

16^e journées

« La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? »

mercredi 2 : ateliers de formation – hôpital Trousseau
et jeudi 3 décembre 2009 : séance plénière – Unesco

Programme, modalités et inscriptions sur www.pediadol.org

Concours d'affiches Pédiadol

Deux catégories cette année :

- « Communication avec les familles »
- « Peut mieux faire »

Remise des prix le 3 décembre 2009 à l'Unesco

Soumettez vos projets avant le 16 octobre 2009

Affiches lauréates des années précédentes : que sont-elles devenues ?

Répondez à notre questionnaire en ligne

4^e Journée du CNRD

16 octobre 2009 – Issy-Les-Moulineaux

Congrès annuel de la SFETD

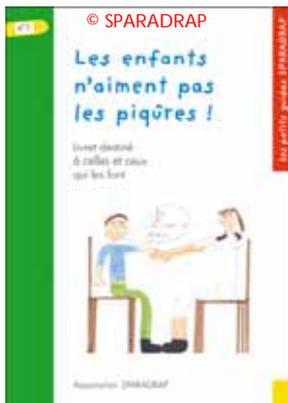
18-21 novembre 2009 – Paris

Cette lettre d'information est désormais routée exclusivement par voie électronique.

Si une personne de votre connaissance souhaite la recevoir, merci de nous indiquer son e-mail à pediadol@yahoo.fr

La phobie du soin chez l'enfant

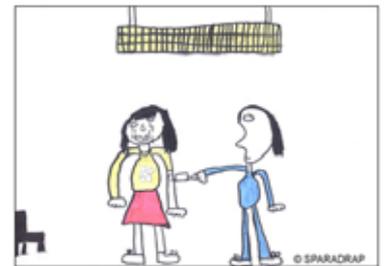
La « phobie du soin » est un terme répandu dans le milieu médical mais souvent utilisé à mauvais escient et qui peut prêter à confusion. Qu'est-ce que la phobie du soin chez l'enfant ? Quelle différence avec la peur ?



Chez l'enfant certaines phobies sont banales, transitoires, et font partie de son développement (phobie du noir). Cependant, d'autres phobies plus spécifiques, comme la phobie du soin, peuvent apparaître et avoir des répercussions sur sa vie (cauchemars).

Selon les classifications psychiatriques (DSM-IV, ICD-10), la phobie, plus qu'une simple peur va être une peur panique, persistante, excessive, déclenchée par un objet ou une situation qualifiée alors de « phobogène », spécifique à chaque enfant et pour laquelle il sera difficile voire impossible de le raisonner et de le calmer. Cette angoisse intense disparaît en l'absence de l'objet de la peur. Chez l'enfant, elle est souvent masquée au départ par une hyperactivité et/ou des troubles du comportement. La phobie va entraîner des conduites d'évitement ou une anticipation anxieuse de la situation phobogène dépassant le contrôle volontaire du sujet. Si l'enfant doit malgré tout endurer la situation (ponction lombaire...), ce sera au prix d'une grande souffrance psychique.

D'autres éléments sont à prendre en compte. D'une part, l'environnement médical associé au soin va souvent, par conditionnement, générer ou intensifier l'anxiété de l'enfant. La blouse blanche, le stéthoscope... jusqu'alors objets inoffensifs, vont être, dans le souvenir de l'enfant, associés à ce geste particulièrement douloureux qui a fait intrusion dans son corps mais aussi dans son psychisme. La simple vue de ces objets suffira à générer de l'anxiété. D'autre part, la douleur provoquée est une des causes principales du renforcement de la phobie dans les situations de soin.



Audrey



Nous pouvons parfois aider l'enfant à affronter ces situations en lui permettant d'être accompagné d'un « objet » dit « contra-phobique » (doudou, parents...) qui va venir juguler une partie ou la totalité de l'angoisse.

Nous ne pouvons pas parler de phobie si la peur, même très importante, est adaptée. C'est-à-dire si elle est à l'image de la douleur que l'enfant a réellement ressentie dans une situation

de soin analogue à celle dans laquelle il est aujourd'hui. De plus, le terme « phobie » ne doit pas nous permettre, à nous soignants, de nous dire qu'il est normal que le soin se passe mal puisque l'enfant est phobique. N'oublions pas que la phobie se développe souvent après un soin qui a engendré de la souffrance, voire de la détresse chez l'enfant et qui est venu faire effraction dans son psychisme en développement. C'est pourquoi, si les propos rassurants et l'attitude empathique des soignants ne suffisent pas à calmer l'enfant, il faut alors penser à une « vraie phobie du soin » au sens psychiatrique du terme et l'adresser au psychologue ou au psychiatre du service qui travaillera en étroite collaboration avec l'équipe soignante (médecins, infirmières...).



© SPARADRAP

● INTÉRÊT DES THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES DANS LA DOULEUR CHRONIQUE

Chez l'enfant présentant des douleurs chroniques, en particulier des céphalées, l'efficacité des thérapies comportementale et cognitive (TCC) a été solidement démontrée¹. Elles permettent une réduction significative et pérenne de la sévérité et de la fréquence des douleurs ou des céphalées, une amélioration de l'anxiété et de la qualité de vie de l'enfant².

Les enfants confrontés de façon régulière à la douleur vont se décourager, voire déprimer, lorsqu'ils ne disposent pas de moyens pour y faire face. Ce sentiment d'impuissance sera renforcé si le traitement médicamenteux s'avère peu ou pas efficace. De plus, la répétition de ces accès douloureux peut amener l'enfant à développer des pensées catastrophistes qui risquent d'avoir un impact délétère à long terme.

● OBJECTIFS

Un des objectifs des TCC est d'amener l'enfant à développer de nouvelles stratégies adaptées pour faire face à l'événement douloureux. Un second objectif est de lui donner la possibilité de faire des liens entre des situations spécifiques à l'origine d'émotions qui elles-mêmes peuvent déclencher une céphalée. Il s'agira aussi de repérer les pensées qui influencent sa perception de la douleur.

● L'EXPÉRIENCE DU CENTRE DE LA DOULEUR À PARIS (HÔPITAL TROUSSEAU) : UN EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE

L'enfant, suite à la consultation médicale, rencontre un psychologue qui lui proposera une prise en charge individuelle ou en groupe.

Une thérapie cognitivo-comportementale de groupe est proposée depuis 2006. Elle se déroule sur 10 séances d'une heure regroupant 6 à 8 enfants de même âge (entre 5 et 18 ans) qui présentent des céphalées ou autres douleurs chroniques (algodystrophie, drépanocytose...). Elle s'inscrit dans le cadre théorique de l'apprentissage social. Elle permet à l'enfant ou à l'adolescent de prendre conscience que d'autres ont à gérer les mêmes difficultés que lui, d'en parler, d'être entendu à propos des répercussions des crises sur son quotidien, et d'être reconnu comme un migraineux ou douloureux et non comme un simulateur ou un capricieux.

L'intervention thérapeutique consiste en l'association des versants comportemental, cognitif et émotionnel. Différents outils sont utilisés tels que l'apprentissage de la relaxation, de l'hypnose, le biofeedback, la psychoéducation, les jeux de rôle sur les émotions, la restructuration cognitive et la résolution de problèmes. Ainsi, dans un projet thérapeutique de groupe, l'imagination, le discours intérieur et le comportement de l'enfant sont sollicités activement par les thérapeutes et par ses pairs.

¹ Eccleston C et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 - ² Powers SW et al. *Pediatr Ann* 2005

Comment reconnaître...

... les différents « psys »

(Pédo)psychiatre: Médecin spécialisé en pathologie mentale. Il est prescripteur, pas forcément psychothérapeute. Ses compétences sont d'ordre médical. Diplôme (d'État): doctorat en médecine et de spécialiste en psychiatrie.

Psychologue et Docteur en psychologie: Hors champ médical et paramédical, ils travaillent en autonomie dans leur exercice et leurs choix thérapeutiques. Leurs compétences sont l'étude de la personnalité et du fonctionnement psychique chez le sujet ayant des troubles psychiques et chez la personne dite « normale ». Ils n'ont pas de compétence médicale. Diplôme (d'État): master 2 en psychologie et pour certains doctorat en psychologie.

Psychothérapeute: Actuellement il existe un flou sur le plan juridique en France. Des textes de loi sont en cours d'élaboration. « Est psychothérapeute celui qui exerce la psychothérapie ». N'importe quelle technique peut être qualifiée de psychothérapeutique. Ce titre ne préjuge pas d'un métier préalable et ne relève pas d'un diplôme d'État.

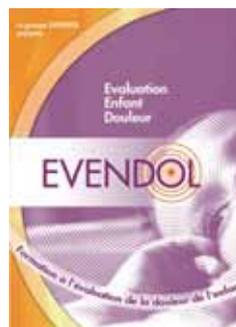
Psychanalyste: Souvent formé à la psychologie et/ou à la psychiatrie. Cependant ce titre ne préjuge pas d'un métier préalable mais du fait d'avoir pratiqué une analyse didactique personnelle, d'avoir été supervisé et d'être reconnu par une institution ou par ses pairs. Ce titre n'est pas protégé par un diplôme.

Actuellement il existe un flou sur le plan juridique en France. Des textes de lois ont été rédigés et publiés. Cependant, aucun décret d'application n'est passé à ce jour.



Recommandations de bonne pratique Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant

Dans le cadre du 3^e plan national de lutte contre la douleur, l'Afssaps a réuni des experts de compétence (pédiatres, anesthésistes réanimateurs, médecins généralistes...), de mode d'exercice (hospitalier, libéral) divers pour analyser la littérature (plus de 700 références) et rédiger le document de synthèse, accessible sur www.pediadol.org et www.afssaps.fr.



DVD-Rom EVENDOL

Quelques offres gratuites encore disponibles auprès de la Fondation CNP, ensuite vente par l'Association Sparadrapp et à tarif réduit le 3 décembre à l'Unesco.

*Mention spéciale du jury
au festival des médias
des Entretiens de Bichat 2009*

Encore bien d'autres informations sur www.pediadol.org