



HAL
open science

Effet du contexte sur la conception de la douleur chez l'enfant

Marc Zabalia, Denis Jacquet

► **To cite this version:**

Marc Zabalia, Denis Jacquet. Effet du contexte sur la conception de la douleur chez l'enfant. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement, 2004, 5 (4), pp.203-207. 10.1016/S1624-5687(04)94518-0 . hal-03272341

HAL Id: hal-03272341

<https://hal.science/hal-03272341v1>

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.

Effet du contexte sur la conception de la douleur chez l'enfant

Context effect about the conception of pain in children

M. Zabalia et D. Jacquet

Laboratoire de Psychologie Cognitive et Pathologique (LPCP EA 1774)

Pôle Modélisation en Sciences Cognitives et Sociales (ModeSCoS)

MRSH – Université de Caen Basse-Normandie, 14032 Caen cedex 5

Tél : 02 31 56 62 19 ; Fax : 02 31 56 62 60 ; zabalia@mrsh.unicaen.fr

Résumé

Objectifs - Notre étude concerne la conception de la douleur chez 66 enfants âgés de 5 à 11 ans en fonction du contexte dans lequel se déroule l'entretien. L'évaluation de l'enfant douloureux passe par une interaction enfant- adulte. Lorsqu'il s'agit d'une auto-évaluation de la part de l'enfant, le dialogue implique une interprétation de l'adulte qui écoute. Cette interprétation ne peut faire l'impasse de la prise en compte des capacités de l'enfant, de ses limites, pour qu'une référence commune se partage.

Patients et méthodes - 42 enfants ont participé de manière individuelle à un entretien à l'occasion d'une consultation chez un pédiatre libéral (de 5;0 à 11;2 ans moyenne= 7;4 ans) et 24 enfants ont passé l'entretien lors d'une consultation pré ou post-opératoire dans un service de chirurgie pédiatrique (de 5;0 à 11;2 ans, moyenne=7;7 ans).

Résultats - En consultation libérale et en consultation pré-opératoire ou post-opératoire, nous avons pu observer la présence de tous les registres d'expression verbale de la douleur. Leur utilisation évolue en fonction du niveau de développement cognitif mais le facteur contextuel (y compris le vécu douloureux qui l'accompagne) modifie leur utilisation.

Conclusion - On peut donc envisager que ce n'est pas le niveau d'élaboration conceptuelle de la pensée seul qui influence l'expression de la douleur de façon concrète ou métaphorique

(semi-abstraite) mais plutôt les aspects affectifs et sensoriels liées à la perception du stimulus douloureux.

Mots clés : Douleur, enfants, évaluation, développement psychologique

Summary - Context effect about the conception of pain in children

Background - The study concerns the conception of pain in 66 children (aged 5 to 11 years old) according to the context of the interview. The assessment of pain in children involves an interaction between the adult and the child. When pain is assessed by self assessment, adults have to interpret the children's self-reports. This interpretation needs to take into account the child's abilities and its limits to build a standard base about pain.

Material and methods - 42 children (from 5 to 11;2 years old, mean age= 7;4) were individually interviewed in a waiting-room before the consultation by a pediatrician. 24 others (from 5;0 to 11;2 years, mean age =7;7) were individually interviewed in the waiting-room before the pre or post-surgery consultation in a department of pediatric surgery in a general hospital. In both contexts, children are using all of the different patterns to verbally express pain.

Results - The patterns varied according to the child's cognitive developmental level. Also, contextual factors (such as the painful living the child is going through) modify the use of the patterns.

Conclusion – This research seems to show that the level of conceptual thinking is not the sole or only factor which influences the concrete or metaphorical expression of pain. Sensorial and affective aspects are closely linked to the perception of the painful stimulus.

Key words : Pain, children, assessment, psychological development

Introduction

Lors de l'évaluation de la douleur chez l'enfant, de nombreux facteurs peuvent être impliqués tels que l'âge, le niveau de développement psychologique, le contexte...[1]. Cependant ce sont les expressions verbales et vocales qui semblent être le facteur déterminant [2]. Abu-Saad et Hamers [1] estiment que plus l'enfant exprime sa douleur verbalement, plus il va recevoir rapidement un médicament.

On sait déjà depuis longtemps que le discours des enfants à propos de leur douleur n'apporte d'informations de qualité que dans certaines conditions : que les questions posées soient l'objet d'une attention particulière, que le climat psychologique soit exempt de toute contrainte, mais surtout que l'enfant interrogé soit considéré comme un interlocuteur à part entière [3]. La qualité de la parole de l'enfant à propos de l'intensité d'une douleur rapportée augmente avec l'âge. Les enfants de plus de 7 ans sont ceux pour lesquels les informations sont les plus cohérentes [4]. Les descriptions des douleurs, de leurs causes, et l'évaluation de leur intensité évolue progressivement selon le développement cognitif de l'enfant [5].

En effet, la majorité des études concernant l'évolution de la compréhension de l'enfant des causes et conséquences de la maladie concluent que le niveau de développement cognitif a non seulement un effet significatif [6,8] mais aussi un rôle plus déterminant sur la compréhension que l'enfant peut avoir de sa maladie et du traitement que le sexe, le statut socio-économique ou les explications maternelles [9].

Les études de Gaffney et Dunne [10,11] ont mis en évidence que le concept de douleur chez l'enfant acquiert progressivement un caractère semi-abstrait en fonction du stade de développement psychologique. Les résultats s'inscrivent dans un cadre théorique piagétien suggérant que l'enfant développe progressivement une conception de la douleur correspondant aux différents stades du développement de sa pensée.

La théorie piagétienne décrit la genèse des structures de l'intelligence. De 0 à 24 mois, l'enfant construit une structure intellectuelle de nature sensori-motrice consistant à coordonner des perceptions et des mouvements. La structure sensori-motrice est agie, vécue, mais non pensée. Entre 18 et 24 mois, l'émergence de la fonction symbolique, c'est-à-dire une pensée manipulant des représentations, rend possible, entre 2 et 4 ans, l'acquisition du langage et le développement de la pensée pré-conceptuelle. Durant la période pré-scolaire, l'enfant développe une pensée intuitive, caractérisée par une dimension égocentrique. Cette tendance à comprendre le monde de façon subjective s'exprime par exemple par l'animisme (considérer les choses comme animées et douées d'intention) ou l'artificialisme (considérer le monde et les phénomènes qui s'y déroulent comme des créations humaines). La nature de la pensée avant 7 ou 8 ans s'oppose au raisonnement intellectuel car elle fonctionne de manière syncrétique c'est-à-dire globale et confuse. Ce n'est qu'entre 7-8 et 11-12 ans que l'enfant construit une structure intellectuelle lui permettant de manipuler des opérations mentales de façon logique. Cependant, cette intelligence opératoire reste dépendante de la présence dans le champ de la perception des éléments sur lesquels porte la réflexion. C'est une intelligence opératoire concrète. Entre 11-12 et 16 ans, l'adolescent se dégage de l'ancrage dans le réel pour accéder à un raisonnement hypothético-déductif qui fonctionne sur le modèle de la pensée scientifique. La pensée est alors en mesure de manipuler l'abstraction [12].

Dans les années 80, ce modèle théorique a été remis en question principalement à cause de son objectif épistémologique, conduisant à réduire la cognition à ses contenus de pensée normés de manière logique et mathématique. La psychologie du nourrisson a alors mis en évidence la précocité de nombreuses compétences cognitives et relationnelles, pour revue [13, 14]. Les théories socio-constructivistes, qui mettent l'accent sur le rôle de l'environnement social et culturel dans le développement psychologique de l'enfant, ont été beaucoup plus largement diffusé [15]. Enfin, la psychologie du développement cognitif de

l'enfant a évolué vers des modèles théoriques intégrant un courant fonctionnaliste post-piagétien [16] et les apports de la psychologie cognitive anglo-saxonne. Ce courant est représenté par cinq auteurs majeurs : J.-P. Leone, G.H. Halford, R. Case, K.W. Fischer et A. Demetriou, voir pour synthèse [17]. Ces théories, qui présentent l'enfant comme un *problem solver* en référence au cognitivisme, proposent une typologie plus fine et étendue des représentations mentales. Elles prennent en compte les contraintes du fonctionnement cognitif (capacités d'attention, de mémoire) et mettent l'accent sur les effets du contexte dans les activités de résolution de problèmes que rencontre l'enfant.

Néanmoins, dans le domaine de la douleur, les résultats récents comme les faits établis sont aujourd'hui encore fréquemment interprétés dans le cadre théorique piagétien [18]. Par exemple, les enfants âgés de 2 à 7 ans, dans la période pré-opératoire, sont décrits comme incapables de se distancer de leur environnement [19]. Il est en fait difficile de comprendre réellement à quoi l'auteur fait référence. Il semble aussi que les enfants de cet âge utilisent des caractéristiques physiques pour évoquer leur douleur [20], que le vocabulaire est limité, et que l'expression verbale de la douleur soulève des problèmes de validité et de fiabilité [21]. Entre 7 et 12 ans, les enfants sont considérés comme capables de localiser la maladie dans le corps mais celle-ci reste encore décrite en termes vagues. Il semble exister une grande confusion à propos des organes internes et de leurs fonctions [18].

Par ailleurs, contrairement à l'idée répandue, selon laquelle le vocabulaire utilisé par l'enfant pour décrire sa douleur est inadéquat, Ross et Ross [22] ont montré que 70 % des enfants de 5 à 12 ans (n=994 enfants) ont utilisé de nombreux adjectifs pour décrire une douleur unique (comme coup de poignard, brûlure, écrasement, piqûre, pression, douleur sourde, douleur atroce). De plus, un nombre non négligeable d'enfants (n=286) produisent des phrases précises pour décrire leur douleur. De même, une majorité d'enfants répondent de

manière spontanée avec une grande variété d'adjectifs, de termes et de phrases décrivant la douleur [23].

L'évaluation et le traitement de l'enfant douloureux passe par une interaction qui met en jeu bien plus que les connaissances médicales de l'adulte. Lorsqu'il s'agit d'une auto-évaluation de la part de l'enfant, le dialogue implique une interprétation de l'adulte qui écoute. Cette interprétation, qui ne peut se comprendre que comme un processus, ne peut faire l'impasse de la prise en compte des capacités de l'enfant, de ses limites, pour qu'enfin une référence commune se partage. C'est dans ce cadre que nous avons conduit une étude afin de mettre en évidence, en fonction du contexte, les caractéristiques de la conception de la douleur chez 66 enfants âgés de 5 à 11 ans.

Population

42 enfants ont participé de manière individuelle à un entretien à l'occasion d'une consultation chez un pédiatre libéral (de 5;0 à 11;2 ans moyenne= 7;4 ans) et 24 enfants ont passé l'entretien lors d'une consultation pré ou post-opératoire dans un service de chirurgie pédiatrique (de 5;0 à 11;2 ans, moyenne=7;7 ans).

Méthode

Lors de l'entretien, les enfants sont invités à évoquer une situation douloureuse précise et singulière les concernant et à en décrire la douleur (*Q1* : comment ça fait quand tu as mal ?). Ensuite, ils répondent à la question (*Q2* : la douleur c'est... ?) qui interroge leur conception du phénomène douloureux.

Résultats

Dans le contexte de consultation en pédiatrie libérale, le discours des enfants à propos de la douleur change de registre en fonction de l'âge (Graphiques 1 et 2). Comme l'avaient avancé Gaffney et Dunne (1987), 45,4 % (*Q1*) et 66,7% (*Q2*) des enfants de 5-6 ans privilégient un registre concret mettant en avant les causes physiques de la douleur (*c'est quand ça saigne ;*

c'est quand on tombe) et des moyens physiques pour s'y soustraire (*pansements, médicaments...*). La douleur est essentiellement comprise comme une menace pour l'intégrité physique. Mais à la différence des enfants de l'étude de Gaffney et Dunne, les enfants de 5-6 ans de notre étude n'associent pas la douleur à une « punition » qui serait la conséquence d'une transgression. A 7- 8 ans, le discours s'inscrit également dans un registre que l'on peut qualifier de « semi-abstrait » dans le sens où l'on voit apparaître l'utilisation de métaphores (38,9 % pour *Q1* et 32,2% pour *Q2*), mais celles-ci évoquent plutôt des phénomènes concrets (*c'est comme si j'avais des petites bêtes dans le corps ; c'est comme des coups de poings*). Le registre concret reste tout autant utilisé (36,1 % à *Q1* et 35.4% à *Q2*) suggérant une période de transition. A cet âge, les enfants commencent à évoquer une dimension psychologique pour agir contre la douleur (*je me concentre ; je pense à autre chose*). Enfin, entre 9 et 11 ans, 60 % (*Q1*) et 71,4% (*Q2*) des enfants évoquent préférentiellement la souffrance psychologique lorsqu'il est question de décrire la douleur (*c'est pénible, c'est blessant*).

Graphique 1 : Types de réponses des enfants vus en consultation libérale à la question « comment ça fait quand tu as mal ? » (*Q1*), en fonction de leur âge.

Graphique 2 : Types de réponses des enfants vus en consultation libérale à la question « la douleur c'est... ? » (*Q2*), en fonction de leur âge.

Cependant, le résultat majeur de notre étude est que, dans le contexte de consultation pré ou post-opératoire en chirurgie pédiatrique, nous n'observons pas les mêmes répartitions (Graphiques 3 et 4). L'âge des enfants n'est plus discriminant et tous les registres de description de la douleur sont présents à chaque niveau, le registre concret étant d'ailleurs majoritairement représenté chez les plus grands (57,1% à *Q1* et 50 % à *Q2*). De la même façon, à propos des stratégies d'action contre la douleur, la dimension psychologique décroît avec l'âge. Il est important de noter que, dans un contexte douloureux en milieu hospitalier, les résultats obtenus par discours rapportés sur la douleur ne sont pas robustes (à l'exception

probablement des situations de douleurs chroniques). Il paraît en effet probable que la situation concrète douloureuse engage les enfants à utiliser des descriptions concrètes.

Graphique 3: Types de réponses des enfants vus en consultation pré ou post-opératoire à la question « comment ça fait quand tu as mal ? » (Q1), en fonction de leur âge.

Graphique 4: Types de réponses des enfants vus en consultation pré ou post-opératoire à la question « la douleur c'est... ? » (Q2) en fonction de leur âge.

Discussion

Chez les enfants de 5 à 11 ans vus en consultation libérale et en consultation pré-opératoire ou post-opératoire, nous avons pu observer la présence de tous les registres d'expression verbale de la douleur. Leur utilisation évolue en fonction du niveau de développement cognitif mais le facteur contextuel (y compris le vécu douloureux qui l'accompagne) modifie leur utilisation. On peut donc envisager que ce n'est pas le niveau d'élaboration conceptuelle de la pensée seul qui influence l'expression de la douleur de façon concrète ou métaphorique (semi-abstraite) mais plutôt les aspects affectifs et sensoriels liés à la perception du stimulus douloureux.

De nombreuses recherches concernant le développement de la compréhension de la douleur chez l'enfant ont insisté sur le fait que cette évolution suivait la succession des stades du développement cognitif définis par Piaget [10, 11, 3, 6, 18]. Or, nos résultats posent question quant à la pertinence de ce modèle théorique comme cadre interprétatif. Sans remettre en cause la nécessité de prendre en compte le niveau de développement psychologique de l'enfant, nous pensons que le modèle piagétien ne constitue pas le cadre théorique privilégié pour aborder la question de la douleur chez l'enfant, pas plus d'ailleurs que les théories du développement cognitif post-piagétien.

En premier lieu, il s'avère que le système théorique piagétien a été élaboré à l'aide de groupes d'enfants. L'enfant dont parle Piaget est un sujet théorique, épistémique, c'est-à-dire

conçu comme l'ensemble des mécanismes communs à tous les sujets de même niveau. Or, le développement psychologique d'un enfant singulier se caractérise par une variabilité intra-individuelle, et notamment par un développement hétérochrone des différentes dimensions de son organisation mentale. Par exemple, il est commun de constater chez certains enfants un décalage entre le niveau intellectuel et la maturité affective. La cognition est un agencement complexe de plusieurs éléments structuraux et fonctionnels. Rien ne permet de dire qu'un enfant se situe au stade des opérations concrètes de la pensée sur le seul fait qu'il a entre 7 et 8 ans. Il n'est donc pas possible de faire correspondre âge chronologique et niveau de développement psychologique.

En second lieu, ce qui rend le système piagétien inopérant dans le domaine de la douleur est liée à l'objet d'étude lui-même. Le modèle théorique de Piaget décrit l'émergence puis l'organisation des structures intellectuelles permettant l'élaboration de conduites adaptées. L'intelligence définie par Piaget est une adaptation qui trouve son expression la plus évoluée dans le cadre de la pensée scientifique. Il étudie donc la manière dont l'enfant s'approprie le raisonnement rationnel fondant la démarche hypothético-déductive.

Pour l'enfant, la douleur n'est pas un objet conceptuel définissable de manière logique et rationnelle, c'est une expérience sensorielle, affective et émotionnelle. Son expression n'est donc pas uniquement soumise aux effets de l'élaboration progressive du système cognitif. La douleur est une perception frontale, doublée d'une perception pariétale qui la localise, associée à une émotion méso-limbique qui la définit. Même d'un point de vue purement neurobiologique, la douleur renvoie à son intégration corticale qui fait déjà intervenir l'aspect affectif [24].

Conclusion

Nous pouvons retenir que l'expression verbale de la douleur est une activité complexe qui s'inscrit généralement dans une situation complexe de dialogue entre un enfant et un

adulte. Nous savons que de nombreux facteurs sont impliqués et notre étude montre qu'ils n'ont pas tous le même poids. Une étude récente montre à ce propos que des adjectifs sensoriels de la version anglophone du QDSA (Questionnaire Douleur Saint-Antoine, version anglophone : McGill Pain Questionnaire) sont associés à une douleur plus intense que d'autres [25].

L'objectif désormais est de mettre en évidence les caractéristiques du contexte du dialogue enfant-adulte à propos de la douleur. C'est la raison pour laquelle nous entreprenons une analyse des mécanismes du dialogue. Ce dernier permet de construire une référence commune, c'est-à-dire une adaptation réciproque des partenaires dans une interaction asymétrique (patient/expert). L'enjeu pour les deux partenaires de l'interaction est de partager un ensemble de représentations pas nécessairement identiques concernant un objet commun : la douleur. Cela nécessite une interprétation de la part de l'adulte de ce que dit l'enfant de ce phénomène subjectif qu'est la douleur. L'enfant, lui aussi, doit interpréter les perspectives et le savoir de l'adulte. La construction de ce « terrain commun » implique un ajustement réciproque dont les étapes se manifestent dans le dialogue.

Références :

- [1] Abu-Saad HH, Hamers JP. Prise de décision au cours de la douleur chez l'enfant : revue de la littérature. In 7^{ème} journée de l'UNESCO La douleur de l'enfant : Quelles réponses ? Paris ; 1999.
- [2] Hamers JP, Abu-Saad HH, Halfens RJG, Schumacher JNM. Factors influencing nurses' pain assessment and intervention in children. *J Adv Nurs* 1994 ; 20 : 853-860.
- [3] Ross DM, Ross SA (1984a) The importance of type of question, psychological climate and subject set in interviewing children about pain. *Pain* 1984 ; 19 : 71-79.
- [4] Lehmann HP, Bendebba M, DeAngelis C (1990) The consistency of young children's assessment of remembered painful events. *J Dev Behav Pediatr* 1990 ; 11(3) : 128-134.
- [6] Bibace R, Walsh ME. Development of children's concepts of illness. *Pediatrics* 1980 ; 66 : 912-917.
- [5] Harbeck C, Petersen L. Elephant dancing in my head: a developmental approach to children's concept of specific pains. *Child Development* 1992 ; 63 : 138-149.
- [7] Perrin EC, Gerrity PS. There's a demon in your belly : children's understanding of illness. *Pediatrics* 1981 ; 67 (6) : 841-9.
- [8] Thompson KL, Varni JW. A developmental cognitive-biobehavioral approach to pediatric pain assessment. *Pain* 1986 ; 25 : 283-96.
- [9] Beales JG, Lennox Holt PJ, Kenn JH Mellor VP. Children with juvenile chronic arthritis : their beliefs about their illness and therapy. *Ann Rheum Dis* 1983 ; 42 : 481-6.
- [10] Gaffney A, Dunne EA. Developmental aspects of children's definition of pain. *Pain* 1986 ; 26 : 105-117.
- [11] Gaffney J, Dunne EA. Children's understanding of the causality of pain. *Pain* 1987 ; 29 : 91-104.

- [12] Piaget J. Psychologie de l'intelligence. Paris : Armand Colin ; 1947.
- [13] Lécuyer R. Bébés astronomes, bébés psychologues. Bruxelles : Mardaga ; 1989.
- [14] Stern D. Le monde interpersonnel du nourrisson. Paris : PUF ; 1989.
- [15] Bruner J. Le développement de l'enfant. Savoir faire, savoir dire. Paris : PUF ; 1983.
- [16] Inhelder B, Cellérier G. Le cheminement des découvertes de l'enfant : recherches sur les microgénèses cognitives. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé ; 1992.
- [17] Demetriou A, éd. The neo-piagetian theories of cognitive development, North-Holland : Elsevier ; 1988.
- [18] Twycross A, Moriarty A, Betts T. Prise en charge de la douleur : une approche multidisciplinaire. Paris : Masson ; 2002.
- [19] McGrath PA. Pain in Children : Nature, Assessment and Treatment. New-York : The Guildford Press ; 1990.
- [20] Scott R. 'It hurts red' : a preliminary study of children's perceptions of pain. Percept Motor Skills 1978 ; 47 : 787-91.
- [21] Jeans ME. The measurement of pain in children. In Melzack R éd. Pain Measurement and Assessment . New York : Raven Press ; 1983.
- [22] Ross DM, Ross SA. Childhood pain : the school-aged child's viewpoint. Pain 1984 ; 20 : 179-191.
- [23] Jerrett M, Evans K. Children's pain vocabulary. J Adv Nurs 1986 ; 11 : 403-408.
- [24] Morasz L. Prendre en charge la souffrance à l'hôpital. Paris : Dunod ; 2003.
- [25] Van Wijk AJ, Hoogstraten J. Paired comparisons of sensory pain adjectives. Eur J Pain 2003 ; sous presse.

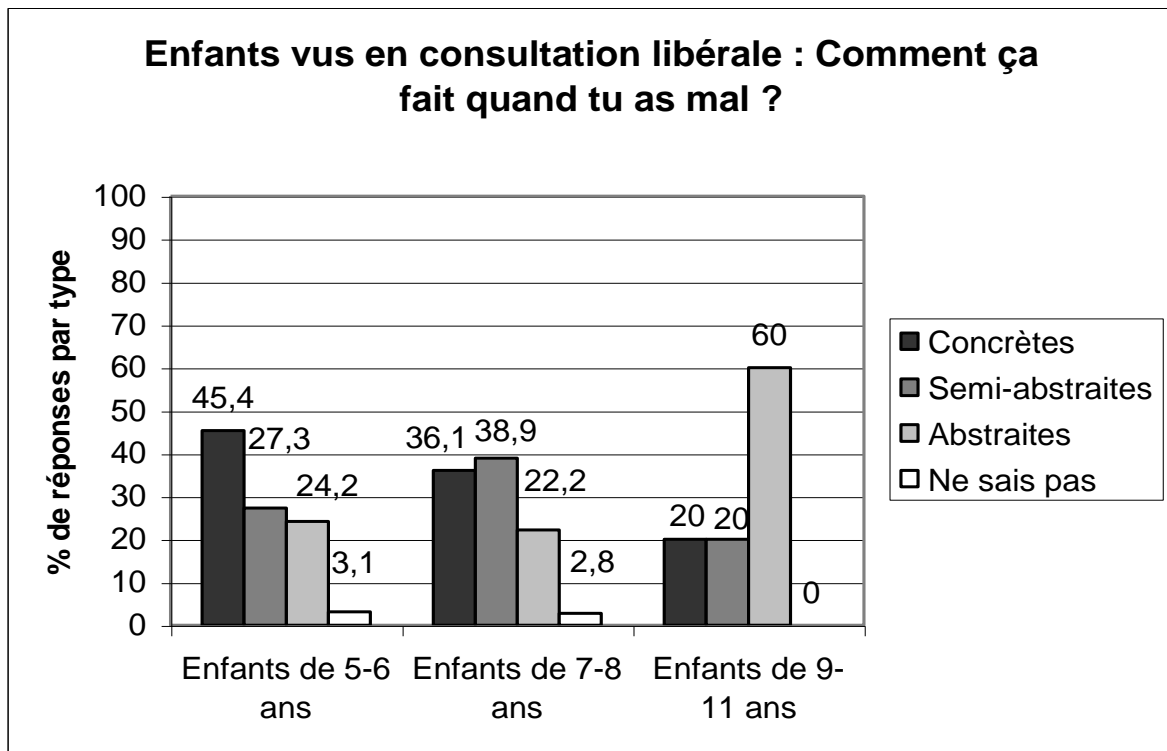
Remerciements :

Les auteurs remercient chaleureusement pour leur soutien :

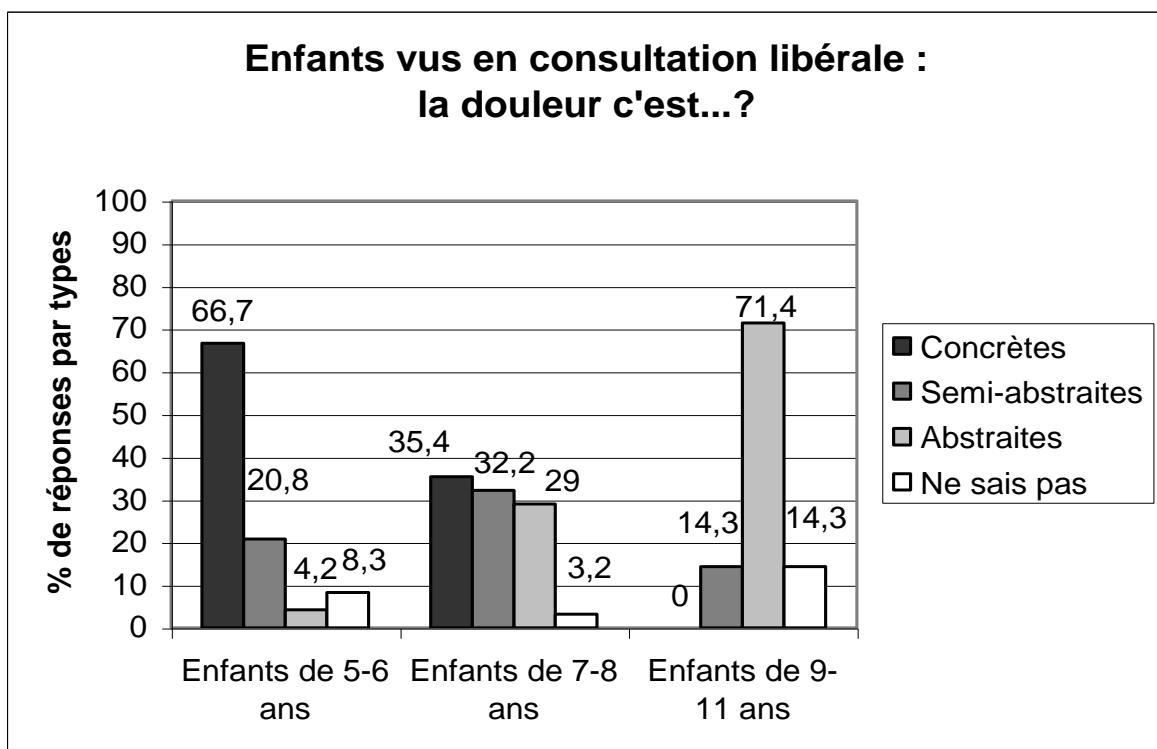
- le Docteur Chantal Wood - Unité de Traitement de la douleur, Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ;
- Mme Lynn M. Breau, PhD, Pediatric Pain Research Laboratory, Halifax, Canada ;
- le Professeur Carl L. von Baeyer, PhD - Associate Member in Pediatrics, Director of Clinical Psychology Training, University of Saskatchewan , Saskatoon, Canada ;
- Le Professeur Jean-François Mallet, Service de chirurgie pédiatrique – CHRU de Caen.
- Mme Christine Thiberge, Infirmière - Puéricultrice, référente « douleur », Unité Douleur et Soins Palliatifs – CHRU de Caen.

Graphique 1 : Types de réponses des enfants vus en consultation libérale à la question

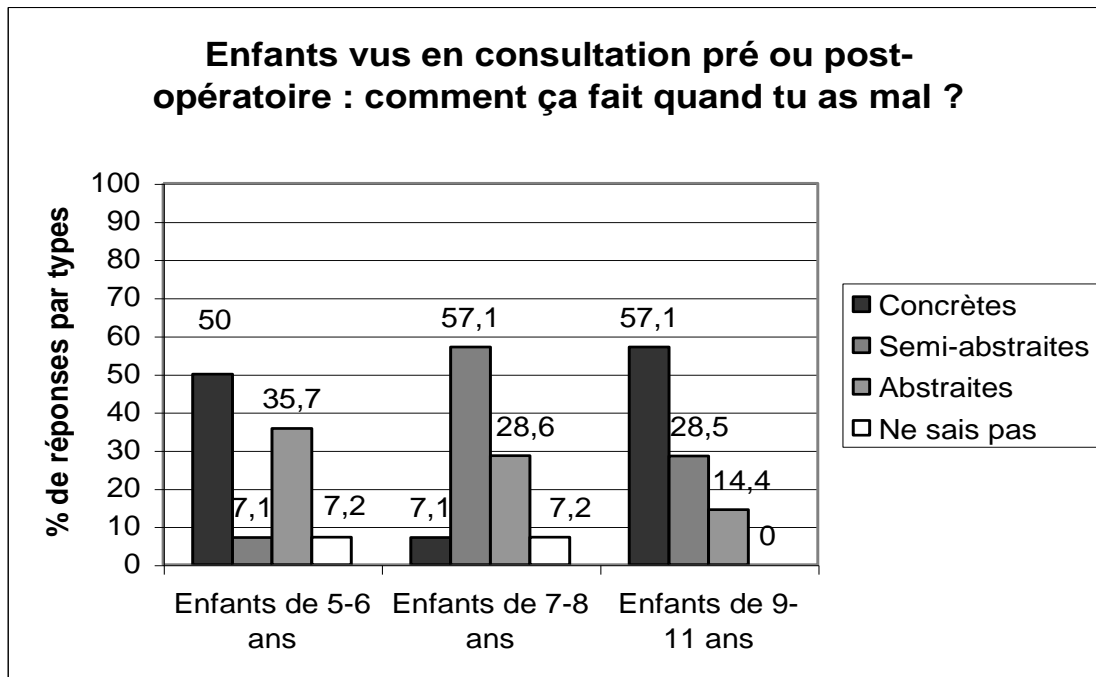
« comment ça fait quand tu as mal ? » (Q1), en fonction de leur âge.



Graphique 2 : Types de réponses des enfants vus en consultation libérale à la question « La douleur c'est... ? » (Q2), en fonction de leur âge.



Graphique 3: Types de réponses des enfants vus en consultation pré ou post-opératoire à la question « comment ça fait quand tu as mal ? » (Q1), en fonction de leur âge.



Graphique 4: Types de réponses des enfants vus en consultation pré ou post-opératoire à la question « La douleur c'est... ? » (Q2), en fonction de leur âge.

