



HAL
open science

Stratégies de faire face à la douleur chez des adolescents atteints de déficience intellectuelle

Marc Zabalia, Lynn-M. Breau, Chantel-C. Burkitt, Elsa Boinet, Caroline Gauché

► To cite this version:

Marc Zabalia, Lynn-M. Breau, Chantel-C. Burkitt, Elsa Boinet, Caroline Gauché. Stratégies de faire face à la douleur chez des adolescents atteints de déficience intellectuelle. *Douleurs: Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 2010, 11 (4), pp.165-170. 10.1016/j.douler.2010.04.003 . hal-03272201

HAL Id: hal-03272201

<https://hal.science/hal-03272201>

Submitted on 28 Sep 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Stratégies de faire face à la douleur chez des adolescents atteints de déficience intellectuelle.

Zabalia M.*, Breau L.M.***, Burkitt C.C.***, Boinet E.* Et Gauché C.*

*Psychologie des Actions Langagières et Motrices (PALM JE 2528), Université de Caen Basse-Normandie, MRSH, Esplanade de la Paix, 14032 Caen cedex 5, France

**School of Nursing and Departments of Pediatrics and Psychology, Dalhousie University and Centre for Pediatric Pain Research, IWK Health Centre Halifax, 5850 University Avenue PO Box 9700, Halifax, Nova Scotia, B3K 6R8, Canada

*** Educational Psychology, University of Minnesota, 250 Education Sciences Building, 56 East River Road, Minneapolis, Minnesota 55414, United States of America

Correspondance: marc.zabalia@unicaen.fr

Résumé

L'objectif de cette étude est de comprendre les mécanismes utilisés par les adolescents atteints intellectuellement lorsqu'ils font face à une douleur et en particulier s'ils changent de stratégies aux alentours de la quinzième année comme le font les adolescents typiques.

La population est constituée de 56 adolescents de 13 à 17 ans ($m= 15.3$), 28 adolescents atteints de déficience intellectuelle légère à moyenne, 28 adolescents typiques appariés en genre et âge chronologique. Cette étude est qualitative et utilise l'entretien semi-directif afin de saisir l'expérience de la personne en se centrant sur les éléments subjectifs.

La répartition des stratégies évoquées est significativement différente dans les deux populations. Les adolescents typiques passent de stratégies centrées sur l'émotion à des stratégies centrées sur le problème aux alentours de 15 ans. Cette modification de la répartition des stratégies en fonction de l'âge n'apparaît pas de façon significative chez les adolescents atteints de déficience intellectuelle.

Les adolescents atteints de déficience intellectuelle disposent donc d'un potentiel qui semble avoir été sous-estimé jusqu'alors. Néanmoins, la présence d'un proche semble nécessaire pour les accompagner dans le choix et la mobilisation d'une stratégie adaptée notamment lorsque la douleur est incontrôlable par le sujet lui-même.

Mots clés : Stratégies de faire face, douleur, adolescent, déficience intellectuelle.

Abstract : Pain coping strategies and cognitive impairment in adolescents: A qualitative study with semi-structured interviews

Our purpose is to better understand what strategies intellectually disabled adolescents use when coping with pain in particular if they change their coping skills in the fifteenth year as do typical adolescents.

The research participants are 56 adolescents aged from 13 to 17 years old ($m=15.3$), 28 adolescents with mild to moderate cognitive impairment and 28 typical adolescents matched in gender and chronological age. This study is qualitative and semi-structured interviews were used to focus on the subjective traits of the individual's experience.

The distribution of the strategies given in interviews is significantly different in the two populations. The typical adolescents shift from strategies focused on emotion to strategies focused on the problem around 15 years. This change in the distribution of the strategies based on age is not significant in adolescents with cognitive impairment.

Thus, adolescents with intellectual disabilities have potential that seems to have been underestimated before but do not progress to more cognitively demanding pain coping strategies. In conclusion, the presence of a familiar person seems necessary to assist them in selecting and mobilizing an appropriate strategy particularly when the pain is uncontrollable by the adolescent himself.

Key words : Coping Strategies, Pain, Adolescent, Cognitive impairment

Introduction

Les études portant sur l'évaluation de la douleur des personnes atteintes de déficience intellectuelle ont surtout pris en compte la déficience profonde ou sévère [1]. Dans le milieu des années 90, un programme de recherche a permis la création d'un outil d'observation de la douleur spécifique pour les enfants atteints de déficience intellectuelle sévère [2]. La *Non-Communicating Children Pain Checklist-Revised* a été spécialement conçue pour les enfants qui ont des capacités verbales très limitées du fait de leur déficience intellectuelle. Elle est aujourd'hui disponible dans de nombreuses langues dont le français [3]. Finalement, de très rares travaux ont cherché à estimer les capacités d'évaluation de la douleur chez les personnes atteintes de déficience légère et moyenne [4]. Pourtant, indépendamment du niveau verbal, des enfants et adolescents atteints de déficience intellectuels légère ou moyenne (QI compris entre 45 et 52) manifestent des capacités d'expression et d'évaluation de la douleur comparables à celles d'enfants de même niveau de développement [5]. Ils utilisent l'Echelle des Visages (*Faces Pain Scale – Revised* [6]) de façon adaptée pour estimer la douleur d'un personnage représenté sur une image ou bien pour évaluer une douleur « rapportée » [7].

Les stratégies de faire face correspondent aux procédés d'ajustement, d'adaptation, d'affrontement du stress ou de la douleur. Au cours des recherches sur les stratégies de faire face chez l'enfant, des styles spécifiques ont été mis en évidence. Les études portant sur les enfants typiques ont suggéré qu'il existe des styles passifs et actifs de faire face à la douleur et que ces derniers aident les personnes de façon plus efficace pour gérer la douleur. Les stratégies actives telles que la recherche de distraction sont considérées comme optimales et les plus efficaces pour diminuer la sensation douloureuse. Les stratégies passives telles que l'évitement, le catastrophisme ou la recherche d'un soutien social sont considérées comme moins pertinentes car elles concernent moins directement le phénomène douloureux [8, 9, 10]. Une étude a porté sur les stratégies de faire face chez des enfants et adolescents atteints de déficience intellectuelle. A l'aide de la version française du *Pediatric Pain and Coping Inventory* (PPCI) développé par Varni et al. [11] et adapté par Spicher [12], Zabalia et Duchaux [13] ont mis en évidence que les enfants atteints de déficience intellectuelle utilisent plus fréquemment la recherche d'un soutien social comme moyen de faire face à la douleur. Si cette stratégie n'est pas considérée comme optimale dans des conditions typiques, dans un contexte de déficience intellectuelle, elle constitue probablement le mécanisme le plus efficace car ces enfants ne disposent pas de capacités de réponse autonomes. Cependant, l'utilisation de cette stratégie peut poser problème car elle peut être comprise comme une faible réactivité à la douleur [14] plutôt que comme une stratégie adaptée.

Des études ont évalué l'impact de l'âge sur les stratégies de faire face [15, 16]. En grandissant, les enfants font moins appel à un soutien social et utilisent plutôt l'auto-instruction cognitive [17]. Lorsqu'ils font face à un événement stressant, les enfants typiques utilisent progressivement plus de stratégies cognitives centrées sur le problème et moins de stratégies centrées sur l'émotion [18, 19, 20, 21], la quinzième année semble être la période charnière de cette transition [22, 23].

Les stratégies de faire face à la douleur ne sont pas des réponses innées. Elles sont déterminées par des facteurs individuels et environnementaux. Par exemple, il existe des relations entre les influences parentales et le style de faire face de l'enfant [24]. Les comportements d'un enfant malade peuvent être affectés par l'éducation parentale [25], les interactions parents-enfant influencent l'adaptation des enfants à la douleur au cours d'un exercice expérimental [26] et la présence d'un parent peut entraver la capacité de l'enfant à faire face au cours d'une procédure médicale [27]. Les réponses de faire face peuvent varier en fonction des expériences douloureuses de l'enfant. Des douleurs répétées peuvent engendrer une sensibilisation à la douleur, mais il existe également des influences de l'environnement sur le choix des stratégies de faire face ; des expériences de douleurs répétées peuvent alors fournir des occasions pour apprendre à élaborer ou développer diverses stratégies. Nous ne savons pas si cela est le cas pour les enfants atteints de déficience intellectuelle, car leur situation particulière peut avoir un impact important sur la manière dont ils traitent la situation, et sur ce qu'ils peuvent apprendre à partir des expériences de douleurs répétées. Il est aussi envisageable que les réactions de l'entourage soient différentes de celles adressées aux enfants typiques. Les enfants atteints de déficience intellectuelle peuvent alors apprendre d'autres choses à partir des mêmes expériences (par exemple des réponses de faire face peuvent être ignorées, découragées ou encore non identifiées faute d'être verbalisées et donc non soutenues par l'entourage).

Notre objectif est de mieux comprendre les mécanismes utilisés par les adolescents atteints intellectuellement lorsqu'ils font face à une douleur et en particulier, la question se pose de savoir s'ils changent de stratégie aux alentours de la quinzième année comme cela est rapporté dans la littérature concernant les adolescents typiques. Ces connaissances devraient permettre aux professionnels de la santé et aux familles d'être mieux préparés à répondre ou à les accompagner.

Méthode

Population : Un entretien semi-directif a été proposé à 56 adolescents de 13 à 17 ans (m=15,3) 16 filles et 12 garçons, 28 adolescents atteints de déficience intellectuelle légère à moyenne (Quotient Intellectuel compris entre 45 et 70, âge mental compris entre 4 et 12 ans), 28 adolescents typiques appariés en genre et âge chronologique. Chaque groupe est subdivisé en deux sous-groupes appariés en genre et âge chronologique ; 15 enfants âgés de 13 à 15 ans (m= 14 ans) et 13 enfants âgés de 16 à 17 ans (m=16,6 ans).

Procédure : La douleur est une expérience subjective et individuelle. De fait, la méthode la plus précise permettant d'avoir des informations sur les stratégies de faire face est de faire appel à la personne qui éprouve la douleur. Bien qu'il y ait toujours une part d'impondérable dans la conduite d'entretien avec des personnes atteintes de déficience intellectuelle, cela ne diffère pas substantiellement des entretiens que l'on conduit avec des enfants au développement typique. Dans cette étude, les enfants ont au moins un âge de développement de 6 ans, alors que la limite inférieure recommandée pour les entretiens « douleur » est de 4 ans [28]. Il ne s'agit pas d'une recherche de fiabilité concernant les informations données par l'enfant. Lorsque l'on conduit des entretiens de recherche auprès d'enfants, il est important que le protocole de l'étude corresponde à leurs besoins de manière à ce qu'ils comprennent et soient en mesure de participer de façon significative [28]. Pour répondre à cette exigence, les questions posées sont adaptées aux capacités mentales et linguistiques de chaque enfant.

Inviter l'enfant à faire des rappels libres d'évènements et ensuite poser des questions à propos de leur évocation produit les meilleurs résultats [29]. L'entretien débute donc par des questions ouvertes suivies de questions d'approfondissement si nécessaire. Des « boucles de correction » (paraphrases, reprises) permettent d'estimer la précision des réponses de l'enfant [30]. Avant que l'entretien ne commence, la personne qui conduit l'entretien s'assure que l'enfant a bien compris le but de la recherche, que les questions sont claires et que l'enfant sait comment répondre avec les éléments pertinents. De façon à éviter les confusions, il faut découvrir le vocabulaire que l'enfant utilise spontanément pour évoquer la douleur et utiliser ces mots au cours de l'entretien. Les enfants sont plus sereins, et répondent plus précisément lorsqu'ils sont assurés qu'il n'y a ni bonne ou mauvaise réponse et qu'il n'y a parfois pas de réponse du tout [28]. Tout cela est évoqué avec l'enfant avant l'entretien.

Cette étude est qualitative et utilise l'entretien semi-directif afin de saisir l'expérience de la personne en se centrant sur les éléments subjectifs plutôt que sur une interprétation objective [31]. Le but est d'obtenir des éléments détaillés sur les perceptions et la

compréhension du phénomène douloureux. Par cette méthode, les adolescents atteints de déficience intellectuelle s'expriment sur la manière dont ils éprouvent la douleur et ce qu'ils font pour y faire face. Cet entretien peut durer une heure tout au plus. Les questions sont ouvertes et l'enfant est encouragé à partager tout ce qu'il juge important lorsqu'il lutte contre une douleur. Après accord de la direction, des parents et de l'enfant, les entretiens se sont déroulés au sein de l'institution d'accueil de ces derniers. Les participants ont été informés que ce qu'ils diront et diront les autres enfants nous aidera à comprendre ce que les enfants font quand ils ont mal, que nous leur poserons des questions sur la douleur, qu'ils peuvent répondre à toutes les questions qu'ils veulent et que s'il ne le veulent pas ce n'est pas grave. Il a été enfin précisé qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à ces questions et qu'il peut n'y avoir aucune réponse.

Résultats

Les stratégies ont été identifiées par trois codeurs ($r = .86$) à l'aide de la classification du *Pediatric Pain and Coping Inventory* [17], dont le tableau I donne quelques exemples. En premier lieu, les résultats indiquent que les adolescents typiques évoquent plus de stratégies ($m = 6.32$; $\sigma = 2.31$) de faire face à la douleur (+32%) que les adolescents atteints de déficience intellectuelle ($m = 4.23$; $\sigma = 2.5$; $t[30] = 3.95$ $p < .0002$).

Tableau I

Par ailleurs, la répartition des stratégies évoquées est significativement différente ($\chi^2[4] = 13.72$, $p < .05$, figure 1). Bien qu'ils évoquent préférentiellement des stratégies centrées sur le problème (recherche d'efficacité et de support social), les adolescents typiques évoquent aussi des stratégies centrées sur l'émotion (auto-instruction cognitive, catastrophisme, distraction) qui sont très marginalement rapportées par les adolescents atteints de déficience intellectuelle.

Figure 1

Lorsque l'on compare la répartition des stratégies en fonction de l'âge des adolescents, on note que les deux groupes se différencient de façon significative ($\chi^2[1] = 21.14$, $p < .001$, figure 2). En effet, les adolescents typiques passent de stratégies centrées sur l'émotion à des stratégies centrées sur le problème aux alentours de 15 ans. Ce changement est dû à la recherche d'efficacité (prendre un médicament, nettoyer et panser une plaie par exemple) qui

témoigne à la fois d'une compréhension du phénomène douloureux et d'un relatif gain d'autonomie dans la gestion de la situation. Cette modification de la répartition des stratégies en fonction de l'âge n'apparaît pas de façon significative chez les adolescents atteints de déficience intellectuelle. Ils évoquent massivement les stratégies centrées sur le problème, ce qui témoigne du fait qu'ils comprennent le phénomène de la douleur et, à défaut de réponse autonome, qu'ils pensent devoir faire appel à un tiers pour les accompagner dans la gestion de la situation.

Figure 2

Discussion

Les résultats de ce travail indiquent tout d'abord que les adolescents atteints de déficience intellectuelle de notre étude sont en mesure d'évoquer la douleur et de rapporter des stratégies de faire face dans le cadre d'un entretien semi-directif adapté. Ils disposent donc d'un potentiel qui semble avoir été sous-estimé jusqu'alors. Comparés à des adolescents du même âge chronologique, on remarque que la déficience intellectuelle pèse sur la diversité des stratégies mentionnées spontanément. Les stratégies majoritairement présentées par les adolescents atteints de déficience intellectuelles sont centrées sur le problème. La recherche d'efficacité semble être un bon indicateur d'une compréhension du phénomène douloureux et de l'effet antalgique de médicaments ou de certains comportements (frottement de la zone douloureuse, positionnement « au repos » d'un membre par exemple). Le recours à un soutien social, considéré comme une stratégie passive dans la littérature concernant les enfants typiques, semble ici constituer une réponse pertinente pour cette population caractérisée par un déficit des capacités adaptatives. Les stratégies centrées sur le problème permettent de réduire l'anxiété lorsque la situation est contrôlable, mais amplifient celle-ci en cas contraire. Les adolescents atteints de déficience intellectuelle évoquent donc de façon adaptée la nécessité d'avoir recours à un tiers capable de contrôler la situation.

Les stratégies centrées sur l'émotion sont très peu évoquées par les adolescents atteints de déficience intellectuelle, dans la mesure où elles impliquent la mobilisation de processus cognitifs (auto-instruction cognitive), et/ou d'auto-contrôle ou d'auto-régulation émotionnelle (distraction). Ces stratégies permettent de réduire l'anxiété provoquée par la douleur lorsque l'évènement est incontrôlable [32]. Les adolescents atteints de déficience intellectuelle y font moins appel, ce qui n'est pas surprenant mais a des implications importantes pour cette population dans les situations de douleurs iatrogènes. En effet, dans ce genre de situations, l'évènement est incontrôlable pour la personne qui reçoit le soin. Les ressources individuelles

des enfants et adolescents atteints de déficiences intellectuelles ne sont probablement pas suffisantes pour mobiliser une stratégie de distraction par exemple. La présence d'un proche semble nécessaire pour accompagner l'enfant dans le choix et la mobilisation d'une stratégie adaptée.

Conclusion

Après avoir été longtemps négligée, la douleur des personnes atteintes de déficience intellectuelle est désormais l'objet de nombreux travaux. Il ne fait plus aucun doute aujourd'hui que ces personnes sont sensibles à la douleur, et qu'elles présentent des risques élevés de douleurs spécifiques liées à la déficience et de douleurs communes non reconnues (voir pour revue [33]). Des outils validés sont maintenant disponibles pour évaluer la douleur de ceux dont la déficience pèse lourdement sur les capacités de communication [34].

Les travaux concernant les capacités d'auto-évaluation de la douleur des enfants et adolescents atteints de déficience moyenne et légère sont plus rares. Cependant, ils mettent en évidence un potentiel important d'expression et d'évaluation de la douleur [5,7], des ressources pour faire face à la douleur [13], confirmées par cette étude et des capacités préservées qui peuvent être mobilisées dans des prises en charge psychologiques de la douleur [35] telle que l'hypnose ou la relaxation. Ces résultats peuvent avoir des répercussions rapides dans les pratiques et faciliter l'identification, l'évaluation, le traitement et l'accompagnement psychologique de la douleur des enfants et des adolescents atteints de déficience intellectuelle.

Références

- [1] Breau LM, Zabalia M. Evaluation de la douleur chez les enfants atteints de déficience intellectuelle. *Enfance* 2006;58/1: 72-84.
- [2] Breau LM, McGrath PJ, Camfield C, Rosmus C, Finley GA. Preliminary validation of an observational pain checklist for persons with cognitive impairments and inability to communicate verbally. *Dev Med Child Neurol* 2000; 42:609-616.
- [3] www.pediadol.org/IMG/pdf/NCCPC_francaise.pdf
- [4] Benini F, Trapanotto M, Gobber D, Agosto C, Carli G, Drigo P et al. Evaluating pain induced by venipuncture in pediatric patients with developmental delay. *Clin J Pain* 2004 ; 20 : 156-163.
- [5] Zabalia M, Jacquet D, Breau LM. Rôle du niveau verbal sur l'expression et l'évaluation de la douleur chez des enfants et adolescents déficients intellectuels. *Douleur et Analgésie* 2005;2:65-70.
- [6] Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, Van KI, Goodenough B. The Faces Pain Scale - Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001;93:173-183
- [7] Zabalia M, Corfec S. Reconnaissance des émotions et évaluation de la douleur chez des enfants et adolescents porteurs de Trisomie 21, *Enfance* 2009;60/4:357-369.
- [8] Bennett-Branson SM, Craig KD. Postoperative pain in children: Developmental and family influences on spontaneous coping strategies. *Can J Behav Sci* 1993;25:355-383.
- [9] Piira T, Hayes B, Goodenough B, von Baeyer CL. Effects of attentional direction, age, and coping style on cold-pressor pain in children. *Behav Res Ther* 2006;4:835-848.
- [10] Reid GJ, Lang BA, McGrath PJ. Primary juvenile fibromyalgia: Psychological adjustment, family functioning, coping and functional disability. *Arthritis Rheum* 1996;40:752-760.
- [11] Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care* 2001;39 :800-812.
- [12] Spicher P. Traduction francophone et validation du Pediatric Pain Coping Inventory (PPCI-F). *Douleur et Analgésie* 2003;16(1) :3-14.
- [13] Zabalia M, Duchaux C. Stratégies de faire-face à la douleur chez des enfants porteurs de déficience intellectuelle. *Revue Francophone De La Déficience Intellectuelle* 2006; 17:53-64.
- [14] Hunt A, Mastroyannopoulou K, Goldman A, Seers K. Not knowing--the problem of pain in children with severe neurological impairment. *Int J Nurs Stud* 2003;40:171-183.
- [15] Sallfors C, Hallberg LR, Fasth A. Gender and age differences in pain, coping and health status among children with chronic arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2003;21:785-793.
- [16] Hodgins MJ, Lander J. Children's coping with venipuncture. *J Pain Symptom Manage* 1997;13:274-285.
- [17] Varni JW, Waldron SA, Cragg RA, Rapoff MA, Bernstein BH, Lindsley CB, et al. () Development of the Waldron/Varni pediatric pain coping inventory. *Pain* 1996;67:141-150.
- [18] Blanchard-Fields F, Irion JC. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *J Behav Med* 1988;4:139-157.
- [19] Hoffman MA, Levy-Shill R, Sohlberg SC, Zariski J. The impact of stress and coping: Developmental changes in the transition to adolescence. *J Youth Adolesc* 1992;22:451-469.
- [20] Gamble M. Perceptions of controllability and other stressor events characteristics as determinants of coping among young adolescents and young adults. *J Youth Adolesc* 1994;23:65-84.

- [21] Lemétayer F, Chateaux V. Les instruments de mesure des stratégies adaptatives des enfants face à une maladie chronique: une revue de littérature. *Arch Pediatr* 2008;15 :162-169.
- [22] Armistead L, McCombs A, Forehand R, Wierson M, Long N, Fauber R. Coping with divorce: A study of young adolescents. *J Clin Child Psychol* 1990;19: 79-84.
- [23] Halstead M, Johnson SB, Cunningham M. Measuring coping in adolescents: An application of the ways of coping checklist. *J Clin Child Psychol* 1993; 22:337-344.
- [24] Sweet SD, McGrath PJ, Symons D. The roles of child reactivity and parenting context in infant pain response. *Pain* 1999;80:655-661.
- [25] Walker LS, Zeman JL. Parental response to child illness behavior. *J Pediatr Psychol* 1992;17:49-71.
- [26] Reid GJ, McGrath PJ, Lang BA. Parent-child interactions among children with juvenile fibromyalgia, arthritis, and healthy controls. *Pain* 2005;113:201-210.
- [27] Frank NC, Blount RL, Smith AJ, Manimala MR, Martin JK. Parent and staff behavior, previous child medical experience, and maternal anxiety as they relate to child procedural distress and coping. *J Pediatr Psychol* 1995;20:277-289.
- [28] Kortessluoma RL, Hentinen M, Nikkonen M. Conducting a qualitative child interview: methodological considerations. *J Adv Nurs* 2003;42:434-441.
- [29] Steward MS, Steward DS. Interviewing Young Children about Body Touch and Handling. *Monogr Soc Res Child Dev* 1996;61(4/5):1-187.
- [30] Atkinson D. Research interviews with people with mental handicaps. *Mental Handicap Research* 1988;1:75-90.
- [31] Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis. In Smith JA, ed, *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods*. London, Sage;2003:51-80
- [32] Holmes JA, Stevenson CA. Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation of chronic and recent-onset pain, *Health Psychol* 1990;9: 577–584
- [33] Breau LM, McGrath PJ, Zabalia M. Assessing pediatric pain and developmental disabilities. In Oberlander TF, Symons FJ, eds. *Pain in children and adults with developmental disabilities*. Baltimore, Brookes Publishing;2006:149-172.
- [34] Breau LM, Finley GA, McGrath PJ, Camfield CS. Validation of the non-communicating children's pain checklist postoperative version. *Anesthesiology* 2002;96:528-535.
- [35] Zabalia M, Esquerré F. Prerequisite abilities in the use of hypnosis for pain in children with cognitive impairment. *J Pain Manag* 2009;2/1:63-69.

Tableau I : Exemples d'items du *Pediatric Pain and Coping Inventory* [17] et les stratégies correspondantes entre parenthèses, selon qu'elles sont centrées sur l'émotion ou le problème.

Figure 1 : Nombre de stratégies de faire face rapportées par les adolescents typiques (TY) et atteints de déficience intellectuelle (DI)

Figure 2 : Nombre de stratégies centrées sur l'émotion ou le problème, rapportées par les adolescents typiques (TY) et atteints de déficience intellectuelle (DI) en fonction de l'âge.

Remerciements : Cette étude a été réalisée grâce à une bourse de recherche de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur - Fondation APICIL

Conflit d'intérêt : aucun conflit d'intérêt