, le garçon dans la cuisine.

Les antécédents de la famille ne sont marqués d'aucune pathologie quelconque hormis celle de Samia.

Samia est issue d'une grossesse désirée. Elle est née d'un accouchement normal. Aucun trouble ou accident pré, péri ou post-natal ne s'est produit.

Son développement psychomoteur a été marqué par un rythme et séquences acquisitionnelles s'inscrivant dans les limites du normal (acquisition de la posture assise à l'âge de 7 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 ; Samia a bénéficié d'un allaitement au sein jusqu'à l'âge de deux ans.

Samia a été scolarisée à l'âge de six ans ; Elle s'est aussitôt adaptée à l'école mais était retirée dit sa mère. Elle ne jouait pas beaucoup avec ses copines mais ses résultats scolaires ont toujours été bons. Elle a eu son examen de sixième avec une moyenne de 8.50.

Ses moyennes se situent entre 12/13 depuis qu'elle est au collège. Cette année scolaire (2010-2011) elle a raté les compositions du premier trimestre elle fut hospitalisée 20 jours au service de pédiatrie, et 15 jours au service de rééducation fonctionnelle. Elle a de ce fait raté également le second trimestre.

Samia n'a aucune activité extrascolaire, elle est dispensée de l'activité sportive, son passe temps favori est la lecture de livres de religion et autres.

Samia n'a jamais connue de séparation avec sa mère sauf une semaine au cours de laquelle elle a été césarisée. Samia avait déjà sept ans.

Elle est décrite par sa mère comme étant très gentille mais parfois rebelle. Sa relation avec son frère aîné est distante ; « il lui arrive de jalouser sa jeune sœur » dit la mère.

Début de la maladie :

Le début de la maladie remonte à l'année 2006 alors que Samia avait l'âge de 07 ans, par l'apparition d'arthralgies siégeant au niveau des grandes articulations : coudes, poignées chevilles et dernièrement aux genoux de façon bilatérale et symétrique. La douleur était accompagnée de chaleur, rougeur et œdème.

Ces signes sont accompagnés d'une limitation de l'activité physique, notamment la marche avec des douleurs lombaires et arthralgies.

Après chaque hospitalisation qui indique une médication basée essentiellement sur une corticothérapie marque une bonne amélioration clinique marquée par :

- Une régression des raideurs articulaires,
- Marche sans aide,
- Meilleure amplitude des mouvements.

La moyenne des hospitalisations est de cinq par an. La période de poussée en pose l'indication.

Lors de son dernier séjour au service de pédiatrie, la syntigraphie osseuse a révélé un tassement vertébral étagé du rachis dorsolombaire évolutif avec aspect d'arthrite des petites articulations des mains. Ce qui explique la difficulté de Samia à s'asseoir et encore moins à marcher.

Depuis six mois, une hypothyroïdie est découverte chez Samia qui explique un ensemble de signes (retard statural, aménorrhée, palpitations ...).

Un traitement est aussitôt instauré après confirmation des analyses médicales.

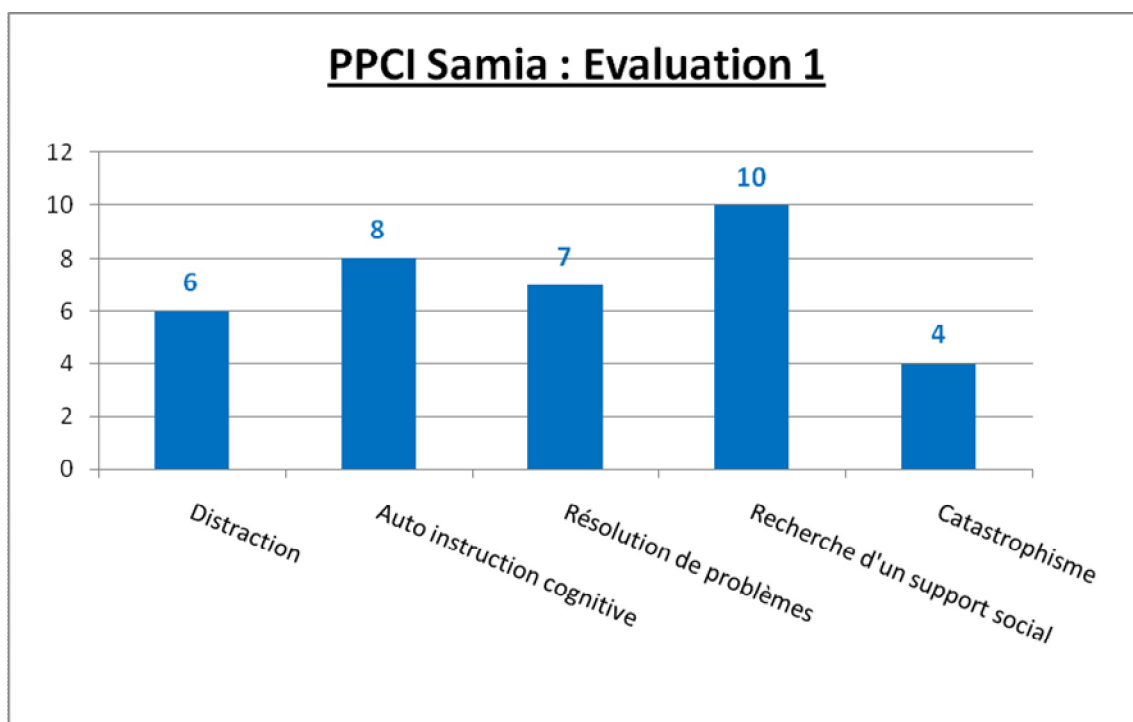
2.1.1.3. Evaluations et application d'échelles :

Les échelles appliquées dans le cas de Samia 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)

2.1.1.4. Résultats :

- PPCI** Le score obtenu en *résolution du problème* = 07
Le score obtenu en *auto-instruction cognitive* = 08
Le score obtenu en *recherche de support social* = 10
Le score obtenu en *catastrophisme* = 04
Le score obtenu en *distraction* = 06

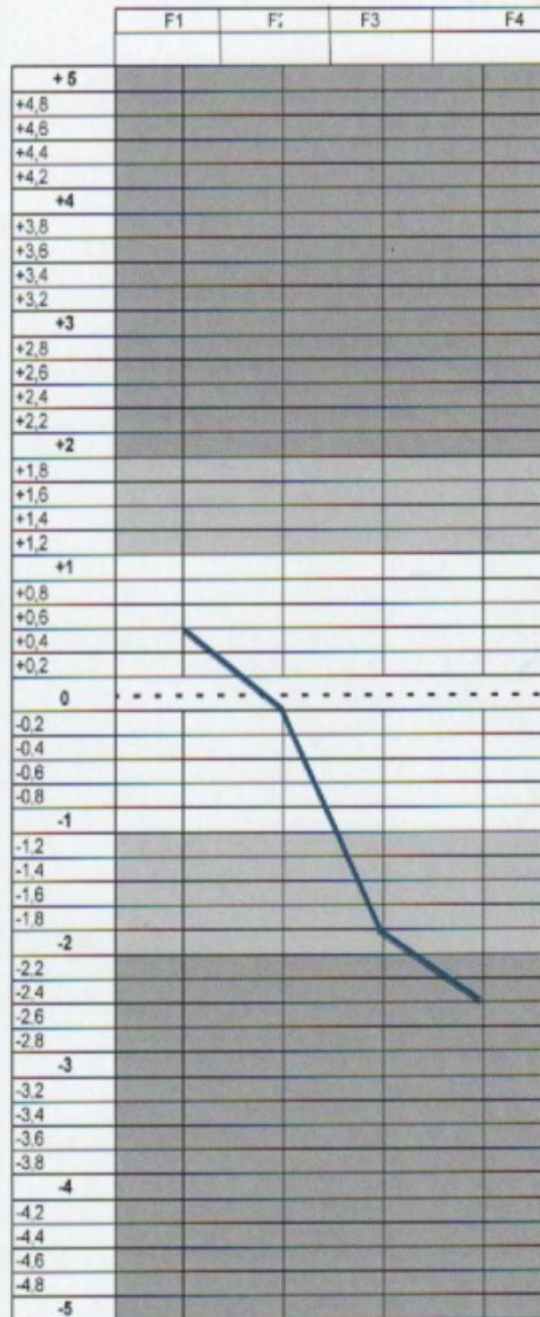


Histogramme N°5

- 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 = **19** qui correspond à **0.6** en note transformée selon le tableau d'étalonnage (voir annexe).
- Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **10** qui correspond à **0.0** en note transformée selon le tableau d'étalonnage.
- Le Facteur **F3** est obtenu après l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **2** qui correspond à **-1.8** en note transformée.
- Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = **2**, qui correspond à **-2.4** en note transformée selon le tableau d'étalonnage.

La reproduction des chiffres sur le graphe permet de visualiser un tracé qui montre une zone située en dessous de la ligne 0 qui indique l'utilisation de stratégies inadaptées face à la douleur chronique. (Voir feuille de profil N°3).

FEUILLE DE PROFIL PPCI : SAMIA-1

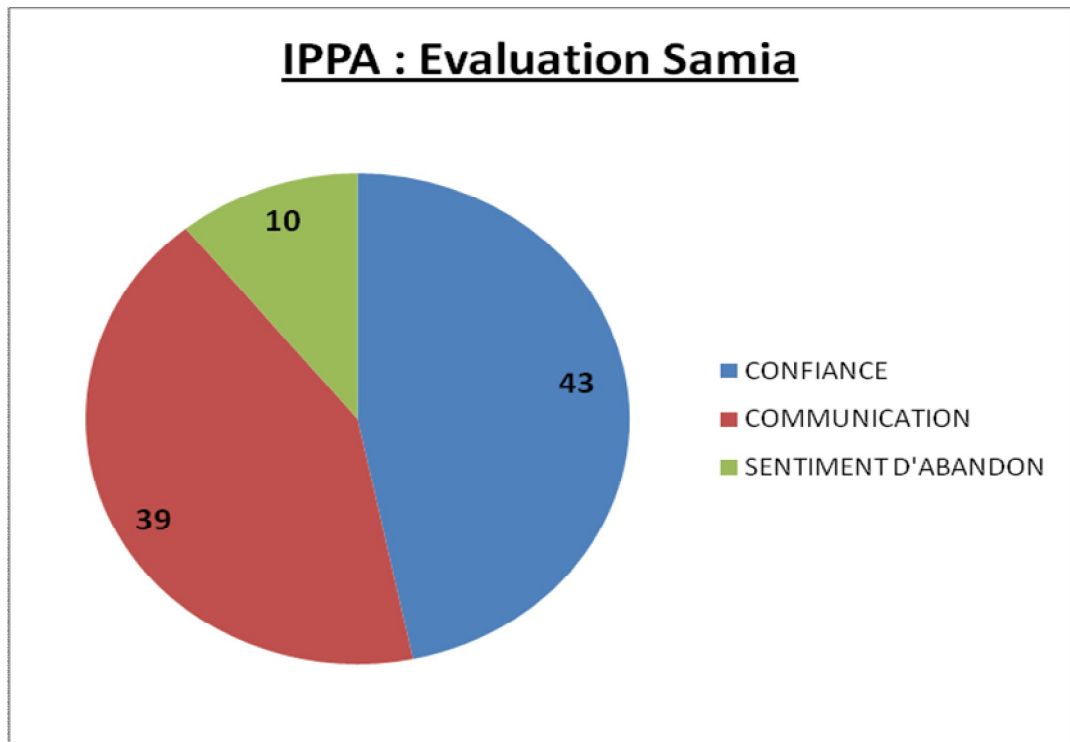


Légende :

- (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 = 43
- Le score obtenu en communication = 39
- Le score obtenu en sentiment d'abandon = 10



Sphère N°2

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 **4,3** ce qui indique un niveau élevé de sécurité perçue.

La moyenne du score de sentiment d'abandon est de **1.6**.

Le protocole de Samia indique une diminution du score de sentiment d'abandon (1,6) et une augmentation de la moyenne des scores de confiance et de communication (4,3) ce qui permet de dire que Samia a un style d'attachement « Secure ».

Les scores obtenus à l'échelle composite de dépression MDI-C :

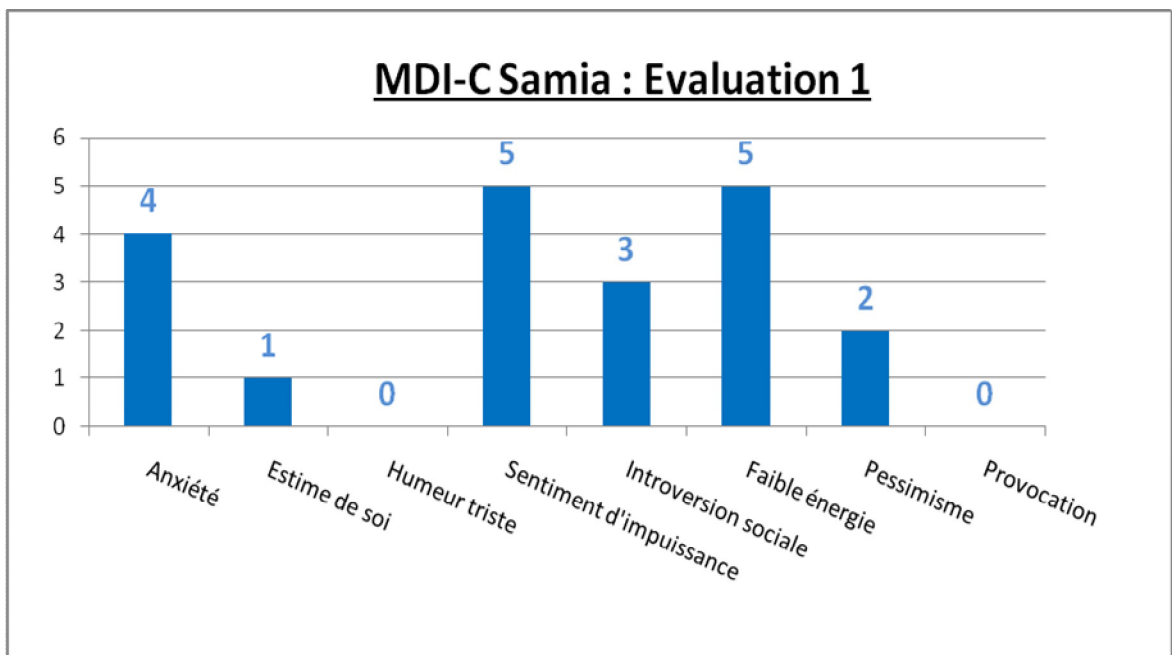
- Le score obtenu en anxiété =04-----Note T= 56
- Le score obtenu en Estime de soi =01-----Note T= 50
- Le score " " Humeur triste = 00-----Note T= 45
- " " " Sentiment d'impuissance = 03-----Note T= 60
- " " " Introversion sociale = 03-----Note T= 67
- " " " Faible énergie = 05-----Note T= 65
- " " " Pessimisme = 02-----Note T= 55
- Le score obtenu en Provocation = 00-----Note T = 36

La note Totale = 18, ce qui équivaut à une Note T de 56. Selon l'interprétation du MDI-C, les Notes T comprises entre 56 et 65 indiquent que Samia présente des niveaux de symptomatologie qui la situe dans la zone de dépression faible à modérée.

Selon l'interprétation du MDI-C, les scores de sentiment d'impuissance = 3 qui équivaut à une note 61sup à 56 ce qui implique que Samia se sent incapable et souhaite avoir plus d'appui de la part de son entourage familial.

Le score d'introversion sociale = 03 prend une note T de 67sup à 56 traduisant un malaise dans les situations sociales et un manque d'ouverture aux autres.

Le score de faible énergie = 05 équivaut à une note T de 65sup à 56 indique une apathie et manque d'activité qui accompagne souvent les dépressions.



Histogramme N °6

Interprétation et discussion :

Le catastrophisme du protocole de l'échelle PPCI de Samia s'avère le score le plus bas par rapport aux autres rubriques. Il indique que la patiente a tendance à envisager les événements avec un certain optimisme. En effet sa Note T en humeur triste = 45 est faible, C'est d'ailleurs la note la moins élevée après celle de la provocation= 36 .Le pessimisme = 2, traduit en Note T= 55 qui est en dessous du le seuil de pessimisme dépressif faible à modéré.

Le sentiment d'impuissance et de faible énergie sont les deux scores qui s'avèrent les plus élevés (5) à l'échelle MDC-I. Elles portent des Notes T relativement élevées supérieurs à 56. *« 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. Kisser (1999 :15)

Samia se perçoit comme pas suffisamment capable, n'ayant pas les ressources et la capacité de faire face à la douleur. Les items du PPCI le confirme : elle répond parfois pour les items 41 « Je pense que je ne peux rien faire pour arrêter la douleur », 01 « quand j'ai mal, je pleure, je cris » l'item 22: « j'imagine que je peux faire disparaître la douleur tout(e) seul(e) ».

De ce fait, le contrôle perçu est affaibli ; l'efficacité perçue est diminuée ; il en résulte chez Samia une évaluation subjective qu'elle perçoit dépassant ses ressources personnelles. En effet le sentiment d'incontrôlabilité favorise le stress d'où le score d'anxiété(4) portant la Note T de 56 s'avère au seuil d'une cotation élevée.

L'échelle faible énergie prend une note T relativement élevée=65. Les notes élevées à cette échelle d'après l'interprétation sont symptomatiques du bas niveau d'énergie qui accompagne souvent la dépression. Les sujets ayant des notes élevées peuvent se décrire comme fatigués, usés, épuisés ou vidés.

Ce qui confirme cette position c'est le lieu de contrôle chez Samia qui s'avère external « je dois prier avec ma famille pour que Dieu me guérisse », « il faut que je sois patiente pour que Dieu allège ma douleur ». Les attributions causales et les explications élaborées font référence à des contrôles externes :

Plus l'attribution est externe, stable et incontrôlable, plus le stress est important ; il en découle une faiblesse des scores en distraction et auto instruction cognitives.

La Note T = 50 < 56 traduit une bonne estime de soi, exemple : item 49 « je m'aime bien », 71 « je me trouve très bien » 61 « les choses vont mieux pour moi » le confirmant par ses propos « mon esprit est grand, je comprends très vite ». La Note T= 45 < 56 est un score traduisant l'absence significative de trouble de l'humeur (tristesse). Au MDI-C, Samia a répondu négativement aux items : 8 « je suis malheureuse », 29 « je suis un enfant heureux », elle répond négativement à l'item 44 « je me sens triste », l'item 60 « c'est difficile de se sentir heureux »

Le score de distraction (6) et d'auto-instruction cognitive (7) sont limités. Samia réprime ses sentiments et émotions qui impliquent des stratégies d'ajustement passives et évitantes, c'est pourquoi la vulnérabilité de Samia est marquée et que son comportement tend vers la passivité et l'évitement.

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 »

En ce qui concerne le soutien social, le fait que Samia a une efficacité perçue réduite, son score de recherche de support social est élevé (10). Elle a besoin d'un support et recherche un appui pour faire face à sa douleur.

En effet, les ressources sociales sont favorablement perçues par Samia. Le milieu familial est dans la compréhension et l'empathie : « ma mère s'occupe de moi, elle me fait souvent des massages ». En effet, le score obtenu à l'inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs (rubrique mère) révèle un score élevé en communication(39) et confiance(43) et un score faible en sentiment d'abandon (10). Samia a répondu par presque toujours ou toujours vrai aux items de l'IPPA : 1 « ma mère respecte mes sentiments », 5 « ma mère peut sentir quand je suis contrariée par quelque chose », 24 « je peux compter sur ma mère quand j'ai besoin de déballer ce que j'ai sur le cœur ».

La grille d'observation révèle en effet une mère calme ayant une écoute positive et une sensibilité au moment de la douleur malgré les pleurs de Samia. « je sais quand elle a mal même si elle ne me le dit pas, elle boude, son visage change, son activité est réduite, mais je l'encourage à aller au collège ». Elle n'est ni dans la banalisation ni dans la dramatisation.

Les ressources sociales perçues par Samia sont empathiques traduites par de compréhension. La coopération de l'entourage familial est satisfaisante pour la patiente « mon père m'a appris dès l'âge de neuf ans à interpréter les résultats des analyses : la VS » « mon père reproduit les exercices que je fais aux séances

de kinésithérapie » « Dr H fait tous les efforts, je dois compter sur Dieu et sur lui pour guérir » « je dois prier avec ma famille pour que Dieu me guérisse de ma maladie »

Ceci est appuyé par l'échelle MDC-I. Samia répond par vrai aux items 17 « ma famille m'écoute », 44 « ma famille s'intéresse à moi ».

Il s'avère que dans le cas de Samia les ressources sociales se canalisent dans la recherche d'intimité affective et d'empathie auprès des parents seulement. Le score obtenu en introversion sociale = 3, portant une Note T de 67 traduit un niveau de retrait social assez important traduisant selon l'interprétation du MDI-C un malaise dans les situations sociales. Samia répond négativement à l'item 38 « j'adore jouer avec mes amis », elle le confirme par ses dires « j'aime pas avoir d'amies, elles ne m'aident pas, quand je m'absente elles ne veulent pas me passer leurs cahiers ».

Son coping est passif, centré sur l'émotion et la recherche de support social. Les propos de Samia sont significativement truffés de propos fatalistes. C'est en fait un coping qui n'est pas adapté.

2.1.1.5. Diagnostic :

Depuis cette année, Samia 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
- Un retrait social marqué
- Culpabilité.

Les critères diagnostiques du DSM IV fournissent une description claire des troubles de l'adaptation qui correspond à la symptomatologie retrouvée chez Samia. Nous posons de ce fait le diagnostic de trouble d'adaptation chronique puisque dépassant les six mois avec à la fois anxiété et humeur dépressive.

F 43.22 (309.28). « *Ce sous-type doit être utilisé lorsque la manifestation prédominante est une combinaison de dépression et d'anxiété* » Mini DSM-IV-TR Critères diagnostiques (2004 :282)

Diagnostic différentiel : Samia présente une hypothyroïdie, une pathologie médicale qui peut induire des troubles de l'humeur, des troubles du sommeil et une anorexie, un trouble thermique vacillant entre les bouffées de chaleur et les frissons, un trouble du rythme cardiaque à savoir Brady ou tachycardie...

Les signes dépressifs sont beaucoup plus en rapport avec l'hypothyroïdie, Samia ne présente pas une baisse d'estime. Elle a une image positive d'elle-même MDI-C confirme l'absence de trouble de l'estime de soi scoré à 1 prenant comme Note T = 50. Les Note T de faible énergie et de sentiment d'impuissance apprise et d'anxiété sont relativement élevées, ce qui constitue un repère pour l'intervention psychothérapeutique.

2-1-1 Les 6ème et 7ème séances :

A la sixième séance Samia a retrouvé la marche. Le scanner a révélé un tassement étagé de vertèbres lombosacrées .Elle paraît plus souriante et détendue. Elle fut orientée au service de rééducation fonctionnelle qui a vu la nécessité de l'hospitaliser ce qui nous a donné le temps et l'occasion de mieux effectuer sa grille d'observation. Samia s'est montrée plus sociable, ses relations avec les kinésithérapeutes sont aisées.

Nous avons consacré alors les 6ème et 7ème séances à l'information et l'éducation concernant le mécanisme de la douleur mise en relation avec l'émotion et la cognition. Nous avons expliqué à Samia (qui était en meilleur état de santé), de façon claire et illustrée l'importance d'apprendre à tracer une ligne directe entre la douleur, 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 qui sont illustrées en page 64.

Nous avons présenté puis remis à Samia comme nous l'avions fait pour Amel l'outil d'évaluation de la douleur qui est l'échelle visuelle analogique en lui expliquant le principe, le mode et l'intérêt de son utilisation.

2.1.2. Les séances de 6 à 7 : elles visent les trois points suivants :

- Le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles par l'utilisation du tableau de trois colonnes de Beck et la technique des flèches descendantes.
- Analyse fonctionnelle
- Etablissement d'un contrat thérapeutique.

2.1.2.1. Le repérage des idées automatiques :

Deux techniques nous ont été utiles pour le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles :

1) Le tableau des trois colonnes de Beck : Une autre fiche d'auto-enregistrement fut remise à la patiente sur laquelle sont représentées trois colonnes :

- La première représente graphiquement l'EVA en forme d'un trait gradué de 0 à 10 sur lequel elle doit chiffrer 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 écrire le ou les émotions qui accompagnent la douleur avec évaluation du niveau de croyance en pourcentage de 0 à 100%.

- La troisième contient également des bulles de forme différente mais dans lesquelles elle doit reporter l'idée, la pensée ou l'image mentale qui se présente à elle de manière spontanée et automatique.

Les objectifs visés à ce stade était d'apprendre à la patiente de s'auto-observer, prendre conscience de ses émotions et de ses idées induites par la douleur. Des récapitulatifs étaient organisés en début de chaque séance en vue d'un feedback (Samia explique ce qu'elle a retenu de la séance, elle est motivée pour cette technique).

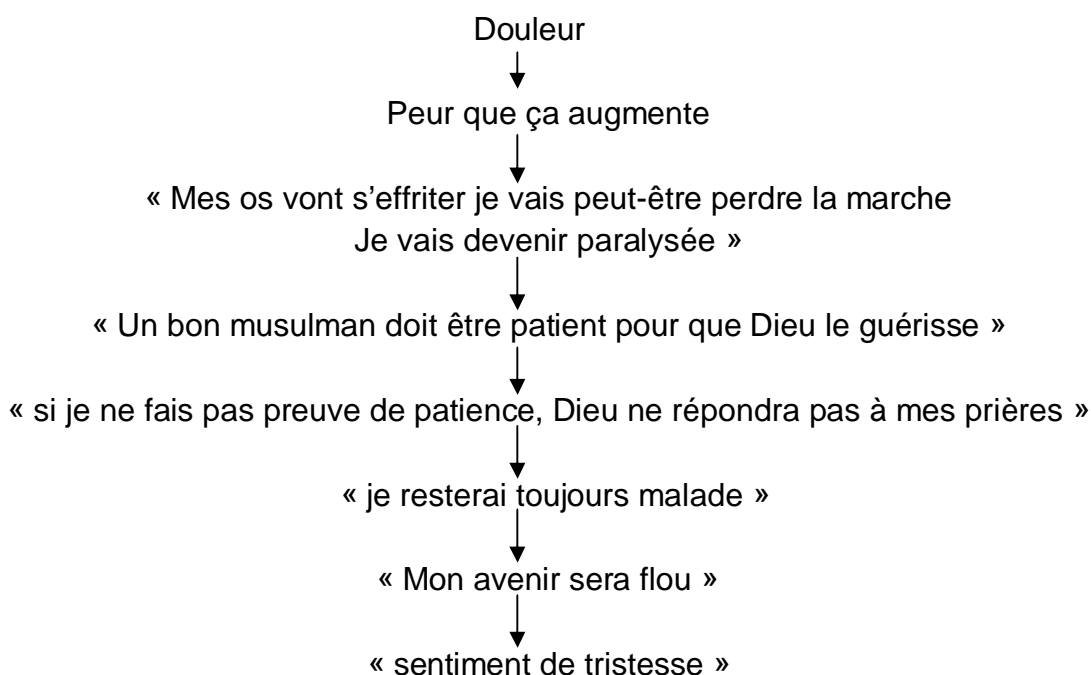
Le début de chaque séance est consacré à la revue des exercices programmés lors de la séance précédente.

Tableau représentant les émotions et cognitions associés
à la douleur de Samia

Douleur scorée de 1 à 10	Emotion	Cognition
	<p>PLEURS 100%</p>	<p>Je dois prier avec ma famille pour que Dieu me guérisse 80%</p>
	<p>TRISTESSE 90%</p>	<p>Je prie Dieu pour que je guérisse 100%</p>
	<p>EN COLERE 90%</p>	<p>Mes os vont s'effriter Peut-être je perdrai la marche 90%</p>
	<p>PLEURS 90%</p>	<p>Un musulman doit être patient pour que Dieu le soulage 100%</p>
	<p>IRRITABLE 80%</p>	<p>Je ne supporte pas de voir ma mère souffrir. Je l'ai malmené 100%</p>
	<p>TRISTESSE 90%</p>	<p>Je dois être patiente pour que Dieu me donne la force et me guérisse vite</p>

Tableau N° 4

2/ La seconde manière de repérage des pensées automatiques dysfonctionnelles est celle des flèches descendantes :



Le postulat qui en ressort « si la douleur augmente, mes os vont s'effriter et perdrai la marche ; je dois être patiente pour que Dieu me récompense par le soulagement » avec un degré de croyance de 100%. C'est en fait un postulat qui met en relief les stratégies de faire face qui se traduisent par une attitude passive et résignée. C'est une pensée automatique conformiste, fataliste acceptée par la patiente qui tente de rétablir l'ordre moral et mentaliser l'angoisse. « *Caver propose également le fait de se tourner vers la religion comme une réponse au coping. Une étude de McCrae et Costa (1986) suggère qu'une telle tactique de coping apparaît chez un grand nombre de personnes* » G.N.Fscher (2002 :272) Partant de la douleur, le cheminement des idées de Samia aboutit à la perception d'un avenir incertain « mon avenir sera flou » traduisant une distorsion cognitive reflétant une inférence arbitraire. L'impuissance apprise est traduite par sa position « un bon musulman doit être patient pour que Dieu le guérisse », c'est un lieu de contrôle externe qui réduit les implications personnelles.

L'identification des schémas de Samia se construisent sur « il faut, je dois ». Samia ne met à aucun moment en œuvre ses ressources personnelles. Le tableau N°3 des idées automatiques le confirme aisément. C'est en fait un outil diagnostic et un moyen qui nous a permis d'étoffer les paramètres de la prise en charge.

Le feed back malgré l'importance de ses douleurs, Samia paraît très motivée. Elle cache soigneusement son carnet sous son oreiller « je le mets ici pour que personne ne touche ».

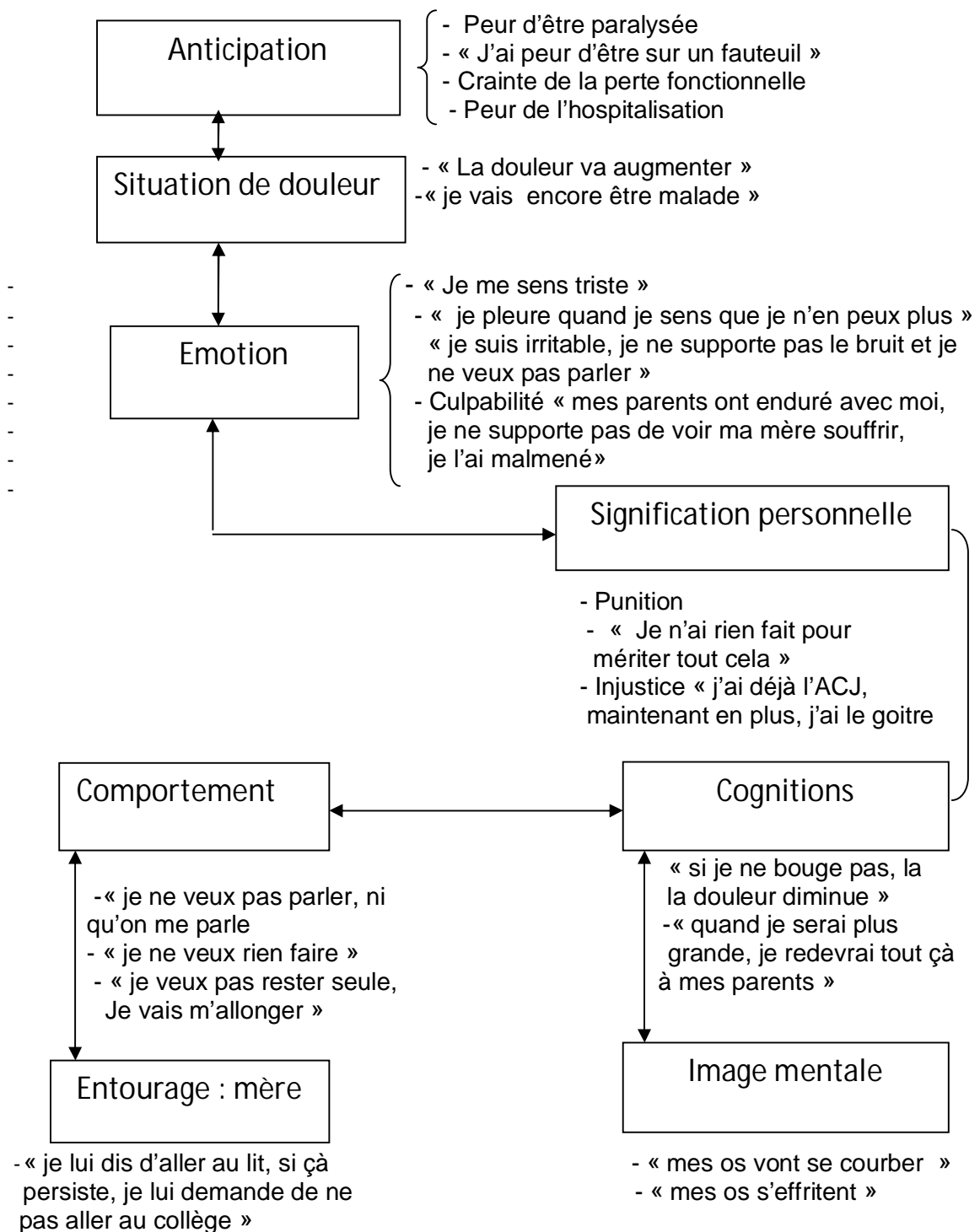
Le travail consistant au remplissage des trois fiches des colonnes de Beck et de la méthode des flèches descendantes, a vite permis à Samia de prendre conscience des conséquences de ses pensées automatiques négatives et surtout passives sur son comportement et ses émotions. Elle a compris que lorsqu'elle a mal, ça la rend anxieuse, triste, déprimée. Ces états émotionnels se traduisent par des pleurs, de la colère ; ce qui la pousse à penser de manière illogique, systématiquement négative. Sur le plan comportemental, l'évitement (s'allonger,

interrompre l'activité, éviter de sortir ...) il s'agit d'un comportement apathique qui risque à son tour de potentialiser l'intensité de la douleur.

Les propos de Samia traduisent des pensées inadaptées en rapport avec un sentiment de culpabilité intense : « je ne supporte pas de voir ma mère souffrir avec moi », « mes parents font tout pour que je guérisses je leur suis redevable »

L'intérêt de la TCC dans le cas de Samia est la restructuration cognitive qui consiste à restructurer les pensées négatives et irréalistes qui alimentent la détresse psychique et la culpabilité. C'est ce qui fait un outil précieux pour gérer et réduire la douleur chronique.

2.1.2.2. L'analyse fonctionnelle : 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.

Samia culpabilise de manière notable par rapport à ses parents, elle a tendance à anticiper le négatif, son appréhension au moment de la douleur est centrée sur la construction d'images et représentations mentales négatives et dramatiques (mes os vont se courber et s'effriter).

Il en découle une irritabilité 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 » Stimulus/Réponse.

La grille d'analyse fonctionnelle a permis également de déterminer les capacités de coping que Samia met en œuvre pour faire face à la situation de douleur et qui se traduisent par un coping passif centré sur l'émotion et la recherche de support social.

Samia présente un coping passif, elle a une attitude fataliste moraliste, elle est dans l'impuissance apprise répétant des propos se basant sur les prières, l'attente d'un miracle il s'agit d'un apprentissage vicariant par imitation. « on doit être patient, pour que Dieu nous guérisse », « Un vrai musulman doit être patient », La TCC invite Samia à prendre un rôle acteur, dans la réduction de sa douleur, ce qui lui permet d'être active physiquement et socialement, elle permet aussi d'exercer un meilleur contrôle sur sa vie.

2.1.2.3. L'établissement d'un contrat de thérapeutique:

Nous avons procédé à l'explication des étapes et des modalités de la prise en charge à Samia qui s'est montrée enthousiaste à cette méthode de travail.

Il fallait l'informer qu'elle devait participer activement aux progrès et de respecter les recommandations, des rendez-vous esprit de collaboration nécessitant une participation active. Il fallait aussi informer que l'accent est mis sur son implication ; ce qui donne une interaction dynamique et souple.

A cette étape, nous avons défini (informé et décrit la façon dont va se dérouler la TCC) ; le déroulement des séances ainsi que les objectifs que nous désirons atteindre en donnant des explications à Samia et sa mère sur la co-morbidité essentiellement, l'anxiété et la dépression.

Les axes ciblés dans la prise en charge sont :

- Agir sur la dépression par la restructuration cognitive,
- Diminuer l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire et de la relaxation,
- Agir sur la douleur.
- Améliorer l'auto-efficacité par une action cognitive sur la douleur (la distraction) et des modalités comportementales (favoriser un coping actif, exercices par fractionnement).
- Travailler la relation mère/enfant en limitant les bénéfices secondaires et renforçant l'auto-efficacité. Il s'agit de diminuer les comportements douloureux par conditionnement opérant.

Nous avons expliqué à la patiente les principes, objectifs, stratégies et techniques utilisés en thérapies comportementales et cognitives. Samia a manifesté de l'intérêt et s'est montrée aussitôt motivée par les méthodes de travail envisagées. La mère a également donné son accord de principe et son engagement dans la prise en charge.

Après reprise du travail, Samia souligne avoir apprécié cette technique de travail qui met en relief son mode de fonctionnement. Elle est très motivée et comprend vite qu'il fallait s'impliquer, qu'elle était plutôt actrice. L'échange qui en découle, facilité par la reformulation et le feed-back, permet l'établissement d'une alliance thérapeutique.

2.2. La seconde phase: (phase thérapeutique proprement dite)

2.2.1. De la 7^{ème} à la 17^{ème} séance

A partir de la 10^{ème} séance, Samia venait en consultation à titre externe.

L'approche comportementale et cognitive a orienté l'élaboration de nos stratégies quant à la prise en charge. Nous avons mis en œuvre les moyens thérapeutiques afin de répondre aux objectifs fixés avec la patiente.

Les outils utilisés sont : - La reformulation
- l'empathie

2.2.1.1. Le premier objectif : L'action sur la dépression par la restructuration cognitive : Il était important de permettre à Samia de réaliser sa faible énergie perçue et d'introversion sociale à l'échelle MDI-C sont particulièrement élevés.

La stratégie adoptée pour cela était une stratégie cognitive de Beck qui agit sur le dysfonctionnement des idées, qui va agir par la modification des pensées erronées (cognitions).

Tâches assignées :

1- Une fiche est pour cela remise à Samia sur lequel elle doit continuer à s'auto-observer, observer ses pensées en inscrivant sur un tableau, cette fois-ci 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 elle inscrit la pensée automatique avec niveau de croyance ; dans la quatrième une idée alternative accompagnée d'une proposition d'activité choisie préalablement par Samia. La douleur est ensuite réévaluée en fin d'activité (voir tableau ci-après).

L'objectif derrière cette pratique est de l'aider à s'intéresser à ses sentiments, et que progressivement l'amener à comprendre qu'il est possible, en agissant sur ses propres pensées, de contrôler mieux ses émotions, ses sentiments de détresse ainsi que son pessimisme. Il s'agit en fait d'un travail de renforcement du lien qui existe entre la cognition, l'émotion et le monologue interne.

Les pensées alternatives doivent venir de la patiente qui est ainsi invitée à élargir la conception qu'elle 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.

La restructuration cognitive vise à amoindrir cette émotion en faisant réaliser à Samia qu'elle n'a pas choisit d'être malade, que son arthrite ni son hypothyroïdie ne sont pas volontaires, qu'il ne relève pas de son vouloir, ni de son intention et que sa responsabilité à elle n'est pas à mettre en cause.

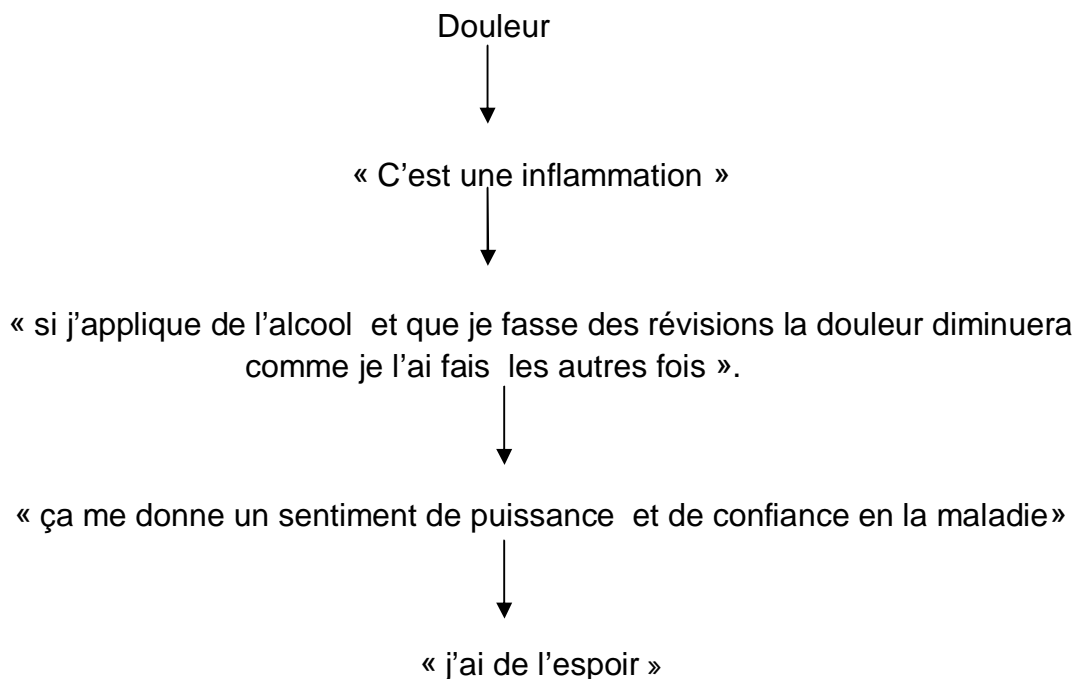
Il s'agit d'encourager un esprit investigateur qui remettrait en questions les pensées négatives élaborées par Samia comme si elles étaient des hypothèses. Il s'agit d'envisager d'autres interprétations possibles ainsi qu'un changement de discours interne en reportant sur un second tableau de quatre colonnes remis pour tâche assignée à domicile.

Tableau des quatre colonnes (Samia)

Situation de douleur de 0 à 10	Emotion	Cognition	Pensée alternative	Type de diversion et évaluation
<p>!! ! ! ! ↓ ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>10</p>	Gênée 60%	Je prie Dieu de me guérir. Il est le Tout Puissant, Celui qui entend	Si je fais un jeu électronique comme la dernière fois, la douleur diminue 90%	<p>Jeu électronique</p> <p>1,5</p> <p>! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>!! ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>10</p>	Tristesse 50%	Je prie pour que Dieu me soulage	En attendant l'ouverture de la salle de jeux, je joue au portable 90%	<p>Jeux sur micro (salle de jeux)</p> <p>! ↓ ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>!! ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>10</p>	Mal à l'aise 60%	Je dois reprendre mes cours pour garantir mon avenir	Faire des exercices de technologie m'aiderait à diminuer la douleur 90%	<p>Exercices sur anales</p> <p>!! ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>! ! ! ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>10</p>	Irritabilité 60%	J'ai déjà réduit ma douleur tout-à-l'heure. Je peux faire quelque chose	Révision de la table de multiplication 100%	<p>Révisions</p> <p>!! ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>!! ! ! ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>10</p>	Tristesse 60%	Je prie Dieu pour qu'il guérisse tous les enfants malades	Lire une histoire serait bénéfique pour moi 80%	<p>lecture</p> <p>!! ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>!! ! ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>10</p>	Tristesse 40%	Je dérange ma mère, elle souffre avec moi	Je n'ai pas choisi d'être malade mais je peux participer à guérison 100%	<p>Je vais rendre visite à la malade de la chambre d'à côté</p> <p>1,5</p> <p>!! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>! ! ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>10</p>	Irritabilité 40%	Dieu Seul peut me guérir	Je dois moi aussi participer à ma guérison je fais un bandage alcoolisé 100%	<p>Coloriage et peinture</p> <p>!! ↓ ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>! ! ! ! ! ↓ ! ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>10</p>	Gênée 30%	Je remercie Dieu pour Ses bienfaits et je dois être patiente pour qu'Il me Soulage	Plus vieille, j'aiderais ma mère. 100%	<p>Reprendre les cours de maths</p> <p>!! ↓ ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

Tableau N° 5

Nous nous sommes basés pour la restructuration cognitive sur la technique des flèches descendantes qui 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.



La restructuration cognitive par la technique des flèches descendantes nous permet d'établir une différence claire dans l'évolution quant aux modifications cognitives qui tendent vers un changement de stratégies actives et positives qui induisent à leur tour une modification des émotions qui deviennent positives.

2.2.1.2. Deuxième objectif : **contrôle émotionnel**

Afin d'agir sur l'anxiété, la pratique de la relaxation avec contrôle respiratoire à raison de trois séances de quinze minutes réparties dans la journée fut organisée avec Samia. La technique est expliquée en page 64.

L'apprentissage des méthodes de contrôle respiratoire que nous avons associé à la relaxation a consisté à pratiquer les premiers exercices au service de rééducation puis indiquées comme tâches assignées à domicile à une fréquence de trois séances par jour.

Nous avons expliqué à Samia l'intérêt de contrôler sa respiration et le privilège de la respiration abdominale.

La technique consiste à 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.

2.2.1.3. Troisième objectif : **Agir sur l'intensité de la douleur**

- **par la distraction** : Nous avons introduit les techniques de distraction ou de l'attention soutenue de la même manière que pour Samia, car elles sont les plus courantes des méthodes cognitives pour le soulagement de la douleur. Il s'agit d'un entraînement de la focalisation attentionnelle volontaire qui permet une décentration de la douleur.

Comme activité agréable pouvant servir de distraction, nous avons mis à la disposition de Samia des feuilles de papier et crayons de couleurs sans lui imposer un dessin particulier, plusieurs livres attrayants comportant des histoires variées, un jeu de carte des sept familles, des puzzles, jeu électronique... Samia a proposé les mots fléchés qu'elle aime bien.

Se référant à l'histoire connue de «La petite vendeuse d'allumettes », nous avons expliqué le phénomène neurologique de la concentration et l'imagerie mentale sur l'inhibition du message douloureux ; puis en fonction des centres d'intérêts de Samia et aussi avec son choix comme activité favori, nous lui proposons plusieurs histoires avec l'attribution de la consigne suivante. Samia devait en fait évaluer sa douleur en utilisant l'EVA avant et après la lecture d'une histoire quelle doit résumer pour garantir un maximum de concentration soutenue. L'intérêt en fait est de mettre à l'épreuve la concentration entre intensité de la douleur et distraction.

2.2.1.4. Quatrième objectif : **L'entraînement à la compétence** :

En évaluant les scores de l'intensité avant et après effort intellectuel soutenu, Samia a concrètement réalisé qu'elle était capable de réduire sa douleur. Elle réalise, à travers la méthode de distraction en évaluant l'intensité de sa douleur avant et après concentrée maintenue qu'elle a des ressources non négligeables et des compétences qui lui permettent d'atténuer sa douleur.

1- Encourager l'auto-efficacité :

Le but principal des programmes d'autogestion est de donner à Samia un rôle actif dans le contrôle de la douleur.

Encourager l'auto-efficacité vue que Samia se perçoit comme passive et impuissante devant la douleur, elle présente une attitude fataliste. Le sentiment d'impuissance et d'incapacité retrouvé dans le score élevé (6) en faible énergie dans l'échelle MDI-C engendrent un sentiment d'incontrôlabilité.

Après la prise de conscience des émotions et comportements automatiques qui augmentent et/ou entretiennent la douleur, Samia s'engage à apprendre à utiliser un éventail de réponses de coping plus adapté.

Cette prise de conscience

Elle a réalisé qu'il y a une inférence de la douleur par rapport à l'activité. Samia répond au stimulus de douleur de manière conditionnée. Ses stratégies d'ajustement sont émotionnelles (elle pleure, se met en colère, se sent triste ...). 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.

* La mobilisation passive ou active « *La mobilisation est capitale pour préserver la fonction articulaire, la force musculaire, et éviter l'amyotrophie. Elle est faite en dehors des poussées douloureuses aiguës et consiste en une mobilisation passive et active* » M.Khiati (1999 :280)

A cet effet, Samia a pu vérifier ses croyances erronées se rapportant à la réduction de l'activité physique.

Les tâches assignées à domicile constituent un auto-renforcement positif:

* Aider aux activités ménagères simples (exemple dresser et débarrasser la table, faire une petite vaisselle...)

* Faire des petites courses sans prolongement du périmètre de marche (chez l'épicier du coin par exemple).

* Réaliser les exercices de kinésithérapie déjà pratiquée au service de rééducation pendant 10 à 15mn/jour. La rééducation nécessite d'établir un programme de physiothérapie entrepris en milieu hospitalier et poursuivi par le malade ou sa famille à domicile. A cet effet, Samia est intégrée à son traitement auquel elle participe activement.

* Implication de Samia d'établir en cas de douleur des traitements adjuvants sachant que la chaleur soulage la douleur de la tuméfaction et améliore la mobilité : exemple application de bandages alcoolisés. Ceci renforce l'autonomie et l'auto-efficacité.

2.2.1.5. Cinquième objectif : Ajustement du comportement maternel au moment douloureux :

La mère de Samia accompagne sa fille lors de toutes les hospitalisations.

La grille d'observation, les observations lors des séjours d'hospitalisation de Samia au service de pédiatrie puis au service de rééducation nous ont largement permis de relever les interactions suivantes :

- Samia culpabilise et réprime ses sentiments, la mère doit encourager l'expression verbale en favorisant les dialogues positifs autour des émotions pour déculpabiliser.

- Mme M est une femme forte d'une apparence calme, elle est attentive à toutes les sollicitations de Samia. Lorsqu'elle pleure quand elle a mal, Lors de son hospitalisation au service de pédiatrie pour lombalgies, Mme M se montre sensible aux expressions d'inconfort de Samia. Elle l'aide si elle veut se redresser en position assise ou qu'elle nécessite des retournements. Elle connaît les positions antalgiques de sa fille « il n'y a que sur le dos avec genoux en flexion qu'elle se sent à l'aise ».

En dehors de l'hospitalisation la mère perçoit la douleur de sa fille se basant sur : « je ressens qu'elle a mal quand elle boude, elle pleure, ses activités diminuent ».

- Elle lui propose de temps à autre si elle veut manger quelque chose. Elle lui donne à manger en se souciant sur la qualité et quantité alimentaire.

- Répond à la recherche de proximité par des câlins ou des caresses aux cheveux. Les pleurs sont l'état affectif négatif et aussi un comportement d'attachement qui activent la proximité et les soins de la mère.

Ces observations nous ont permis de réaliser un comportement hyper-protecteur d'une mère favorisant l'évitement de l'activité : « quand je vois qu'elle a mal, je ne veux pas qu'elle touche à quoique ce soit « je ne veux pas qu'elle touche à l'eau froide, elle me fait de la peine ». Ses réactions sont calquées sur un schéma stimulus/ réponse. Samia manifeste un malaise quant à l'attitude hyper protectrice de sa mère « j'aimerais prendre mes douches toute seule mais elle ne veut pas ». Elle interprète les douleurs de sa fille comme une menace et anticipe négativement la situation de douleur « Depuis six jours, elle ne marche pas j'ai peur de la paralysie ».

La situation de douleur favorise chez Samia des gains secondaires ; le comportement de la mère à ce moment peut en lui-même augmenter ou diminuer la perception de la douleur (l'attention et soins excessifs que Samia reçoit, ne pas aller au collège et l'exemption de toutes les tâches ménagères). Le comportement de douleur est renforcé positivement ; il peut augmenter la perception de la douleur, réduire une baisse de l'activité et une perte musculaire menant à entretenir la douleur et le statut de malade.

L'approche comportementale a pour objectif dans ce cas est de repérer puis de modifier les comportements de douleur de Samia 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. Mme M est dans ce sens associée dans la thérapie comportementale (notamment pour ne plus favoriser les comportements douloureux). Des explications sont fournis à la mère concernant l'importance de la mobilisation qui est capitale pour préserver la fonction articulaire, la force musculaire et lutter contre l'amyotrophie. Ceci pour arriver à confier ses tâches ménagères à sa fille au lieu de lui épargner.

Le renforcement positif est de ce fait centré sur la récompense de la mère après chaque réalisation de tâche à domicile, reprise l'activité scolaire (qui favorise en même temps la marche) en phase de rémission, (même s'il faut accompagner quotidiennement Samia en raison de son problème de dos qui contre-indique fortement le port de charges lourdes). Parallèlement, nous avons recommandé la restriction des bénéfices secondaires au moment de la douleur tels que les soins de toilette et l'alimentation. Tout ce que Samia est capable de faire lui revient à elle seule de le réaliser.

C'est pourquoi, nous insistons sur le fait d'apprendre ou réapprendre à Samia à adopter un comportement lien avec son organisme en dehors des poussées.

L'objectif d'un traitement en TCC est d'augmenter les comportements sains et les niveaux d'activité et de diminuer les comportements d'évitement face à douleur qui induit à l'incapacité excessive. Elles visent à améliorer le choix des stratégies et d'encourager un coping plus adapté.

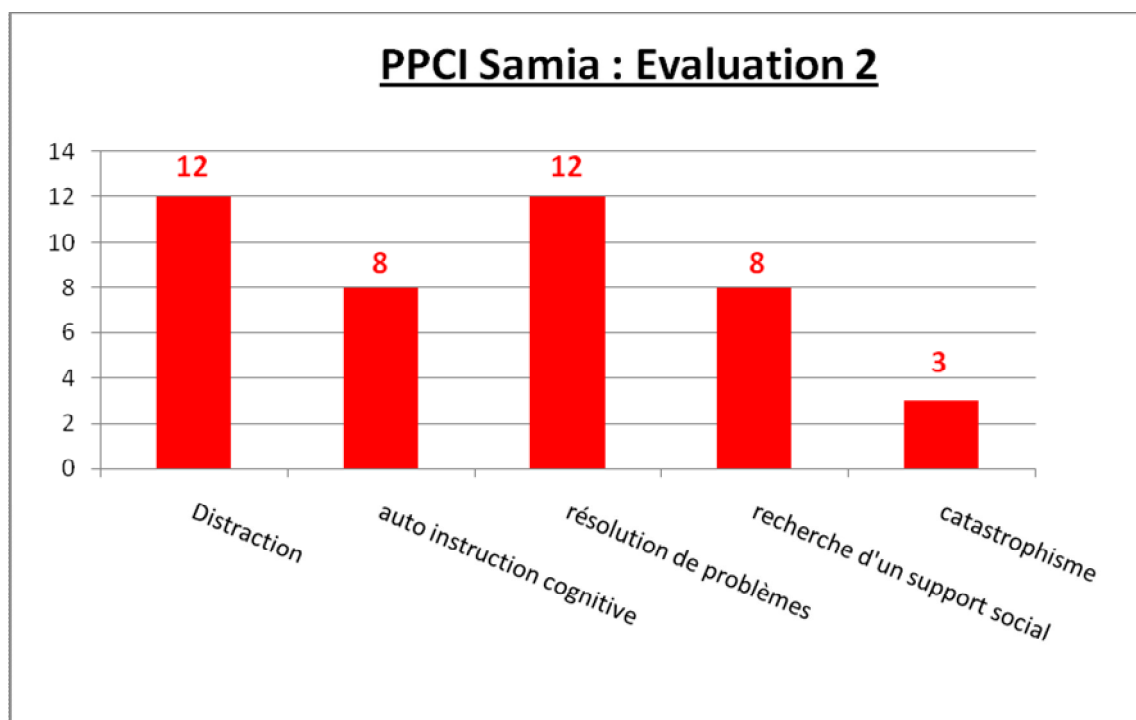
2.2.1.6. REEVALUATION :

L'objectif de la réévaluation est de vérifier l'efficacité des modifications cognitives et comportementales apportées par l'essai thérapeutique par thérapie comportementale et cognitive.

Il s'agit également de voir l'impact du changement de stratégies de coping sur l'intensité de la perception douloureuse.

Cliniquement Samia est plus souriante, motivée et enthousiaste par tout ce que nous avons fait jusque là. Elle se sent plus efficace et autonome.

Puisque Samia a présenté initialement un style d'attachement sécure, nous n'avons pas vu l'intérêt d'une réévaluation de son IPPA. La réévaluation porte uniquement sur l'inventaire de dépression PPCI et l'échelle composite de dépression MDI-C.



Histogramme N°7

La lecture de l'histogramme permet de relever des modifications entre les valeurs du PPCI 1 et PPCI 2 :

- Le score de distraction a augmenté de 06 à 12
- Le score de résolution de problème a augmenté de 07 à 12
- Le score d'auto-instruction cognitive est maintenu à 08
- Le score de recherche de support social est passé de 10 à 08
- Le score catastrophisme a diminué de 04 à 03

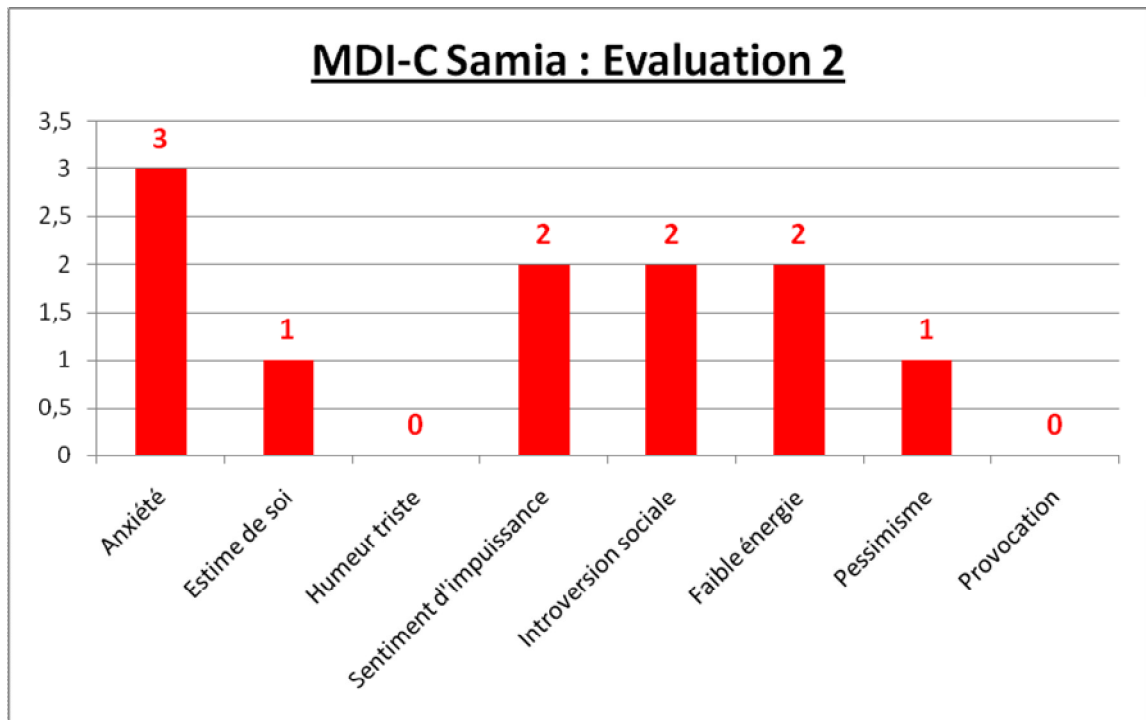
- Le facteur **F1** obtenu après addition des scores des items : 1, 3, 4, 5, 8, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39 et 41 = **21** qui correspond à **1.2** en note transformée selon le tableau d'étalonnage (voir annexe).
- Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **17** qui correspond à **2.2** en note transformée selon le tableau d'étalonnage.
- Le Facteur **F3** est obtenu après l'addition des scores des items : 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 19 = **9** qui correspond à **1.0** en note transformée.
- Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = **7**, qui correspond à **+0.8** en note transformée selon le tableau d'étalonnage filles (13- 14 ans). Il s'avère que Samia a développé ses capacités de résolution de problème qui est passé de 7 à 11, les stratégies d'adaptation sont plus centrées sur le problème Samia est plus dans la réflexion et l'élaboration mentale face à la situation de douleur.

La reproduction des chiffres sur la feuille de profil montre une courbe qui permet de visualiser un tracé situé dans la zone en dessus de la ligne 0 qui indique l'utilisation de stratégies adaptées face à la douleur chronique. (Voir feuille de profil N°4).

FEUILLE DE PROFIL PPCI : SAMIA-2



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



Histogramme N°8

- Le score d'humeur triste = 0, la Note T est maintenue à 45.
 - Le score de provocation n'a pas changé = 0 ce qui correspond à une Note T = 36
 - Le score d'estime de soi n'a pas changé 1 ce qui correspond à une Note T = 50
 - Le score de sentiment d'impuissance a diminué de 5 à 2 de note T de 60 à 56
 - Le score d'introversion sociale est passé de 3 à 2 pour une note T de 67 à 61
 - Le score de faible énergie est passé de 5 à 2 pour une note T de 65 à 54
 - Le score d'anxiété a baissé de 4 à 3 pour une note T de 65 à 53
 - Le score de pessimisme a diminué de 2 à 1 pour une Note T de 55 à 49
 - le score d'introversion sociale a diminué de 3 à 2 il porte une Note T qui a diminué de 67 à 61,
- La Note T Totale = 11 qui renvoi à une Note T = 51 (elle était à 56 lors de la première évaluation) se situe en dessous de 56, seuil à partir duquel est indiquée une dépression faible à modérée. Samia ne présente pas de symptomatologie dépressive.

Synthèse :

Le tableau des quatre colonnes nous montre que l'auto-observation (monitoring) des émotions et cognitions, avec l'élaboration d'autres hypothèses aux croyances antérieures a permis à Samia de réduire les émotions négatives en adoptant un style de coping actif. Samia a en fait développé une auto-efficacité perçue qui exerce un auto-renforcement. Il lui permet de faire face mais aussi de réduire l'intensité de la douleur même s'il ne s'agit pas de l'abolir.

Le phénomène de la distraction a effectivement agit 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 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. Les représentations graphiques des courbes nous permettent de mieux visualiser les progrès réalisés.

Cliniquement Samia est plus souriante, motivée et enthousiaste par tout ce que nous avons fait jusque là. Elle se sent plus efficace et autonome ce qui lui a permis une diminution du sentiment de culpabilité. Parlant de sa mère, Samia est plus loyale. Elle nous dit : « quand elle sera vieille, à mon tour, je la prendrais en charge ».

Nous avons pu à travers la restructuration cognitive encourager et développer chez Samia un changement de discours qui est devenu plus personnel. Son propre langage intérieur dans ses mots et son style a remplacé un langage conformiste traduisant une impuissance apprise et une attitude fataliste.

Samia a en effet repris l'école après sa dernière hospitalisation, même si elle doit refaire l'année, elle a préféré retrouver sa place au collège « surtout que j'ai le BEM l'année prochaine » dit-elle.

2.3. Troisième phase : (Phase d'entretien)

Notre objectif à ce stade serait de prolonger la méthode de restructuration cognitive pour laquelle la patiente est déjà bien entraînée. Samia ne pleure plus quand elle a mal, comportement presque systématique avant la prise en charge. Elle a appris la réinterprétation positive qui lui permet de mieux gérer sa détresse face à la douleur.

Nous revoyons avec Samia l'ensemble des progrès que nous avons réalisés ensemble. Nous l'informons également dès qu'un suivi régulier étalé sur l'année

serait souhaitable mais sur une périodicité plus étalée (une fois par mois, puis une fois par bimestre).

Les résultats obtenus confirment l'intérêt des TCC dans le traitement de la dépression et de la douleur. Samia est moins apathique elle est plus dans l'internalité. Ses stratégies s'avèrent plus adaptées ce qui a permis une meilleure qualité de vie basée sur l'épanouissement personnel et le contrôle optimal de la maladie. La douleur représentant le premier facteur qui détériore la qualité de vie. L'approche comportementale et cognitive est de ce fait complémentaire aux thérapies médicales.

Sa relation avec sa mère s'est améliorée dans le sens où elle se sent plus autonome et plus efficace.

3/ CONCLUSION :

La prise en charge de la douleur chronique par l'application des TCC s'est avérée bénéfique dans le cas de Samia. Sa qualité de vie s'est améliorée. Samia n'est plus anxieuse et irritable, elle se montre plus détendue ; son humeur est plus agréable. La seconde hypothèse de notre étude : Le contrôle de la douleur par l'application des TCC permet de limiter la dépression et l'anxiété est confirmée.

Le programme de renforcement de l'efficacité perçue nous a permis de confirmer l'hypothèse N°2 de l'étude. L'application du conditionnement opérant a permis une efficacité de l'intervention de la mère au moment de la douleur ce qui a limité les bénéfices secondaires réduisant ainsi les comportements passifs et régressifs de Samia qui a pu développer un coping actif suite aux actions thérapeutiques appliquées ; la seconde hypothèse de l'étude est confirmée.

Le style d'attachement de Samia est sécure mais elle présente une dépression légère qui se traduit par une difficulté à percevoir une auto-efficacité suffisante pour agir face à la douleur et avoir un style de coping actif. Samia présente un style de coping passif centré sur l'émotion puisque le contrôle perçu est diminué malgré un style d'attachement sécure. La troisième hypothèse est infirmée.

DYADE N°3 : RADIA

1/ Le déroulement des séances :

Les séances en vue de la prise en charge psychologique de Radia se sont étalées sur une durée de six mois du 20 Aout 2010 au 14 Mars 2011 avec une périodicité de 2 séances hebdomadaires durant le premier mois, puis d'une moyenne d'une séance par semaine durant les quatre mois qui ont suivi.

Elles se sont déroulées au service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle et au service de pédiatrie du Centre Hospitalo- Universitaire de Sidi-Bel-Abbès. Le premier entretien fut réalisé au service de rééducation fonctionnelle suite à l'indication du service de pédiatrie qui l'a orienté pour une kinésithérapie.

La consultation médicale l'a programmé alors pour une mobilisation du genou droit. Nous nous sommes rapprochés de Radia qui était accompagnée de sa mère. Après lui avoir expliqué le rôle de la psychologie dans la prise en charge de la douleur et la maladie chronique. Radia et sa mère ont répondu favorablement à cette initiative. Notre premier RDV fut alors fixé au service de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle où se trouve mon bureau.

2 / Description des séances :

2-1 -La première phase : (phase évaluative)

2-1-1 Les séances de 1 à 5: Tout comme dans le cas de Amel et de Samia, lors de la phase évaluative, les séances se sont basées sur l'étude des points que nous allons développer successivement :

- l'écoute et l'observation
- le recueil de données anamnestiques
- l'évaluation et application des échelles
- le diagnostic.

2.1.1.1.Ecoute et observation :

Radia est une jeune adolescente âgée de 13 ans, de taille moyenne par rapport à son âge. Elle est souriante et présente un faciès détendu. Ses tenues vestimentaires sont correctes dépourvues de toute recherche excentrique reflètent une modestie. Elle s'est montrée lors de la première séance réticente, peu spontanée mais elle a développé une aisance marquée par la suite, posant des questions, cherchant des informations sur la prise en charge psychologique.

Le niveau socio-économique de la famille est bas. Les ressources matérielles sont très limitées en raison de la précarité et l'irrégularité de l'emploi du père.

Radia tient énormément à ses études. A défaut de devoirs scolaires, elle fait de la lecture ou aide sa petite sœur à faire ses devoirs. Ses propos concernant sa

fratrie ne dénotent pas de conflits ou rivalités marqués. Les enfants semblent évoluer dans un climat familial dépourvu de conflits majeurs. Mme S est investi dans l'éducation de ses enfants. Elle les aide à faire leurs devoirs scolaires, exposés... Mme S répète souvent : « je fais tous pour que mes enfants réussissent leurs études parce que moi, je les ai interrompu malgré moi » ; « ce qui importe pour moi, c'est mes enfants, mon mari, ma maison elle les encourage à avoir des relations extra-familiales...

Les passes temps favoris de Radia les consacre à diverses activités individuelles et partagées avec son frère et ses deux sœurs.

2.1.1.2. Recueil de données anamnestiques :

S. Radia est une jeune adolescente âgée de 13 ans, scolarisée en troisième année moyenne. Elle est l'aînée d'une fratrie de quatre dont trois filles et un garçon. Ils sont tous scolarisés âgés respectivement de : 13, 12, 9 et 6 ans.

Radia est issue d'une grossesse désirée qui s'est déroulée normalement. Elle est née à terme, sa naissance ne fut marquée d'aucun accident obstétrical.

Radia fut allaitée au sein le premier mois seulement puis artificiellement exclusivement. Sa vaccination faite correctement selon le calendrier vaccinal.

Son évolution psychomotrice a connu un rythme évolutif s'inscrivant dans les limites du normal. Aucune maladie grave n'est survenue lors de la première enfance.

Radia a obtenue depuis son entrée scolaire à l'âge de six ans, des résultats très satisfaisants. C'est une adolescente très studieuse. A l'école primaire, elle était toujours classée première ou deuxième de sa classe. Elle a de bonnes appréciations de ses enseignants.

En quatrième année primaire (l'année où s'est manifestée sa maladie qui a motivé des hospitalisations répétées et prolongées), Radia a due doubler sa classe. Elle s'est retrouvée a lors dans la même classe que sa sœur. Ses résultats actuels sont très satisfaisants ses moyennes du premier et second trimestre sont de 16.45, 16.20.

En classe elle concoure sa sœur qui travaille aussi bien qu'elle.

Seule la sœur benjamine de Radia a subi une intervention chirurgicale (ablation d'un rein) ; les autres membres de la famille y compris les parents ne traitent et n'ont été suivi pour aucune pathologie.

Les relations fraternelles sont satisfaisantes.

Le père de Radia est âgé de 50 ans. Il ayant un niveau d'instruction de troisième année moyenne est employé polyvalent. Il travaille de manière irrégulière. Sa mère, une femme calme, dévouée est âgée de 40 ans. Elle a un niveau d'instruction de première année moyenne. Elle dit n'avoir jamais exercé aucune profession et regrette fortement d'avoir interrompu ses études malgré elle.

Mme S décrit Radia « comme très gentille n'ayant jamais causé de problèmes ni à la maison ni à l'école. Son souci, c'est les études ; son passe temps favori est la lecture ». Sa position d'ainée dans la fratrie fait qu'elle est souvent responsabilisée par sa mère à prendre soin de son frère et ses sœurs, ce qui lui procure plaisir et valorisation. « je sens que je joue le rôle de maman ...et j'aime ça ».

Le couple parental de Radia s'entend bien. Aucune notion de séparation des parents n'est à noter. Les attitudes éducatives sont compatibles. En dépit du faible revenu, les parents organisent des sorties familiales « avec le minimum, j'emmène mes enfants au manège, ils ont besoin de se défouler, de changer »dit la mère.

Radia a très peu de relations à part ses copines de classe avec lesquelles elle partage des relations superficielles mais satisfaisantes. Lors de son séjour à l'hôpital, elle allait parfois à la salle de jeux .

Histoire de la maladie :

Le début de la maladie remonte à l'année 2007 .Il fut marqué par l'apparition d'arthralgies en poussées au niveau des grandes articulations : genou, coude droits et cheville droite avec signes inflammatoires (rougeur, chaleur, œdèmes et douleur) aboutissant à une mobilité limitée, ce qui a motivé les parents à consulter à titre privé. Radia fut aussitôt orientée vers le service de pédiatrie du CHU de Sidi-Bel-Abbès pour prise en charge diagnostic et thérapeutique.

Ce fut la première hospitalisation le 03/03/2007 qui a permis de poser le diagnostic d'une arthrite juvénile chronique poly articulaire.

La fréquence des hospitalisations est d'une moyenne de 3 par an d'une durée de 8 à 15 jours.

D'autres poussées ont provoqué des arthralgies de la hanche droite, une flexion du genou et une déformation au niveau du pied valgus et déformation de la cheville qui ont engendré une marche boiteuse chez Radia.

Chaque hospitalisation qui indique une médication basée essentiellement sur une corticothérapie des anti-inflammatoires et antalgiques marque une bonne amélioration clinique marquée par :

- Une régression des raideurs articulaires,
- une meilleure mobilité vue que Radia présente une atteinte au niveau de la hanche,
- Meilleure amplitude des mouvements retrouvée après prise en charge en kinésithérapie.

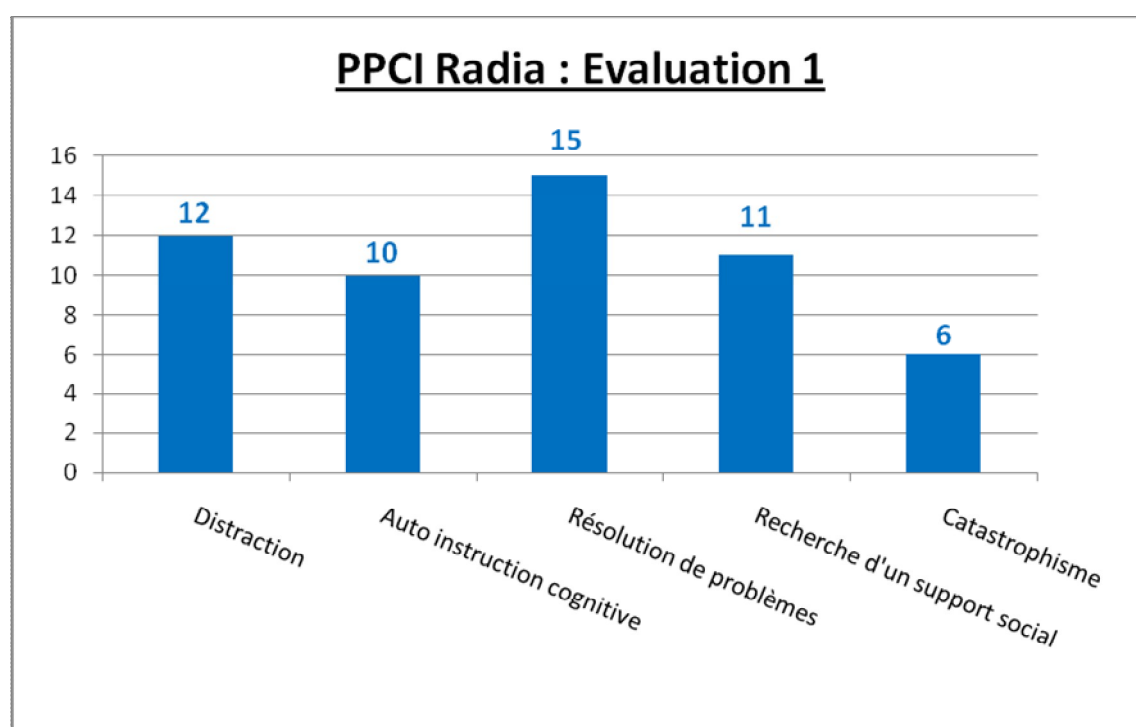
2.1.1.3. Evaluations et application d'échelles :

Les échelles appliquées dans le cas de Radia 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)

2.1.1.4. Résultats de l'inventaire de faire face à la douleur (PPCI)

- * Le score obtenu en *résolution du problème* = 15
- * Le score obtenu en *auto-instruction cognitive* = 10
- * Le score obtenu en *recherche de support social* = 11
- * Le score obtenu en *catastrophisme* = 06
- * Le score obtenu en *distraction* = 12



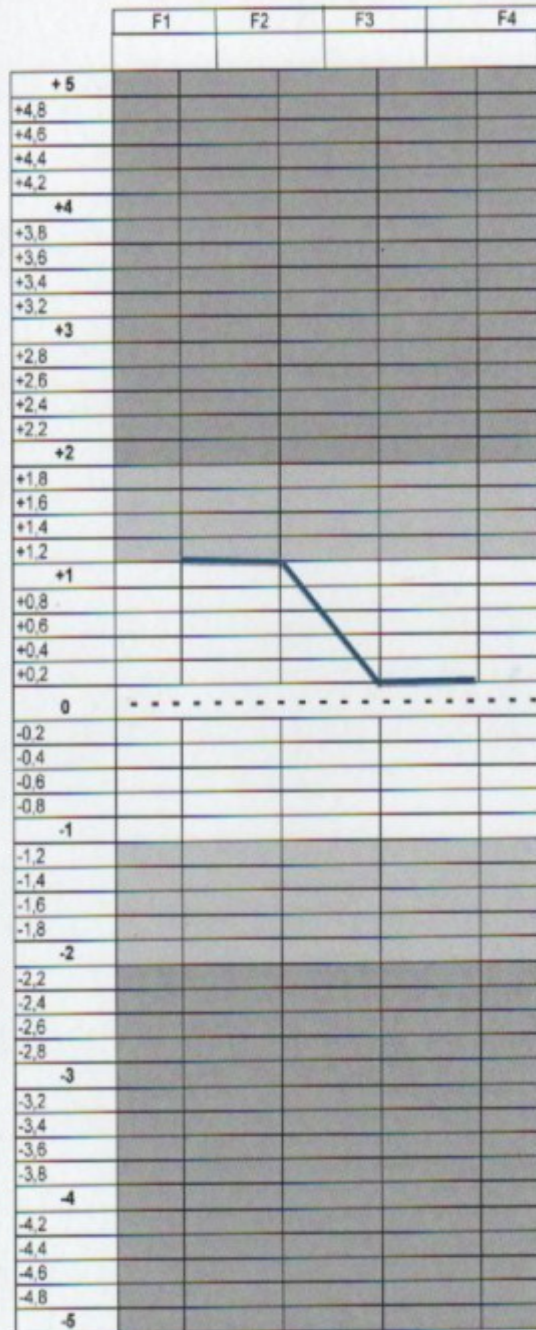
Histogramme N°9

- 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 **1,2** en note transformée selon le tableau d'étalonnage (voir annexe).
- Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **14** qui correspond à **1,2** en note transformée selon le tableau 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 = **6** qui correspond à **0,2** en note transformée selon le tableau d'étalonnage.

La reproduction des chiffres sur le graphe permet de visualiser un tracé qui montre une zone située en dessus de la ligne 0 qui indique l'utilisation de stratégies adaptées face à la douleur chronique. (Voir feuille de profil N°5).

FEUILLE DE PROFIL PPCI : RADIA-1



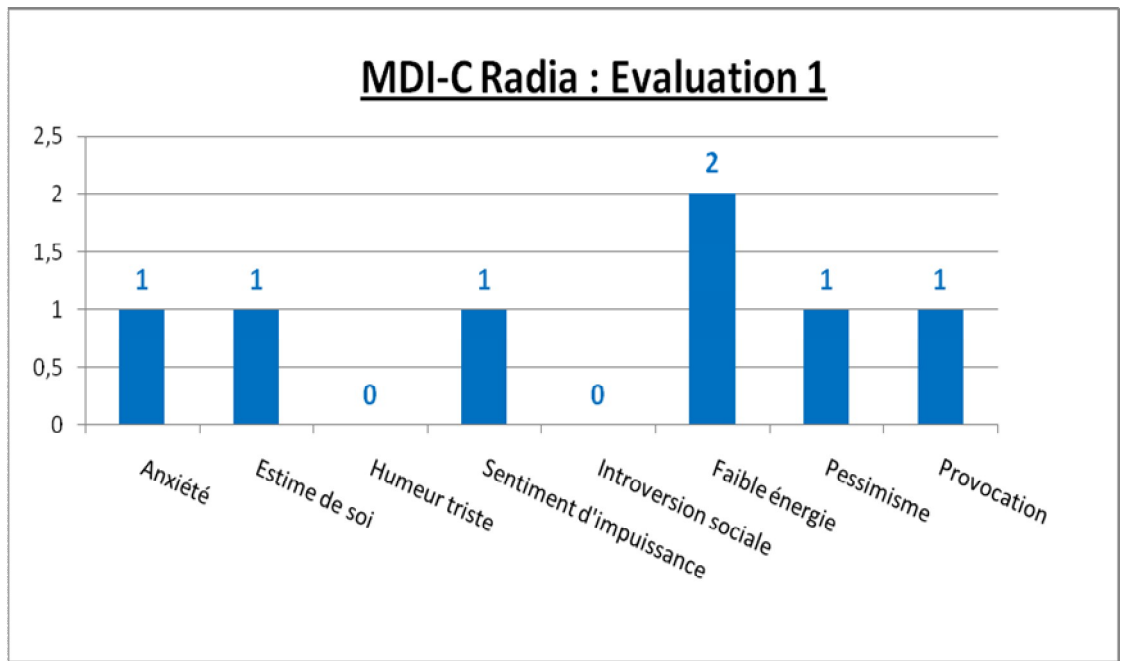
Légende :

- (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'échelle composite de dépression MDI-C :

- Le score obtenu en anxiété =01-----Note T= 41
- Le score obtenu en Estime de soi =01-----Note T= 50
- Le score " " Humeur triste = 00-----Note T= 45
- " " " Sentiment d'impuissance = 01-----Note T= 50
- " " " Introversion sociale = 00-----Note T= 44
- " " " Faible énergie = 02-----Note T= 54
- " " " Pessimisme = 01-----Note T= 49
- Le score obtenu en Provocation = 01-----Note T = 43

La note Totale = 07 équivaut à une Note T de 46 qui est bien inférieure de 56, ce qui situe Radia en-dehors de la zone de dépression.



Histogramme n° 10

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

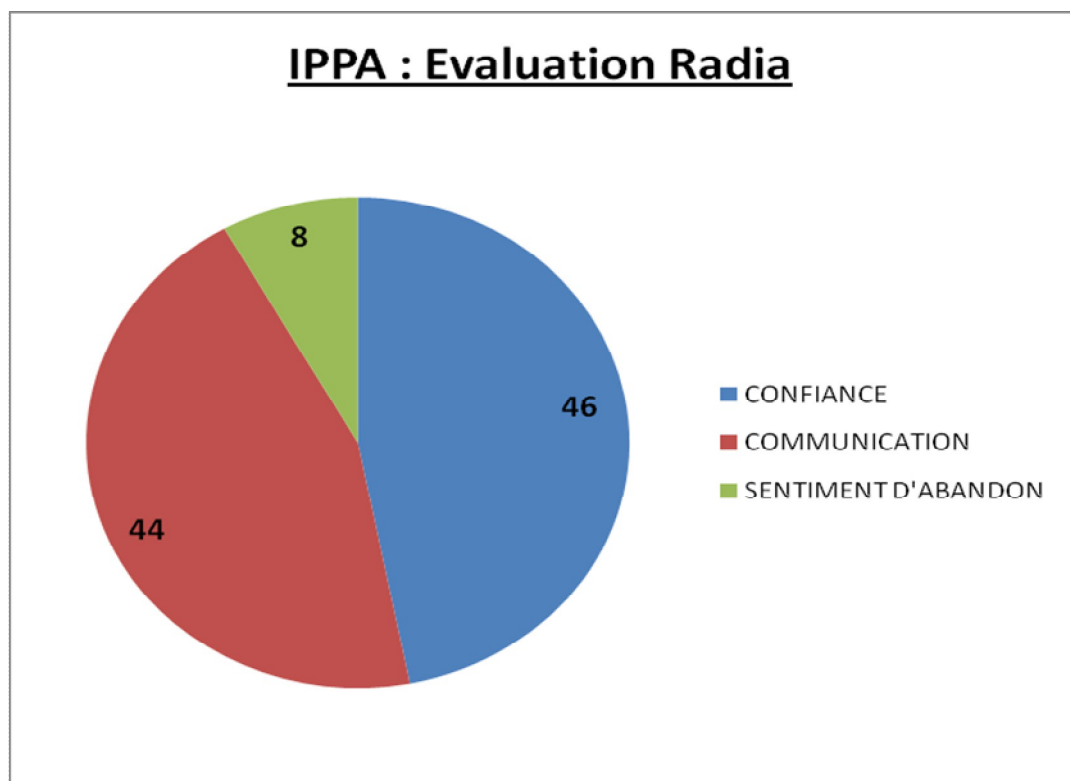
- Le score obtenu en confiance = 46
- Le score obtenu en communication = 44
- Le score obtenu en sentiment d'abandon = 08

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 **4,7** ce qui indique un niveau élevé de sécurité perçue.

La moyenne du score de sentiment d'abandon est de **1.3**

Le protocole de Radia indique une diminution du score de sentiment d'abandon (1,3) et une augmentation de la moyenne des scores de confiance et de communication (4,7) ce qui permet de dire que Radia a un style d'attachement « Secure ».



Sphère N° 3

Interprétation et discussion :

**L'anxiété* porte une Note T= 41 < 56. C'est la note la plus basse qui indique une maîtrise émotionnelle. Le catastrophisme qui tend vers l'anxiété est coté à 6, une note qui n'est pas significativement élevée à l'échelle de faire face à la douleur pédiatrique IPPA.

**L'introversion sociale* porte une Note T= 44 < 56 qui est basse traduisant une ouverture aux autres. En effet Radia est facilement accessible, s'exprime aisément, pose des questions lors des entretiens. Au niveau de la pédiatrie, elle participe aux excursions organisées par l'association et prend même avec elle sa petite sœur. exemple item 64 est coté négativement « A l'école je reste seul », item 38 est coté positivement « j'adore jouer avec des amis », item 74 « j'aime sortir avec des amis ».

**Le pessimisme* porte une Note T= 49 < 56 score l'éloignant d'une attitude désespérée. Le contenu de cette échelle se réfère à l'idée que se fait l'enfant de son avenir à la fois proche et lointain. Radia répond négativement à l'item 79 « je m'attends à avoir plus de problèmes » et positivement à l'item 31 « j'ai de la chance ». Son score nous permet de dire qu'elle est optimiste. Les propos de Radia sont prometteurs ; elle envisage l'avenir avec ambition « je ne voudrais pas faire infirmière mais professeur parce que j' aime pas être commandée ».

**L'humeur triste* prend une Note T = 45 < 56 ce qui signifie qu'elle se perçoit comme heureuse et s'amusant beaucoup. (l'item 29) « je suis un enfant heureux », 31 « j'ai de la chance », 74 « j'aime sortir avec des amis), 78 « j'ai une vie heureuse » sont coté positivement.

**L'estime de soi* porte une Note T = 50 < 56 qui est basse, elle montre une perception positive de soi. Les items typiques sont : « je m'aime bien » item 49 est coté positivement, « les enfants m'embêtent » item 21 est coté négativement. Ce qui traduit que Radia porte un regard positif d'elle-même et des autres. Selon l'interprétation du MDI-C, ceux qui présentent une note basse sur cette échelle sont susceptibles d'être appréciés et mieux adaptés.

**Faible énergie* s'avère prendre le score le plus élevé la Note T = 54 < 56, nous avons pour cela envisagé non de modifier mais d'améliorer les stratégies de coping déjà existantes chez Radia.

En ce qui concerne l'aspect relationnel maternel, Radia présente un style d'attachement sécure, ce qui explique son auto-suffisance et son autonomie traduisant un soutien social perçu satisfaisant.

Sa mère nous rapporte « lorsque Radia a mal, je veux dormir avec elle mais elle ne veut pas ».

Les items 17 « ma famille m'écoute », 44 « ma famille s'intéresse à moi » sont cotés positivement, l'item 61 « je suis furieuse contre ma famille », « personne n'écoute quand je parle » sont coté négativement.

Les ressources sociales sont favorablement perçues par Radia. Le milieu familial est dans la compréhension, l'empathie et l'entraide : « ma mère s'occupe de moi, elle me fait souvent des massages, on lit et discutons ensemble les résultats des analyses. Quand la VS est élevée et que je suis contrainte de faire un régime hyposodé, je discute avec elle...on remplace par exemple le sel par des choses

acides comme la tomate... », « ma sœur qui se trouve dans la même classe que moi m'aide beaucoup, quand je m'absente, elle m'explique les cours, parfois même en classe quand j'ai mal au poignet, c'est elle ou ma mère qui me recopient le cours ». En effet, le score obtenu à l'inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs (rubrique mère) révèle un score élevé en communication(44) et confiance(46) et un score faible en sentiment d'abandon (08). Radia a répondu par toujours vrai aux items de l'IPPA : 1 « ma mère respecte mes sentiments »,5 «ma mère peut sentir quand je suis contrariée par quelque chose »,24 « je peux compter sur ma mère quand j'ai besoin de déballer ce que j'ai sur le cœur ».

La grille d'observation révèle en effet une mère calme ayant une écoute positive et une sensibilité au moment de la douleur. Après localisation, elle lui frotte l'endroit douloureux, lui prend souvent la main. Elle évoque des réactions positives de sa fille et valorise son comportement en la qualifiant de courageuse. L'expression du ressenti de la mère n'est pas marqué de culpabilité. Elle répond négativement aux questions qui ressortent cet aspect comme : « je pense que j'ai une part de responsabilité dans la maladie de mon enfant », « il y a des choses que j'aurai du faire ou ne pas faire pour éviter la maladie de mon enfant ».

Le soutien perçu par Mme S est satisfaisant. Sur la grille d'entretien, elle répond par positivement : « mon entourage me soutient », « je parle facilement de la maladie de mon enfant ». Elle répond par jamais à « mon entourage me fait sentir que je suis diminuée ».

Par rapport au conjoint, Mme S ne perçoit pas de support matériel car les revenus financiers de son mari sont limités mais plutôt émotionnel « il me reconforte quand je craque », « Heureusement que ma famille et ma belle famille nous aident parfois » ajoute-elle. Mme S perçoit un soutien satisfaisant aussi bien matériellement qu'émotionnellement.

2.1.1.5.Diagnostic :

Au terme des données anamnestiques, des entretiens structurés et de l'observation clinique ainsi qu'aux épreuves d'évaluation, il s'avère que Radia ne présente aucun trouble anxieux et/ou dépressif ni trouble d'adaptation répondant à la classification du DSM IV.

L'étude de l'ensemble des données et l'examen attentif du protocole MDI-C n'est pas en contradiction avec les signes cliniques et l'observation de Radia.

2.1.2.Les 6ème et 8ème séances :

Nous avons consacré alors les 6ème et 8ème séances à l'information et l'éducation concernant le mécanisme de la douleur mis en relation avec l'émotion et la cognition. Nous avons expliqué à Radia de façon claire et illustrée l'importance d'apprendre à tracer une ligne directe entre les émotions et la pensée ; que chaque pensée est associée à une émotion qui détermine le comportement.

Nous avons donné également des explications psychophysiologiques en relation avec l'humeur et l'anxiété.

Nous avons introduit l'application de la méthode de relaxation selon la méthode de Jacobson ainsi que la méthode de contrôle respiratoire dont la technique d'application est illustrée en page 64.

Nous avons présenté puis remis à Radia comme nous l'avions fait pour Samia et Amel l'outil d'évaluation de la douleur qui est l'échelle visuelle analogique en lui expliquant le principe, le mode et l'intérêt de son utilisation.

Les séances de 6 à 8 : ont porté sur les points suivants :

- Le repérage des idées automatiques.
- 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 :

Deux techniques nous ont été utiles pour le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles :

1-1 Le tableau des trois colonnes de Beck : Une autre fiche d'auto-enregistrement fut remise à la patiente sur laquelle sont représentées trois colonnes :

- La première représente graphiquement l'EVA en forme d'un trait gradué de 0 à 10 sur lequel elle doit chiffrer 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 écrire le ou les sentiments qui accompagnent la douleur en ajoutant le niveau de croyance dans cette émotion.
- La troisième contient également des bulles différentes mais dans lesquelles elle doit reporter l'idée, la pensée ou l'image mentale qui se présente à elle de manière spontanée et automatique en précisant le niveau de croyance évalué de 0 à 100%.

Les objectifs visés à ce stade était d'apprendre à la patiente de s'auto-observer, prendre conscience de ses émotions et de ses idées induites par la douleur.

Des récapitulatifs étaient organisés en début de chaque séance. Radia nous remet la fiche des trois colonnes que nous travaillons ensemble.

Tableau représentant les émotions et cognitions associés
à la douleur de RADIA

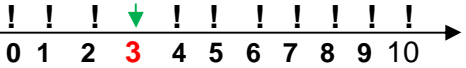
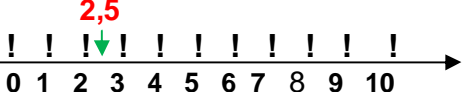
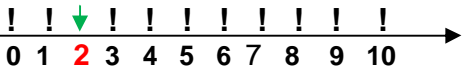
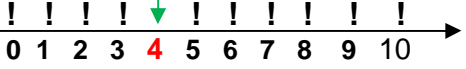
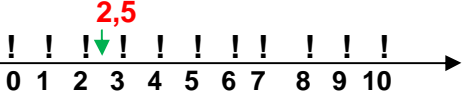
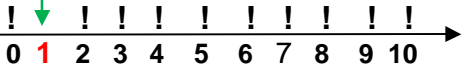
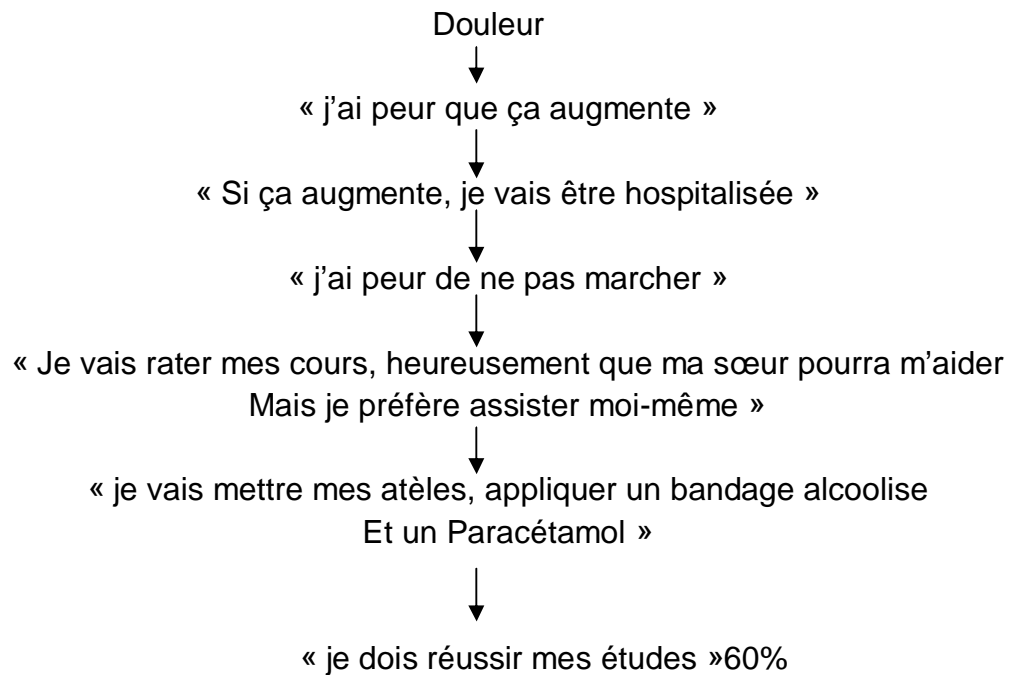
Douleur scorée de 1 à 10	Emotion	Cognition
	<p align="center">ANXIETE 60%</p>	<p align="center">J'irai peut-être mieux 50%</p>
	<p align="center">PATIENCE 40%</p>	<p align="center">Oublier la douleur Par la lecture 80%</p>
	<p align="center">DEGOUT 30%</p>	<p align="center">Occupation et loisirs sont les moyens pour oublier la douleur 80%</p>
	<p align="center">PEUR 40%</p>	<p align="center">Si la douleur augmente, les résultats d'analyses seront élevées et donc hospitalisation et traitement 100%</p>
	<p align="center">LEGERE IRRITABILITE 20%</p>	<p align="center">Si je reste au lit, je penserai plus à la douleur 80%</p>
	<p align="center">JOIE 90%</p>	<p align="center">J'oublie que je suis malade, agir sur la maladie me rend plus forte 100%</p>

Tableau N° 6

1-2 La seconde manière de repérage des pensées automatiques dysfonctionnelles est celle des flèches descendantes :

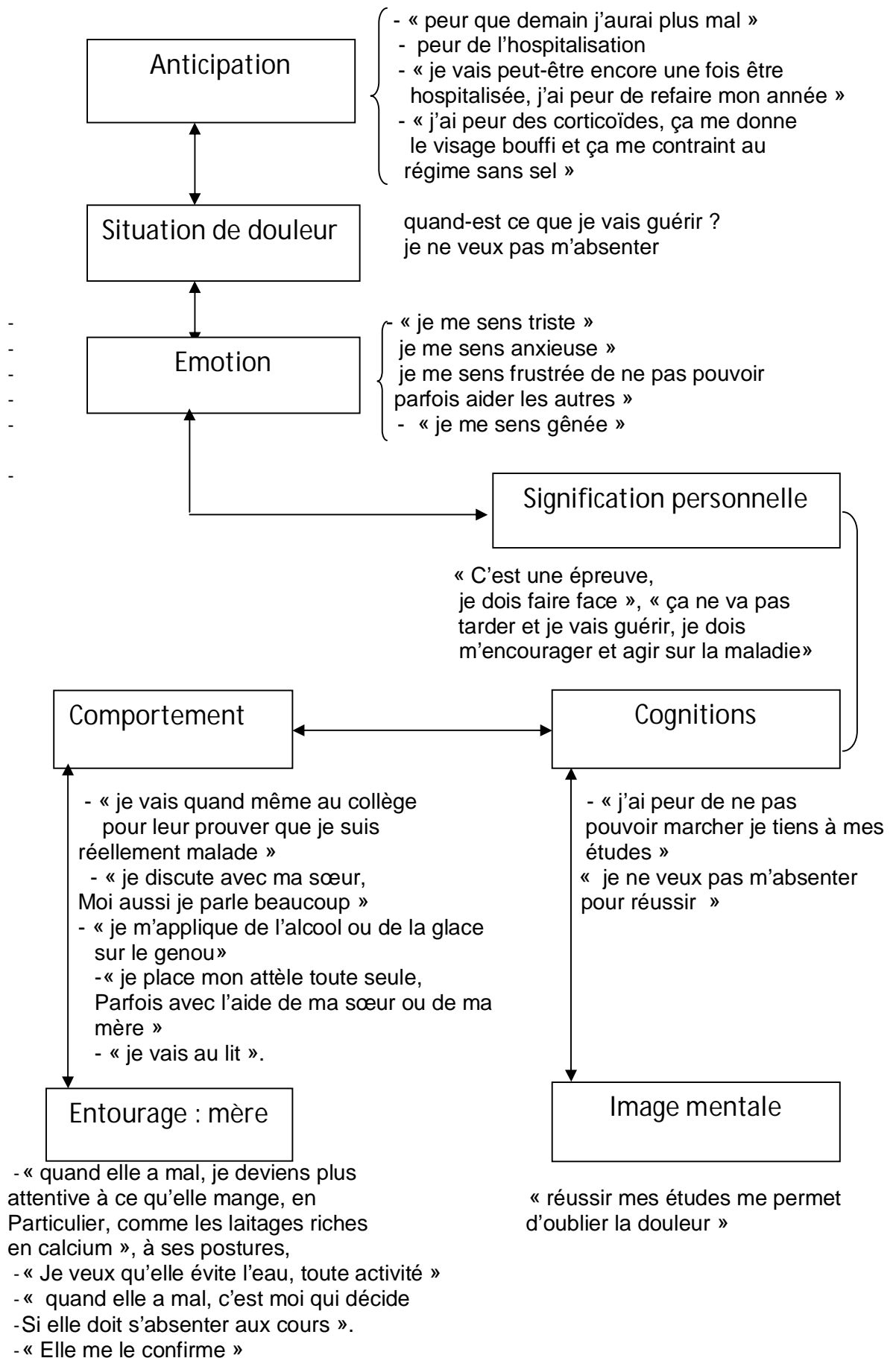


Le postulat qui en ressort « si la douleur augmente, je risque de perdre la marche et d'être hospitalisée, rater mes cours et par conséquent échouer mes études auxquels je tiens, il faut pour cela agir : placer les atèles, prendre un calmant et appliquer un bandage alcoolisé » avec un degré de croyance de 60%. C'est en fait un postulat qui met en relief les stratégies de faire face qui se traduisent une appréhension du devenir fonctionnel qui l'incite à adopter une attitude active et adaptée.

Le contrôle perçu comme moyen évaluatif de l'interaction entre la situation de douleur et la croyance de Radia en sa maîtrise lui permet de mobiliser ses ressources personnelles aussi bien cognitives que comportementales. Le lieu de contrôle s'avère interne. Le tableau des trois colonnes le confirme aisément. Elle présente une auto-instruction cognitive « j'irai peut être mieux », « j'oublie que je suis malade, agir sur la maladie me rend plus forte » elle utilise la distraction « oublier la douleur avec la lecture » avec un degré de croyance de 80%.

Le travail consistant au remplissage des colonnes de Beck et de la méthode des flèches descendantes ont été appréciés par Radia. Il lui a vite permis de prendre conscience de ses pensées automatiques, sur son comportement et ses émotions. Elle a compris que lorsqu'elle a mal, ça la rend irritable, anxieuse et lui provoque de la peur. Ses états émotionnels sont en relation avec le sens accordé à la douleur et non avec son intensité. Sur le plan comportemental, l'évitement risque à son tour de potentialiser l'intensité de la douleur « si je reste au lit, je penserai plus à la douleur » avec un degré de croyance de 80%.

2.1.2.2. Analyse fonctionnelle : Analyse fonctionnelle synchronique : Radia



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.

Radia perçoit négativement la douleur qui est associée à l'augmentation et entraînerait une hospitalisation. Passer un séjour à l'hôpital compromettrait sa réussite, ce qui génère des réactions émotionnelles négatives traduites par la gêne, anxiété et irritabilité. L'appréhension de Radia au moment de la douleur est centrée sur la construction d'images et représentations mentales négatives focalisées sur l'échec (peur de perdre la marche).

Cette construction d'image lui permet de mettre en œuvre des ressources aussi bien cognitives comme l'auto-instruction « je dois m'encourager et agir sur la maladie », elle minimise les faits « ça ne va pas tarder, je vais guérir », elle a le sens du défi « je vais quand même à l'école pour leur prouver que je suis réellement malade » utilise aussi la discussion avec sa sœur comme activité investissant l'activité attentionnelle volontaire. Elle met en œuvre ses ressources comportementales : (elle met ses atèles, bandage alcoolisé ou poches de glaces). Le comportement d'évitement comme réponse conditionnée est aussi à relever. Radia associe aussi les comportements de repos et inactivité (aller au lit) à la diminution de la douleur. Il s'agit d'un comportement plutôt d'évitement renforcé et encouragé par la mère « quand elle a mal, je veux qu'elle évite l'eau ou toute autre activité ».

Sur le plan cognitif Radia tend à la minimisation, l'internalité et l'optimisme. Trois caractéristiques qui, associées à un support social perçu satisfaisant que nous développerons plus loin font tendre Radia vers un coping actif, centré sur le problème.

La grille d'analyse fonctionnelle nous a permis de ce fait de déterminer les capacités de coping que Radia met en œuvre pour faire face à la situation de douleur.

2.1.2.3.L'établissement d'un contrat de thérapeutique:

Il s'agit à ce stade d'établir une relation thérapeutique de collaboration visant une alliance thérapeutique.

Nous avons procédé à l'explication des étapes et des modalités de la prise en charge à Radia qui s'est montrée motivée et favorable à cette méthode de travail. Il fallait l'informer qu'elle devait s'investir activement aux progrès et de respecter les recommandations, les tâches assignées ainsi que les rendez-vous avec un esprit de collaboration nécessitant une participation active. Il fallait l'informer également que l'accent est mis sur son implication ; ce qui donne une interaction dynamique et souple à la thérapeutique.

A cette étape, nous avons défini (informé et décrit la façon dont va se dérouler la TCC) ; le déroulement des séances ainsi que les objectifs que nous désirons atteindre en donnant des explications à Radia et sa mère. Les axes ciblés dans la prise en charge discutés avec la patiente sont :

- Agir sur la restructuration cognitive et les croyances se rapportant à la douleur,
- Agir sur la douleur par l'amélioration de l'auto-efficacité déjà existante par une action cognitive sur la douleur (la distraction) et des modalités comportementales (favoriser un coping actif déjà existant), et réduit la conviction d'être malade.
- Apprentissage du contrôle respiratoire et de relaxation afin favoriser un meilleur contrôle émotionnel.
- Travailler la relation mère/enfant en limitant les bénéfices secondaires et renforçant l'auto-efficacité. Il s'agit de diminuer les comportements douloureux par conditionnement opérant tout en gratifiant l'accomplissement de certaines activités telles que la marche et en maintenant les comportements acquis.

Nous avons expliqué à la patiente les principes, objectifs, stratégies et techniques utilisés en thérapies comportementales et cognitives. Radia a manifesté de l'intérêt et s'est montrée aussitôt enthousiaste face aux méthodes de travail envisagées. La mère a également donné son accord de principe et son engagement dans la prise en charge.

Après la fin de chaque séance, une reprise du travail consistant en une reformulation, exerce un feed-back. Radia souligne avoir apprécié cette technique de travail qui lui permis de prendre conscience de ses idées et émotions face à la douleur. L'échange qui en découle a favorisé et renforcé l'alliance thérapeutique.

2.2.LA SECONDE PHASE: (phase thérapeutique proprement dite).

2.2.1.De la 9^{ème} à la 17^{ème} séance

Nous avons mis en œuvre les moyens thérapeutiques afin de répondre aux objectifs fixés avec la patiente et avons utilisé comme outils principaux la reformulation et l'empathie.

2.2.1.1.Le premier objectif : ***L'action sur la douleur par la restructuration cognitive :***

Il était souhaitable dans le cas de Radia qui a déjà un coping adapté d'augmenter ses capacités adaptatives en se basant sur le remplissage du tableau des quatre colonnes qui nous permettrait de mieux apprécier les interactions dynamiques qui s'opèrent entre la douleur, l'émotion, la cognition automatique et le comportement. En modifiant la cognition et l'associant à une activité mentale soutenue (distraction) permettrait de modifier l'intensité de la douleur.

Tâches assignées :

Une fiche est remise à Radia sur lequel elle doit continuer à s'auto-observer, observer ses pensées 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 première colonne représentant la situation de douleur; la seconde colonne concerne l'émotion qui accompagne la douleur ; dans une troisième colonne elle inscrit la pensée automatique avec niveau de croyance ; dans la quatrième une idée alternative suivie d'une proposition

d'activité choisie préalablement par Radia. La douleur est ensuite réévaluée en fin d'activité (voir tableau N° 7 ci-après).

L'objectif derrière cette pratique est de l'aider à s'intéresser à ses sentiments, et que progressivement l'amener à comprendre qu'il est possible, en agissant sur ses propres pensées, de contrôler mieux ses émotions telles que la tristesse, le dégoût et peur. Il s'agit en fait d'un travail de renforcement du lien qui existe entre la cognition, l'émotion et le monologue interne.

Les pensées alternatives doivent venir de la patiente qui est ainsi invitée à élargir la conception qu'elle a du mécanisme de la douleur ainsi que des composantes qui la constituent.

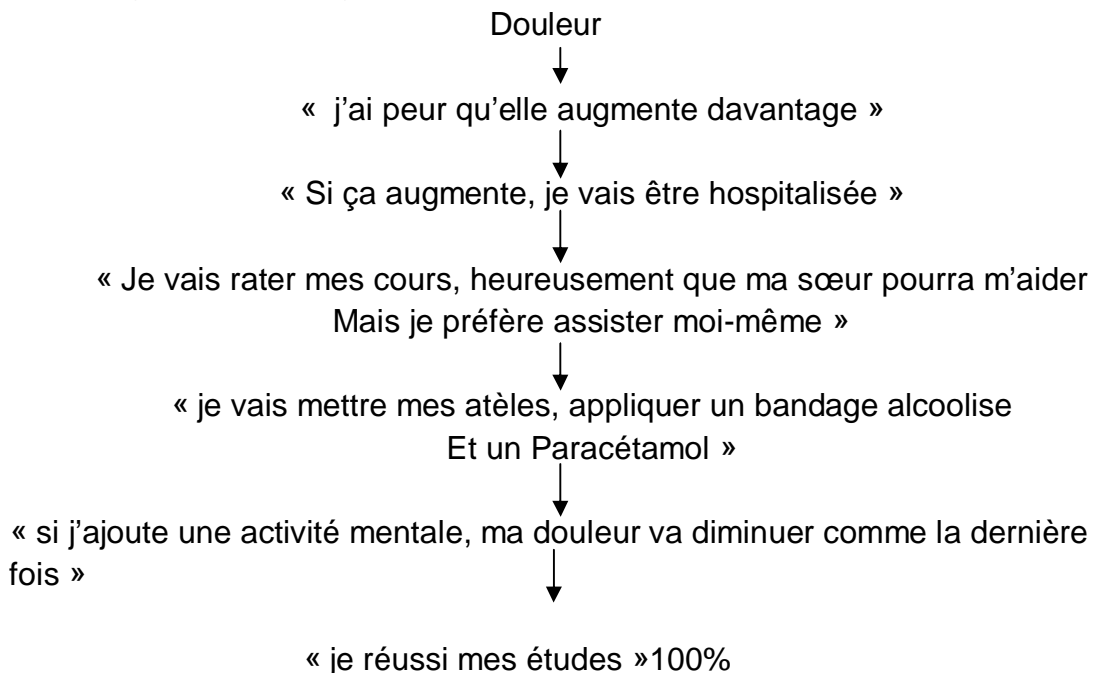
Il s'agit d'encourager un esprit investigateur qui remettrait en questions les pensées négatives élaborées par Radia « j'ai peur de perdre la marche » comme si elles étaient des hypothèses. Il s'agit d'envisager d'autres interprétations possibles ainsi qu'un changement de discours interne en reportant sur un second tableau de quatre colonnes remis pour tâche assignée à domicile.

Tableau des quatre colonnes (RADIA)

Situation de douleur de 0 à 10	Emotion	Cognition	Pensée alternative	Type de diversion et évaluation
<p>!!!!!!!↓!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	Peur 20%	Je me guéris moi-même	J'ai l'habitude. Je vais guérir, 15 jours vont vite passer, c'est pas très lourd.80%	<p>!!!!!!!↓!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>!!!!!!!↓!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	Confiance 80%	Ma famille m'encourage, je dois maîtriser la douleur pour les aider	La solitude génère l'anxiété et la peur 60%	<p>!!!!↓!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>5,5</p> <p>!!!!!!!↓!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	Patience 80%	Mon absence serait bien pour réduire ma douleur mais ne serait pas bien pour mes études	Même si je ne vais pas au collège, je réviserai à la maison 70%	<p>!!!!↓!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>3,5</p> <p>!!!!↓!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	Joie 60%	Je pense aux examens, je dois réussir.	La réussite dans mes études me fait oublier la douleur 100%	<p>!!!!↓!!!!</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

Tableau N° 7

2- La méthode des flèches descendantes nous a permis de concrétiser le changement des cognitions :



Radia croit qu'elle dispose de ressources personnelles qui lui permettent d'affronter et de maîtriser la situation de douleur. Il s'agit d'un contrôle perçu positif dont les attributions causales sont sujettes au contrôle perçu est internal c'est-à-dire se rapportant à des agissements personnels : « je mets mes atèles, un bandage alcoolisé ou poches de glace » ; ce qui traduit un coping actif centré sur le problème.

Face à la situation de douleur, Radia accède au niveau d'une évaluation secondaire. Elle estime et juge qu'elle a la capacité de mobiliser des ressources qu'elle dispose qui lui permettraient de maîtriser la situation ce qui réduit une perception de la douleur comme facteur stressant.

En se référant au concept de lieu de contrôle de Rotter, le lieu de contrôle chez Radia s'avère interne. Elle a le sentiment que grâce à ce qu'elle peut elle-même faire « bandage... », elle peut atteindre son objectif « réduire la douleur ».

L'internalité est considérée comme une caractéristique salutogène en faveur d'une affectivité positive (les émotions retrouvées dans le second tableau de Radia sont plus positives comme la confiance, la patience ou même la joie) avec un niveau de croyance élevé pour les émotions positives et un niveau bas pour les émotions négatives. Il s'agit d'un état émotionnel qui joue un rôle protecteur contre les divers agents pathogènes réduisant l'impact de la douleur considérée comme facteur de stress tout en adoptant des stratégies adéquates.

C'est en fait la transaction entre Radia et la situation de douleur qui détermine son degré d'adaptabilité face à cette situation stressante.

L'optimisme retrouvé dans la technique de la flèche descendante « je réussis mes études » avec un niveau de croyance qui a augmenté de 60% à 100% traduit un

style cognitif global avec tendance à anticiper une issue favorable à la douleur et à la maladie. Il renvoie à une perception positive de soi.

2.2.1.2. Deuxième objectif : **Agir sur la douleur par l'auto-efficacité**

L'entraînement à la compétence :

Evaluer la douleur avant et après une activité nécessitant un effort intellectuel soutenu choisit préalablement ; Radia a choisi la lecture pour laquelle nous lui avons proposé plusieurs histoires agréables et bien illustrée, la révision de ses cours, un puzzle jeux électroniques.

En évaluant les scores de l'intensité avant et après effort intellectuel soutenu, Radia a concrètement réalisé d'elle-même qu'elle était capable de réduire sa douleur. Ce processus est déjà connu par Radia mais elle l'assimilait à l'oubli. Elle réalise, à travers la méthode de distraction en évaluant l'intensité de sa douleur avant et après concentrée soutenue qu'elle a des ressources non négligeables et des compétences qui lui permettent d'atténuer sa douleur qui a diminué de deux chiffres sur le tableau à quatre colonnes.

Encourager l'auto-efficacité chez Radia vise à renforcer le contrôle perçu qui est déjà développé. Le sentiment d'impuissance et de faible énergie s'avèrent les scores les plus élevés des sous échelles de l'échelle composite de dépression MDI-C. Ils portent respectivement les Note T 50 et 54 mais elles restent inférieures à 56 et donc les situant dans les limites du « normal ».

Par ailleurs, ces sous échelles sont déterminantes pour le contrôle perçu ; c'est pour cette raison que nous avons jugé utile de renforcer l'auto-efficacité.

Après la prise de conscience des émotions et comportements automatiques qui augmentent et/ou entretiennent la douleur, Radia doit apprendre à utiliser un éventail de réponses de coping encore plus adapté.

Elle a réalisé qu'il y a une inférence de la douleur par rapport à l'activité. Radia répond mais pas systématiquement au stimulus de douleur de manière conditionnée. Ses stratégies d'ajustement se traduisent émotionnellement par la tristesse, le dégoût et l'anxiété. L'analyse des réactions comportementales d'évitement (va s'allonger, éviter l'activité), cognitives (peur de ne pas pouvoir marcher) nous permet d'orienter vers d'autres modalités comportementales pour mettre fin aux styles de coping automatiques et mal adaptés.

Sur le plan cognitif Radia tend à la minimisation, à l'internalité et l'optimisme. Trois caractéristiques salutogènes qui, associées à un support social perçu satisfaisant que nous développerons plus loin font tendre Radia vers un coping actif, centré sur le problème.

Les tâches assignées à domicile qui constituent un auto-renforcement positif et un meilleur contrôle perçu :

- Aider et participer aux activités ménagères de manière adaptée.
- Répéter les exercices de kinésithérapie déjà pratiquée au service de rééducation pendant 10 à 15mn/jour. Radia a compris que la mobilisation des articulations permet de les préserver, luttent contre la raideur des segments articulaires qui est responsable de la limitation des mouvements.
- Favoriser quotidiennement la marche sur des périmètres réduits et adaptés. Faire des courses par exemple.

A cet effet, Radia a put vérifier ses croyances erronées se rapportant à la réduction de l'activité physique.

2.2.1.3. Troisième objectif :

Afin d'améliorer le vécu corporel, la pratique de la relaxation avec contrôle respiratoire à raison de trois séances de quinze minutes réparties dans la journée fut organisée avec Radia.

L'apprentissage des méthodes de contrôle respiratoire que nous avons associé à la relaxation a consisté à pratiquer les premiers exercices au service de rééducation puis indiquées comme tâches assignées à domicile à une fréquence de trois séances par jour.

Nous avons expliqué l'intérêt de contrôler sa respiration et le privilège de la respiration abdominale dans l'équilibre émotionnel.

La technique consiste à 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 comme nous l'avons expliqué plus haut (voir page 64).

2.2.1.4. Quatrième objectif : Ajustement du comportement maternel au moment douloureux :

Dans le but de mieux cerner les dimensions particulières de la sensibilité maternelle qui pourrait avoir un impact sur la qualité de l'attachement mère/enfant, nous avons porté une attention particulière à la communication émotionnelle.

La grille d'observation, les observations lors des séjours d'hospitalisation de Radia au service de pédiatrie nous ont largement permis de relever les interactions qui s'opèrent au moment de la douleur.

Mme S est une jeune femme d'une apparence soignée. Elle est calme et a coopéré à la prise en charge de manière active. Elle est attentive à toutes les sollicitations de Radia qu'elles soient verbales ou non.

Lors de l'hospitalisation de Radia nous avons remarqué une complicité. La perception de la mère au moment de la douleur est plus nuancée et subtile.

« Je ne sais pas. C'est un sentiment interne. Je sens qu'elle a mal par son visage qui change, son regard qui devient plus terne, elle parle moins, son débit verbal devient lent. Sa vitalité diminue ; elle se retire; parfois elle ne me le dit pas mais je le sens, quand elle s'assoit elle ne plie pas les genoux». Ce sont des signaux qui activent les soins maternels.

Elle ajoute « Je ne veux pas lui montrer, j'essai de surmonter mon anxiété, mais intérieurement... je broie ».

Il s'agit d'une sensibilité, un décodage de signaux face auxquels Mme S traduit une empathie envers sa fille. C'est-à-dire qu'elle comprend, ressent les émotions pour enfin y répondre.

«Quand elle a mal, je change de comportement, je suis plus attentive à ce qu'elle ange, j'enrichie en calcium, je fais attention à ses postures, elle ne doit pas plier ses genoux, je veux qu'elle évite les sources de froid comme l'eau, je ne veux pas qu'elle bouge, c'est moi qui lui apporte ses médicaments. Elle met ses atèles toute seule sauf si elle est très malade c'est moi qui les lui place ».

Radia recherche de proximité de sa mère lorsqu'il s'agit d'hospitalisation ou de contrôles médicaux. Mme S nous rapporte « Elle veut que je l'accompagne à l'hôpital, pas son père. Elle me dit tu connais mieux les médecins et les traitements ».

En effet, Mme S sait lire et interpréter les résultats des analyses (vs) et donner du sens aux chiffres dont elle connaît les normes.

La mère de Radia a toujours accompagné sa fille lors de toutes les hospitalisations. Elle répond à la recherche de proximité par des câlins ou des caresses aux cheveux ou en lui tenant la main ;

Les observations nous ont permis de réaliser un comportement protecteur d'une mère favorisant l'évitement ; ses réactions sont calquées sur un schéma stimulus/réponse.

La situation de douleur a favorisé chez Radia des gains secondaires ; la manière de se comporter de la mère à ce moment peut elle-même augmenter ou diminuer la perception de la douleur (L'attention et soins excessifs qu'elle reçoit). Le comportement de douleur est renforcé positivement ; il peut augmenter la perception de la douleur, réduire une baisse de l'activité et une perte musculaire menant à entretenir la douleur et le statut de malade. 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 dans ce sens associée dans la thérapie comportementale.

2.2.1.5. REEVALUATION S ET RESULTATS :

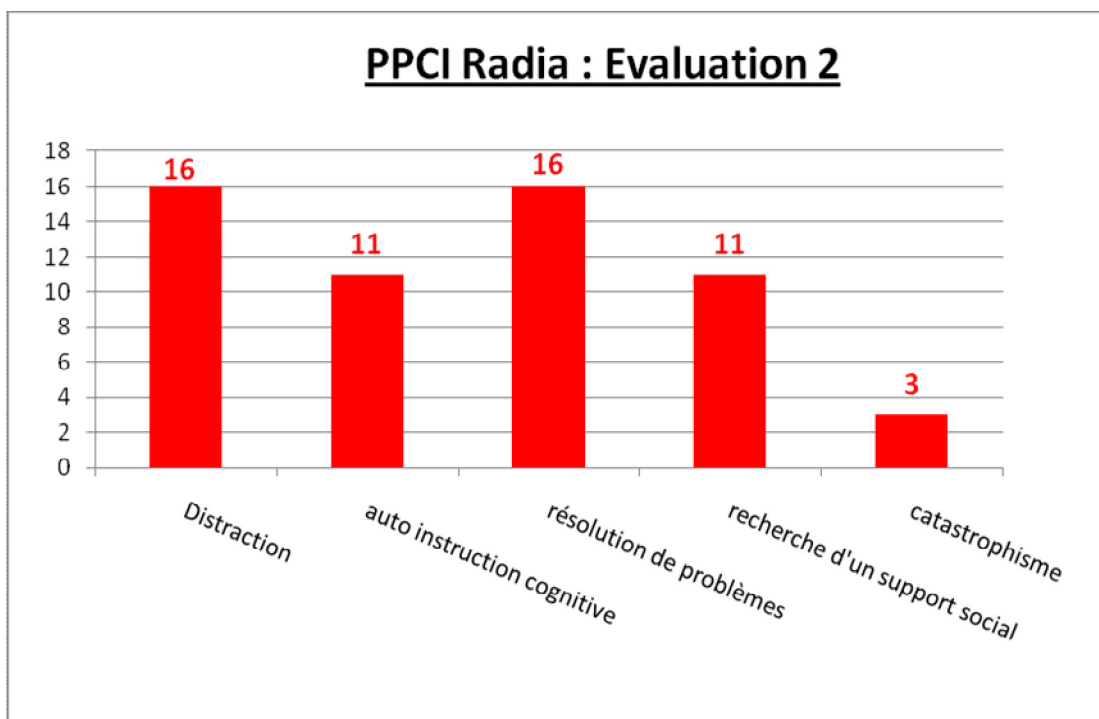
Résultats de l'inventaire de faire face à la douleur (PPCI) :

- * Le score obtenu en *résolution du problème* = 16
- * Le score obtenu en *auto-instruction cognitive* = 11
- * Le score obtenu en *recherche de support social* = 11
- * Le score obtenu en *catastrophisme* = 03
- * Le score obtenu en *distraktion* = 16

La lecture de l'histogramme permet de relever des modifications entre les valeurs du PPCI 1 et PPCI 2 :

- Le score de distraction a augmenté de 12 à 16
 - Le score de résolution de problème a augmenté de 15 à 16
 - Le score d'auto-instruction cognitive a augmenté de 10 à 11
 - Le score de recherche de support social est maintenu à 11
 - Le score catastrophisme a diminué de 06 à 03
-
- 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 **1,4** en note transformée selon le tableau d'étalonnage (voir annexe).
 - Le facteur **F2** obtenu après addition des scores des items : 12, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31 et 40 = **16** qui correspond à **2.0** en note transformée selon le tableau d'étalonnage.
 - 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 **1.8** en note transformée.
 - Le Facteur **F4** est obtenu suite à l'addition des items : 2, 11, 20, 32, et 34 = **7** qui correspond à **0,8** en note transformée selon le tableau d'étalonnage.

La reproduction des chiffres sur le graphe permet de visualiser un tracé qui montre une zone située en dessus de la ligne 0 qui indique l'utilisation de stratégies mieux adaptées face à la douleur chronique si on les compare avec les premiers scores. (Voir feuille de profil N°6).



Histogramme n° 11

Plus les scores d'auto-instruction, de distraction et de résolution de problème augmentent plus le score de catastrophisme diminue, ce qui confirme l'hypothèse N°1 de notre étude. Le contrôle perçu, l'efficacité perçue, l'optimisme sont dans le cas de Radia des caractères salutogènes. Le style de coping centré sur le problème s'avère une stratégie plus adaptée face à la douleur.

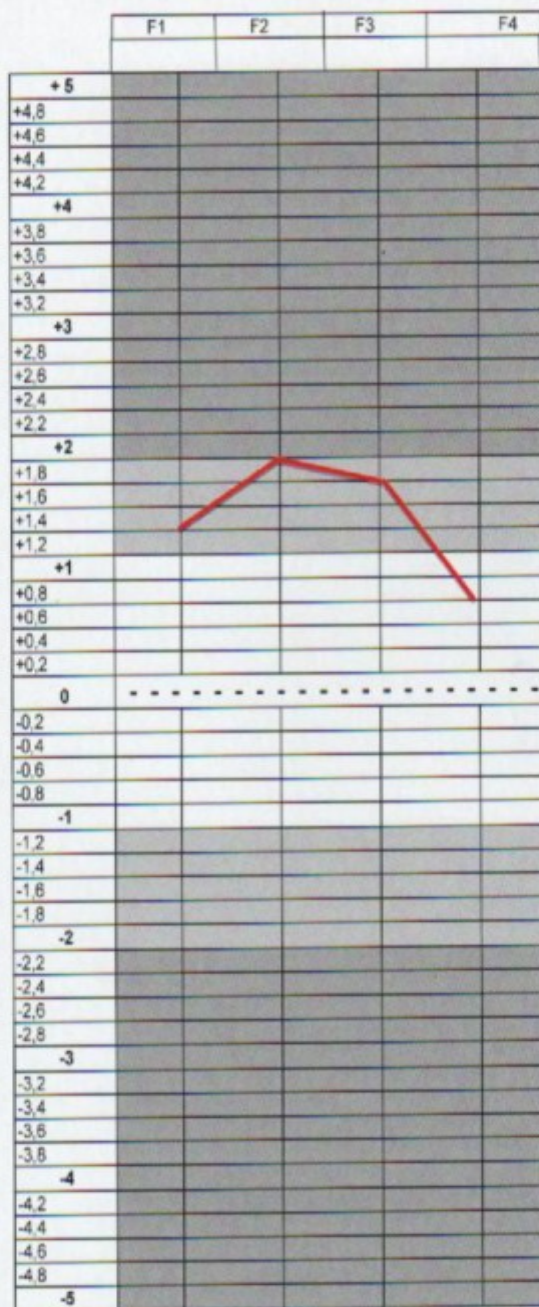
Une perception de la douleur centrée sur le contrôle par l'application des TCC avec restructuration cognitive, et conditionnement opérant nous a permis de confirmer l'hypothèse N°2. La restructuration cognitive par la technique des flèches descendantes et du tableau de quatre colonnes de Beck a donné la possibilité d'envisager d'autres hypothèses à l'idéation pré existante.

Radia a un style d'attachement sécure qui a effectivement déterminé son style de coping ; une figure d'attachement protectrice, sensible à percevoir de manière juste et appropriée est capable de répondre aux signes de détresse qui associés à d'autres facteurs ont permis Radia de faire face à la douleur de manière adaptée.

Par la justesse de son interprétation et son empathie envers son enfant la mère doit comprendre et ressentir les émotions de son enfant pour pouvoir y répondre.

Une mère sensible serait disponible et consciente des indices d'émotion les plus subtils de l'enfant.

FEUILLE DE PROFIL PPCI : RADIA-2



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

La réévaluation à travers l'échelle de faire face à la douleur pédiatrique (IPPA) révèlent que l'application des techniques thérapeutiques cognitives et comportementales a prouvé l'efficacité de l'application des TTC dans l'amélioration des stratégies de faire face à la douleur en modifiant aussi bien le sens attribué à la douleur par la cognition que par le comportement et l'émotion qui en découlent.

2.3.Troisième phase : (Phase d'entretien)

La dix-huitième séance a porté sur l'établissement d'un bilan général. Nous avons revu l'ensemble des progrès que nous avons réalisés ensemble.

Les résultats obtenus confirment l'intérêt des TCC dans le traitement de la douleur. Radia est optimiste. La douleur représentant le premier facteur qui détériore la qualité de vie. L'amélioration de la qualité de vie en agissant sur la douleur favorise un épanouissement personnel et le contrôle optimal de la maladie. L'approche comportementale et cognitive est de ce fait complémentaire aux thérapeutiques médicales.

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. Elle améliore de ce fait la qualité de vie de l'enfant. Elle vise aussi l'action sur les attributions causales comme distorsion cognitive, sur le lieu de contrôle. En ayant un lieu de contrôle interne, l'enfant développe son auto-efficacité qui l'aide à mieux gérer sa douleur.

3/Conclusion :

Le tableau des quatre colonnes nous montre que l'auto-observation des émotions et cognitions, avec l'élaboration d'autres hypothèses aux croyances antérieures a permis à Radia de réduire le niveau de croyances aux émotions négatives en adoptant un style de coping actif, centré sur le problème. Il lui permet de faire face de manière adaptée mais aussi de réduire l'intensité de la douleur même si elle n'est pas complètement abolie. Radia se sent plus efficace à travers la modification de ses agissements comportementaux et cognitifs.

Le phénomène de la distraction a effectivement agité sur l'intensité de la douleur. L'apprentissage par décentration contribue à une meilleure gestion de la douleur. La notion d'efficacité perçue et de contrôle perçu ont bien confirmé l'hypothèse N° 1 de l'étude.

SYNTHESE DES TROIS CAS :

Notre travail a porté sur une étude qualitative. En dépit du nombre réduit des cas recrutés qui est de trois seulement, nous avons quant même pris conscience de

l'impact des différences individuelles face à la même situation stressante qui est la douleur chronique. Grace à ces différences, nous avons put vérifier les hypothèses établies.

Le cas d'Amel nous illustre parfaitement l'ampleur que peut prendre la douleur chronique dans le vécu psychologique de l'enfant. Son impact dans l'étude de cas d'Amel se traduit par une dépression sévère. Amel a un style de coping centré sur l'émotion.

Le niveau de catastrophisme élevé indique que la patiente a tendance à envisager le pire, elle craint les conséquences négatives majeures traduites par un contenu verbal et imagé négatif ; Il en découle de la négativité des pensées de Amel une tendance à réduire le contrôle perçu en favorisant un style d'attribution external, il en découle une diminution du sentiment d'impuissance et d'auto-efficacité.

Amel a une faible estime de soi. Elle a une image négative d'elle-même, qui l'empêche de se percevoir comme capable, ayant des ressources personnelles suffisantes pour faire face. L'impuissance perçue génère un stress chez Amel qui correspond à l'insuffisance ou à l'épuisement des ressources perçus comme nécessaires afin de faire face à la douleur.

Il s'agit d'une stratégie de faire face inadaptée, l'évaluation de Amel face à la douleur comme évènement stressant reste au niveau primaire, ce qui limite ses stratégies d'accéder à une réévaluation secondaire qui l'empêche de percevoir des capacités de contrôle et de mettre en œuvre les ressources dont elle dispose pour faire face à sa douleur.

Contrairement à Amel, Radia présente des stratégies cognitives qui tendent à la minimisation, l'internalité et l'optimisme. Ces trois caractéristiques salutogènes sont associées à un support social perçu satisfaisant et un style d'attachement sécure font tendre Radia vers un coping actif, centré sur le problème qui s'avère une stratégie plus adaptée face à la douleur.

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, l'auto-efficacité perçue, l'optimisme sont dans le cas de Radia des caractères salutogènes. le style de coping centré sur le problème s'avère une stratégie plus adaptée face à la douleur.

Dans le cas de Samia les pensées inadaptées sont en rapport avec un sentiment de culpabilité intense.

Samia présente un coping passif, elle a une attitude fataliste moraliste, elle est dans l'impuissance apprise. Elle est dans la dépendance régressive.

De ce fait, le contrôle perçu est affaibli ; l'efficacité perçue est diminuée ; il en résulte chez Samia une évaluation subjective qu'elle perçoit comme dépassant ses ressources personnelles. En effet le sentiment d'incontrôlabilité favorise le stress et l'anxiété. Ce qui confirme cette position c'est le lieu de contrôle chez Samia qui s'avère comme celui d'Amel, external. Les attributions causales et les explications élaborées font référence à des contrôles externes.

Plus l'attribution est externe, stable et incontrôlable, plus le stress est important ; il en découle une faiblesse de l'auto-efficacité et la mise en œuvre de ressources personnelles.

Malgré une bonne estime de soi, l'auto-efficacité est limitée. Samia réprime ses sentiments et émotions, son coping est passif, centré sur l'émotion et la recherche de support social. Les propos de Samia sont significativement truffés de propos fatalistes. C'est en fait un coping qui n'est pas adapté.

En effet, les ressources sociales sont favorablement perçues par Samia. Le milieu familial est dans la compréhension et l'empathie. Les ressources sociales perçues par Samia sont empathiques traduites par de la compréhension. La coopération de l'entourage familial est satisfaisante pour la patiente.

L'hypothèse N°1 de notre étude est donc confirmée. 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 été atténuée dans les trois cas de deux à trois chiffres.

La troisième hypothèse de l'étude a également été confirmée dans le cas de Amel et Radia : Le style d'attachement détermine la perception de la douleur d'où notre intérêt à agir sur la relation dyadique.

Dans le cas d'Amel, sa qualité d'attachement est insécure. Elle a affaibli ses capacités à réguler ses affects pour faire face à la douleur. Les ressources sociales perçues par Amel sont dépourvues d'empathie, de compréhension et de support. Il s'avère que la coopération de l'entourage familial n'est pas satisfaisante pour la patiente. Elle est dans l'insatisfaction du soutien émotionnel qui consiste à exprimer ses affects à sa mère comme figure d'attachement censée apporter soutien, assurance et protection.

L'estime de soi est élevée, Radia a un style d'attachement sécure qui a effectivement déterminé son style de coping ; une figure d'attachement protectrice, sensible à percevoir de manière juste et appropriée est capable de répondre aux signes de détresse qui, associés à d'autres facteurs ont permis à Radia de faire face à la douleur de manière adaptée. Une mère sensible serait disponible et consciente des indices d'émotion les plus subtils de l'enfant.

Le cas de Samia infirme notre troisième hypothèse. Malgré un style d'attachement sécure, Samia a un coping inadapté. Nous l'expliquons par l'importance des bénéfices secondaires qui renforcent l'impuissance apprise et la faiblesse de l'auto-efficacité.

Samia se perçoit comme pas suffisamment capable, n'ayant pas les ressources et la capacité de faire face à la douleur.

Par la justesse de son interprétation et son empathie envers son enfant la mère doit comprendre et ressentir les émotions de son enfant pour pouvoir y répondre. Notre seconde hypothèse a été vérifiée quant aux trois cas recrutés de l'étude.

L'intérêt de la TCC dans les trois cas est la restructuration cognitive qui consiste à restructurer les pensées négatives et irréalistes qui alimentent la détresse psychique et la culpabilité. C'est ce qui fait un outil précieux pour gérer et réduire la douleur chronique. L'association avec des techniques de distraction visant un apprentissage de la focalisation attentionnelle volontaire permet d'inhiber le message douloureux.

Le réajustement du comportement maternel a en effet contribué dans l'adaptabilité du comportement douloureux.

L'application des thérapies comportementales par le conditionnement classique et opérant et des thérapies cognitives par la restructuration cognitive nous ont favorablement aidé à modifier les comportements douloureux aussi bien pour Amel, Samia et Radia que pour sa mère. Les signes pathologiques de dépression et d'anxiété ont nettement diminués dans le cas de Amel et Samia, ce qui a confirmé l'hypothèse N° 2 de l'étude.

Le phénomène de la distraction a effectivement agité sur l'intensité de la douleur qui a réduit dans les trois cas. L'apprentissage par décentration contribue à la gestion de la douleur.

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 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 (réussite scolaire) est atteint.

.

CONCLUSION GENERALE :

Notre prise en charge de la douleur n'avait pas pour objectif d'abolir la douleur, mais d'en détecter les mécanismes pour aider les patients à mieux la contrôler et d'en réduire l'intensité. Notre approche s'est basée sur la théorie de l'attachement, 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 événements négatifs. Ce postulat théorique commun est étayé par les postulats empiriques révélant des processus cognitifs erronés communs à l'anxiété et à la dépression.

Il ressort de notre travail que la dynamique des échanges interactifs dans la dyade mère/enfant dans le cadre de douleur chronique est déterminante. Le soutien émotionnel qui reflète le style d'attachement mère/enfant, joue un rôle important dans la perception de la douleur. Il permet de gérer et réduire le stress perçu et les états anxieux de l'enfant douloureux chronique. Il intervient dans l'évaluation secondaire en augmentant le contrôle perçu et facilitant la recherche de stratégies d'ajustement adaptées. Les trois cas que nous avons suivis dans ce travail ont bien répondu au programme thérapeutique que nous avons élaboré. Amel, Samia et Radia ont mis du sens à l'importance de leur implication qui doit être active dans le processus thérapeutique. L'adhésion des familles et en particulier des mamans a joué un rôle fondamental dans la réussite de ce travail.

Parallèlement aux interventions biomédicales, intervenir auprès de l'enfant douloureux chronique par des thérapeutiques psychologiques s'avère indispensable. Tout en tenant compte des facteurs biologiques, l'application des psychothérapies a pu modifier les facteurs de maintien dont le but final est de développer les possibilités d'autogestion de la douleur chronique.

BIBLIOGRAPHIE

- Beche-Richard, C., La psychologie cognitive, Presses Universitaires de France, Paris, 2000.
- 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, 1990.
- 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, 1984, 2^{ème} tirage 2006.
- Bruchon-Schwetzer, M., Introduction à la psychologie de la santé, in, Les stratégies de coping, Journées du labo Saint CRICQ, 1993.
- 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.
- Cottraux, J., Thérapie cognitive et émotions, Masson, Paris, 2007.
- Cottraux, J., Les thérapies comportementales et cognitives, Masson, Paris, 2004.
- Cottraux, J., Thérapies cognitives, Encycl Méd Chir (Editions scientifiques et médicales Elsevier), Paris, Psychiatrie. 37-820-A-50, 2000.
- Doutrelugne, Y., Thérapies brèves : principes et outils pratiques, Masson, Paris, 2008.

- Dumas, J. E., Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Editions De Boeck, Bruxelles, 2005.
- 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.
- Fisher, G., N., & Tarquino, C., Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé, Dunod, Paris, 2006.
- Fisher, G., N., Traité de psychologie de la santé, Dunod, Paris, 2002.
- 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, 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.
- Ladouceur, R., et al, Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale, Gaetan morin Editeur, Québec, 1999 .
- Mirabel-Sarron & Dunod, B. R., Précis de thérapie cognitive, Paris, 1993.
- Mirabel- Sarron, C et Vera, Les techniques de thérapies comportementales. Encicl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-820-A-45, 1997.
- Ogden, J., Psychologie de la santé, Editions de boeck, Bruxelles, 2008.
- Orbach, D., Delage, M., Saint-Olive, M., Ghachi, F., Séminaire de formation dans la prise en charge de l'enfant douloureux, Institut Curie, Paris Oran, Mai 2006.
- 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.
- 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, c., Psychologie et modèles cognitivo-comportementaux : les recherches récentes, Presses universitaires de Grenoble, 1996.
- Tarabulsy, 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, Donud, Paris, 2004.

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 :

* Col-Goetdgheluck, D et Conrath, P., Le psychologue et l'hôpital, Le journal des psychologues, N°252, Novembre 2007.

* Korff-Sausse, S. , Les processus psychologiques de la résilience, Pratiques psychologiques, Paris, 2002,1, 53-63.

* Paulhan, I., L'année psychologique, 1992, 92,545-557, Laboratoire de psychologie génétique et différentielle, Université de Bordeaux.

*Bruchon-Shwetter, M., Concepts, modèles et méthodes, Recherches en soins infirmiers, N° 67, décembre, 2001.

* Bruchon-Shwetter, M., La psychologie de la santé, N°260, septembre, 2008.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Lieu de résidence :

1/ Antécédents pathologiques :

Maladies durant la première et seconde enfance :

Hospitalisations : Oui Non

Nombre : Durée/s :

Garde malade : Mère Autre

2/ Notion de séparation :

➤ Séparations de la mère : Oui Non

Age : Circonstances : Durée :

➤ Substitut maternel : Oui Non

➤ Séparation du père :

Age : Circonstances : Durée :

➤ Mère a quitté son foyer suite à des conflits conjugaux :

Oui Non Durée

➤ Placement en crèche :

➤ Confié à une voisine :

➤ Confié à une nourrice :

Age :

Adaptation facile : Oui Non

Difficultés d'adaptation :

.....
Abandon : Oui Non

Motif/s :

.....
➤ Réactions à la 1ere année de scolarisation :

Adaptation facile : Oui Non

Genre de difficulté :

Relations avec les pairs :

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 :

Nombre de poussées arthritiques :

Garde malade lors des hospitalisations :

Mère Tante G/mère Autre

Age du Début de TRT :

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

Dyade N° :/

Nom de l'enfant :

Age : Date : N° de l'observation : Durée :

<h2>Annexe 2 : GRILLE D'OBSERVATION</h2> <h3>des interactions mère /enfant lors du moment douloureux</h3>

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
- animosité
- colère exprimée verbalement
- colère exprimée gestuellement
- crie
- insulte contre elle-même
- contre l'enfant
- 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
- parle aux autres enfants (copain de chambre)
- 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 3 : Pediatric Pain Coping Inventory – Francophone

Inventaire du Faire-Face en Douleur Pédiatrique

N° Questionnaire :

Date de naissance : / / / /	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>	
Diagnostic : <input style="width: 90%;" type="text"/>			
1 ^{ère} hospitalisation :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Maladie aigüe <input type="checkbox"/>	Maladie chronique <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	





















Ci-après, tu peux lire une liste de choses que les enfants font parfois quand ils ressentent de la douleur, quand ils ont mal.

Pour chacune de ces propositions, dans la colonne de droite, entoure d'un cercle la réponse qui correspond à ce que toi tu fais quand tu as mal.






Tu peux choisir entre "jamais", "parfois" ou "souvent".

S'il te plaît, fais attention à indiquer une seule réponse pour chacune des propositions de cette liste.

Quand j'ai mal ou que je sens la douleur :		Jamais '0'	Parfois '1'	Souvent '2'
1. Je vais au lit				
2. Je demande un médicament				
3. Je demande un câlin ou un baiser				
4. Je demande à quelqu'un de comprendre combien j'ai mal				
5. Je pleure ou je cris				
6. Je pense à partir en vacances ou en voyage				
7. Je joue avec mes amis				
8. Je regarde la télé				
9. Je joue à un jeu				
10. Je mange ou je bois quelque chose				
11. Je frotte l'endroit douloureux				
12. Je me dis d'être courageux (se)				
13. Je demande à ma mère, mon père ou un ami de s'asseoir près de moi				
14. J'essaie de ne pas penser à la douleur ou je l'ignore				
15. Je respire profondément				
16. Je pense à des choses gaies				
17. Je joue avec mon animal ou ma peluche				
18. Je lis un livre, je colorie dans un livre à dessin				
19. Je parle de ce que je fais durant la journée				
20. Je pense que ça ne peut qu'empirer				
21. J'espère que ça va s'en aller				

22.		J'imagine que je peux faire disparaître la douleur tout (e) seul (e)			
23.		Je fais comme si je n'avais pas mal			
24.		Je me dis que ça va aller			
25.		J'essaie d'être courageux (se) et de ne rien dire			
26.		Je reste assis (se) tranquillement			
27.		Je me couche			
28.		Je le dis à Papa ou à Maman			
29.		Je demande à rester tout (e) seul (e)			
30.		Je demande à voir le médecin			
31.		Je sais que je peux faire quelque chose pour que ça aille mieux			
32.		Je sais que je peux demander quelque chose qui fera diminuer la douleur			
33.		Je demande à quelqu'un de m'expliquer pourquoi cela fait mal			
34.		Je m'applique de la glace ou du chaud sur les endroits douloureux			
35.		Je vais dormir jusqu'à ce que cela aille mieux			
36.		Je me fâche ou je suis méchant (e) avec les autres			
37.		Je serre très fort la main de quelqu'un ou un objet			
38.		Je demande à quelqu'un de me dire que ma douleur va partir et que je vais me sentir mieux			
39.		Je prie, je médite ou je demande l'aide de Dieu			
40.		Je fais semblant que la douleur n'est pas aussi forte qu'elle est en réalité			
41.		Je pense que je ne peux rien faire pour arrêter ma douleur			

Légende :

-  Distraction
-  Auto instruction cognitive
-  Résolution de problème
-  Recherche d'un support social
-  Catastrophique

REMARQUES / COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 4 : FEUILLE D'ETALONNAGE

	F1	F2	F3	F4
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
NOTE TRANSFORMEE				

FEUILLE DE PROFIL PPCI

	F1	F2	F3	F4
+5				
+4,8				
+4,6				
+4,4				
+4,2				
+4				
+3,8				
+3,6				
+3,4				
+3,2				
+3				
+2,8				
+2,6				
+2,4				
+2,2				
+2				
+1,8				
+1,6				
+1,4				
+1,2				
+1				
+0,8				
+0,6				
+0,4				
+0,2				
0				
-0,2				
-0,4				
-0,6				
-0,8				
-1				
-1,2				
-1,4				
-1,6				
-1,8				
-2				
-2,2				
-2,4				
-2,6				
-2,8				
-3				
-3,2				
-3,4				
-3,6				
-3,8				
-4				
-4,2				
-4,4				
-4,6				
-4,8				
-5				

Légende :

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

Annexe 7 : INVENTAIRE DE L'ATTACHEMENT AUX PARENTS ET AUX PAIRS

Ce questionnaire concerne tes relations avec des personnes importantes dans ta vie : ta mère, ton père et tes amis proches. Lis les instructions de chaque partie avec attention s'il te plaît.

Partie 1 – La mère

Certains de ces propos concernent tes sentiments envers ta mère ou la personne qui joue le rôle de mère pour toi, réponds aux questions en gardant en tête celle qui t'a le plus marqué(e).

Lis chaque phrase et entoure un seul chiffre, celui qui décrit le degré avec lequel cette phrase est vraie pour toi actuellement.

- 1 Presque jamais ou jamais vrai
- 2 Pas très souvent vrai
- 3 Parfois vrai
- 4 Souvent vrai
- 5 Presque toujours ou toujours vrai

ITEMS	1	2	3	4	5
1. Ma mère respecte mes sentiments					
2. J'ai le sentiment que ma mère est une bonne mère					
3. J'aimerais avoir une mère différente de la mienne					
4. Ma mère m'accepte tel(le) que je suis					
5. J'aime avoir le point de vue de ma mère pour les choses qui me soucient					
6. J'ai le sentiment qui se n'est pas la peine de laisser paraître mes sentiments quand je suis avec ma mère					
7. Ma mère peut sentir quand je suis contrarié(e) par quelque chose					
8. Je parle de mes problèmes avec ma mère, je me sens honteux (se) ou idiot(e)					
9. Ma mère attend trop de moi					
10. Je suis facilement contrarié quand je suis avec ma mère					
11. Je suis contrarié(e) bien plus souvent que ma mère ne le sait					
12. Quand je discute, ma mère se soucie de mon point de vue					
13. Ma mère a confiance en mon jugement					
14. Ma mère a ses propres problèmes, alors je ne l'embête pas avec les miens					
15. Ma mère m'aide à mieux me comprendre					
16. Je peux raconter mes problèmes et mes tracas à ma mère					
17. Je me sens en colère contre ma mère					
18. Ma mère ne fait pas beaucoup attention à moi					
19. Ma mère m'encourage à parler de mes difficultés					
20. Ma mère me comprend					
21. Quand je suis en colère contre quelque chose, ma mère essaie d'être Compréhensive					
22. Je fais confiance à ma mère					
23. Ma mère ne comprend pas ce que je vis ces jours-ci					
24. Je peux compter sur ma mère quand j'ai besoin de déballer ce que j'ai sur le cœur					
25. Si ma mère sait que quelque chose m'embête, elle me demande ce qu'il y a					

Domaines d'application :

L'IPPA permet d'évaluer la perception de la qualité d'attachement des sujets par rapport à leurs parents et leurs pairs. Il s'adresse aux ados. Des études ont montré que certains ados ayant un niveau élevé d'attachement positif aux parents et aux pairs ont une meilleure estime d'eux-mêmes, vont rechercher plus de soutien chez les autres et sont moins susceptibles de réagir négativement au stress de la vie courante.

Trois dimensions sont calculées pour chaque questionnaire (mère, père et pairs), à savoir :

- le degré de confiance mutuelle et respect de l'autre (confiance)
- la qualité de la communication (communication)
- le sentiment de colère et d'abandon (abandon)

Cotation :

*Confiance : items 1, 2, 3, 4, 9, 12, 13, 20, 21, 22

*Communication : items 5, 6, 7, 14, 15, 16, 19, 24, 25

*Sentiment d'abandon : items 8, 10, 11, 17, 18, 23

Les MEMES items et MEME cotation pour le questionnaire du père. Les questions sont formulées de la même façon sauf adressées au père. En ce qui concerne les pairs, existent des petites modifications.

Dans le questionnaire parents, la dimension confiance différencie les ados « sécures » et « évitants » des ados « ambivalents ». La dimension sentiment d'abandon différencie les ados « sécures » des ados « ambivalents ».

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : M F

Date de l'examen : _____

Date de naissance : _____

Age : _____

Classe : _____

Consignes

Voici des phrases sur des choses que l'on pense ou ressent. Lis chacune de ces phrases et décide si, habituellement, tu éprouves la même chose.

Si c'est vrai, entoure la lettre V (vrai) qui se trouve à côté de la phrase. Si habituellement tu n'éprouves pas la même chose, entoure la lettre F (faux) qui se trouve à côté de la phrase.

Tu peux entourer soit le V soit le F, mais tu ne peux pas entourer à la fois le V et le F.

Ne saute aucune phrase s'il te plaît.

Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

Lis attentivement chaque phrase, puis entoure la lettre V ou F.

- V F 1. Dans la journée, je rêve beaucoup.
 V F 2. Les autres enfants m'aiment bien.
 V F 3. Je suis tendu à l'école.
 V F 4. Je m'attire des ennuis à l'école.
 V F 5. Je pense beaucoup à la mort.
 V F 6. J'aime être avec des gens.
 V F 7. Je me fais punir sans raison.
 V F 8. Je suis malheureux.
 V F 9. Quand je suis en colère, je deviens méchant.
 V F 10. La chance est contre moi.
 V F 11. Je me déteste.
 V F 12. Je suis en pleine forme.
 V F 13. Je ne peux pas rester en place.
 V F 14. J'ai mal au ventre.
 V F 15. Je prends des choses sans demander avant.
 V F 16. Je n'ai pas d'amis.
 V F 17. Ma famille m'écoute.
 V F 18. Je vais avoir un bel avenir.
 V F 19. Je ne m'amuse pas beaucoup.
 V F 20. Je me sens très fatigué.
 V F 21. Les enfants m'embêtent.
 V F 22. J'oublie beaucoup de choses.
 V F 23. Je suis très inquiet.
 V F 24. En classe, je n'ose pas demander pour aller aux toilettes.
 V F 25. Je me tiens bien.
 V F 26. Je ne veux pas vivre.
 V F 27. Les enfants ne veulent pas jouer avec moi.
 V F 28. On ne fait pas beaucoup attention à moi.
 V F 29. Je suis un enfant heureux.
 V F 30. Je me dispute avec mes professeurs.
 V F 31. J'ai de la chance.
 V F 32. J'abandonne facilement.
 V F 33. J'ai envie de dormir.
 V F 34. Mes amis me fatiguent beaucoup.
 V F 35. Je suis attentif.
 V F 36. Je me fais du souci au sujet de la mort.
 V F 37. J'ai des maux de tête qui font très mal.
 V F 38. J'adore jouer avec des amis.
 V F 39. Les gens ne sont pas justes avec moi.

Tourne la page, s'il te plaît, et complète le reste des questions.

- V F 40. Je me sens triste.
- V F 41. J'ai le cafard.
- V F 42. J'ai mauvais caractère.
- V F 43. De mauvaises choses vont m'arriver.
- V F 44. Ma famille s'intéresse à moi.
- V F 45. J'ai un plan pour me suicider.
- V F 46. Je me sens très malade.
- V F 47. Je fais des rêves qui me font très peur.
- V F 48. Mon esprit s'embrouille.
- V F 49. Je m'aime bien.
- V F 50. Je me sens moche.
- V F 51. Je m'amuse.
- V F 52. J'aime jouer.
- V F 53. Je me fatigue trop facilement.
- V F 54. Je suis calme.
- V F 55. Il m'arrive de m'enfuir de la maison.
- V F 56. Personne ne s'inquiéterait si je mourais.
- V F 57. Je n'aime pas parler.
- V F 58. Mes amis écoutent mes problèmes.
- V F 59. Mes professeurs sont justes avec moi.
- V F 60. C'est difficile de se sentir heureux.
- V F 61. Je suis furieux contre ma famille.
- V F 62. Les choses vont mieux pour moi.
- V F 63. Mon avenir sera bien.
- V F 64. A l'école, je reste tout seul.
- V F 65. Je fais des sottises.
- V F 66. Je suis vraiment maladroit.
- V F 67. J'écoute bien.
- V F 68. Je n'ai jamais assez dormi.
- V F 69. J'aime bien la tête que j'ai.
- V F 70. Je ne me sens pas du tout en danger.
- V F 71. Je me trouve très bien.
- V F 72. J'aime détruire les choses.
- V F 73. J'évite les ennuis.
- V F 74. J'aime sortir avec des amis.
- V F 75. Personne n'écoute quand je me plains.
- V F 76. Mes amis ne sont jamais là quand j'ai besoin d'eux.
- V F 77. Je m'ennuie.
- V F 78. J'ai une vie heureuse.
- V F 79. Je m'attends à avoir plus de problèmes.

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
Introversi3n 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

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

Age : 14-17 ans

Echelle	Garçons			Filles		
	Note brute	Percentile	Note T	Note brute	Percentile	Note T
Anxiété	11	—	—	11	—	—
	10	99	76	10	99	76
	9	98	71	9	98	71
	8	97	68	8	97	68
	7	93	65	7	93	65
	6	85	60	6	85	60
	5	73	56	5	73	56
	4	59	52	4	59	52
	3	42	48	3	42	48
	2	24	43	2	24	43
	1	12	38	1	12	38
0	4	33	0	4	33	
Estime de Soi	8	—	—	8	—	—
	7	99	77	7	99	76
	6	99	72	6	98	71
	5	96	68	5	93	65
	4	90	63	4	86	61
	3	84	60	3	74	57
	2	77	57	2	60	52
	1	62	53	1	39	47
	0	26	43	0	13	39
Humeur Triste	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	92	64	4	92	64
	3	88	62	3	88	62
	2	80	58	2	80	58
	1	64	54	1	64	54
	0	27	44	0	27	44
Sentiment d'Impuissance	11	99	77	11	—	—
	10	99	73	10	—	—
	9	98	71	9	99	76
	8	97	70	8	99	74
	7	95	67	7	99	74
	6	93	65	6	99	74
	5	91	64	5	98	71
	4	88	62	4	95	67
	3	79	58	3	88	62
	2	63	53	2	78	58
	1	42	48	1	64	54
0	14	39	0	27	44	
Introversion Sociale	10	—	—	10	—	—
	9	—	—	9	—	—
	8	99	79	8	99	79
	7	99	75	7	99	75
	6	99	74	6	99	74
	5	99	73	5	99	73
	4	98	70	4	98	70

Age : 14-17 ans

Echelle	Garçons			Filles		
	Note brute	Percentile	Note T	Note brute	Percentile	Note T
	3	95	67	3	95	67
	2	87	61	2	87	61
	1	69	55	1	69	55
	0	29	44	0	29	44
Faible Energie	8	—	—	8	—	—
	7	99	76	7	99	76
	6	98	70	6	98	70
	5	91	63	5	91	63
	4	80	58	4	80	58
	3	68	55	3	68	55
	2	53	51	2	53	51
	1	35	46	1	35	46
	0	13	39	0	13	39
Pessimisme	9	—	—	9	—	—
	8	99	74	8	99	74
	7	98	70	7	98	70
	6	95	67	6	95	67
	5	90	63	5	90	63
	4	83	59	4	83	59
	3	74	57	3	74	57
	2	64	54	2	64	54
	1	46	49	1	46	49
	0	17	40	0	17	40
Provocation	13	—	—	13	—	—
	12	99	77	12	—	—
	11	98	71	11	—	—
	10	97	68	10	—	—
	9	94	65	9	—	—
	8	89	63	8	99	76
	7	86	61	7	98	70
	6	80	58	6	94	66
	5	71	56	5	88	62
	4	60	52	4	79	58
	3	46	49	3	65	54
	2	31	45	2	45	49
	1	16	40	1	24	43
	0	4	32	0	7	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	75	52	99	75

Age : 14-17 ans

Echelle	Garçons			Filles		
	Note brute	Percentile	Note T	Note brute	Percentile	Note T
Note Totale (suite)	51	99	74	51	99	74
	50	99	74	50	99	74
	49	99	74	49	99	74
	48	99	73	48	99	73
	47	99	72	47	99	72
	46	98	71	46	98	71
	45	98	70	45	98	70
	44	98	70	44	98	70
	43	97	69	43	97	69
	42	97	69	42	97	69
	41	97	69	41	97	69
	40	97	69	40	97	69
	39	97	68	39	97	68
	38	96	68	38	96	68
	37	96	67	37	96	67
	36	95	66	36	95	66
	35	94	66	35	94	66
	34	93	65	34	93	65
	33	92	64	33	92	64
	32	91	63	32	91	63
	31	90	63	31	90	63
	30	89	62	30	89	62
	29	88	62	29	88	62
	28	87	61	28	87	61
	27	85	60	27	85	60
	26	85	60	26	85	60
	25	83	60	25	83	60
	24	81	59	24	81	59
	23	79	58	23	79	58
	22	77	57	22	77	57
	21	74	57	21	74	57
	20	72	56	20	72	56
	19	70	55	19	70	55
	18	68	55	18	68	55
	17	65	54	17	65	54
	16	60	52	16	60	52
	15	54	51	15	54	51
	14	51	50	14	51	50
	13	48	49	13	48	49
	12	44	49	12	44	49
	11	40	47	11	40	47
	10	34	46	10	34	46
	9	30	45	9	30	45
	8	25	43	8	25	43
	7	21	42	7	21	42
	6	16	40	6	16	40
	5	11	38	5	11	38
	4	8	36	4	8	36
	3	6	35	3	6	35
	2	4	33	2	4	33
	1	3	31	1	3	31
	0	1	27	0	1	27

