


## QUESTIONS À L'AUTEUR

 <b>ELSEVIER MASSON</b>	<b>Revue : DOULER</b>  <b>Numéro d'article : 663</b>	<b>Merci de retourner vos réponses par e-mail à:</b>  <b>E-mail : <a href="mailto:corrections.esme@elsevier.thomsondigital.com">corrections.esme@elsevier.thomsondigital.com</a></b>
---	--	--

Cher auteur,

Vous trouverez ci-dessous les éventuelles questions et/ou remarques qui se sont présentées pendant la préparation de votre article. Elles sont également signalées dans l'épreuve par une lettre « Q » suivie d'un numéro. Merci de vérifier soigneusement vos épreuves et de nous retourner vos corrections soit en annotant le PDF ci-joint, soit en les listant séparément.

Pour toute correction ou modification dans les figures, merci de consulter la page <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

**Articles de numéros spéciaux :** merci d'ajouter (dans la liste et dans le corps du texte) la mention « dans ce numéro » pour toute référence à d'autres articles publiés dans ce numéro spécial.

<b>Références non appelées :</b> Références présentes dans la liste des références mais pas dans le corps de l'article – merci d'appeler chaque référence dans le texte ou de les supprimer de la liste.	
<b>Références manquantes :</b> Les références ci-dessous se trouvaient dans le texte mais ne sont pas présentes dans la liste des références. Merci de compléter la liste ou de les supprimer du texte.	
Emplacement dans l'article	Question / Remarque Merci d'insérer votre réponse ou votre correction à la ligne correspondante dans l'épreuve
Q1	Un titre court (moins de 80 signes) est requis pour le haut de page, selon les spécificités de la revue. Merci de valider celui que nous proposons : [Approches psychothérapeutiques dans la douleur chronique].
Q2	Merci de vérifier que les prénoms et les noms ont été correctement identifiés.
Q3	Nous avons renuméroté les références (aussi bien les appels que la liste) car les références [2] et [3] et les références [7] et [30] étaient similaires. Merci de vérifier.
Q4	Nous avons déplacé l'appel du Tableau 2 à la fin de la première phrase du premier paragraphe qui suit l'intertitre. Merci de valider.
Q5	Merci de nous transmettre la tommaison des références [16–18,29].

### Utilisation des fichiers électroniques

Si nous n'avons pas pu exploiter le fichier de votre article et/ou de vos figures, nous avons utilisé la méthode suivante :

Scan de (ou de parties de) votre article     
  Ressaisie de (ou de parties de) votre article     
  Scan des figures

Merci de votre collaboration.



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

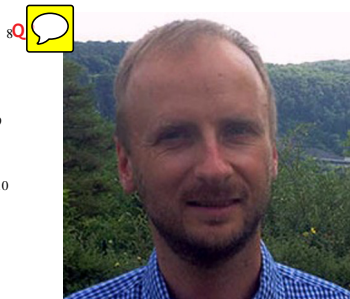
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## FAITES LE POINT

# Approches psychothérapeutiques dans la douleur chronique chez l'enfant et l'adolescent

*Psychological therapies for children and adolescent with chronic pain*



Rémy Amouroux

Rémy Amouroux\*, Annina Riggenbach

Université de Lausanne, institut de psychologie, LARPsyDIS, CH-1015 Lausanne, Suisse

Reçu le 7 avril 2015 ; accepté le 17 mai 2015

### MOTS CLÉS

Douleur chronique ;  
Enfant et  
adolescent ;  
Psychothérapie

**Résumé** La douleur chronique chez l'enfant et l'adolescent peut avoir un important retentissement psychologique et social. Pour répondre à ces difficultés, les travaux de recherche relatifs à la prise en charge psychologique de la douleur chronique se sont multipliés dans les vingt dernières années. Ainsi, on dispose actuellement d'un nombre important de propositions thérapeutiques pertinentes. Pourtant, cette littérature empirique n'est pas toujours suffisamment connue des professionnels qui travaillent auprès de ces patients. L'objectif de cet article est de proposer une synthèse des études sur l'efficacité des approches psychologiques dans la douleur chronique en pédiatrie. Globalement, on peut retenir que les thérapies comportementales et cognitives, la relaxation, le biofeedback et l'hypnose sont des approches qui ont fait leurs preuves dans cette indication. Elles ont un effet significatif sur l'intensité douloureuse, la fréquence des crises, l'impact fonctionnel et améliorent probablement la qualité de vie des enfants et de leur entourage. Ces approches psychologiques doivent être intégrées à la prise en charge médicale classique. Elles impliquent d'adopter une perspective biopsychosociale et de mettre en place une collaboration effective entre psychologues et médecins.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [remy.amouroux@unil.ch](mailto:remy.amouroux@unil.ch) (R. Amouroux).

**KEYWORDS**

Chronic pain;  
Children and  
adolescent;  
Psychotherapy

**Summary** Chronic pain in children and adolescents may have a significant psychological and social impact. In the last twenty years, research related to pain and its treatment received increased attention. Nowadays, many relevant therapeutic interventions are available. However, psychologists and medical practitioners are not always aware of the existing empirical supported literature. This paper aims at giving a survey on documented effective psychological interventions on pediatric pain. On the whole, we can say that behavior and cognitive therapy, biofeedback, relaxation and hypnosis are particularly relevant. They reduce the intensity of pain, frequency of symptoms and minimize the related outcomes. Further benefits include improvements in quality of life for children and relatives. These interventions have to be integrated in the classical medical practice within a biopsychosocial approach. This implies a collaborative work between psychologists and medical practitioners.  
© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

**Introduction**

La douleur chronique chez l'enfant et l'adolescent peut avoir un important retentissement sur le fonctionnement physique, psychologique et social. Pour faire face à ce phénomène complexe, on dispose actuellement des stratégies thérapeutiques diverses. Les approches psychologiques y occupent une place de choix et sont l'objet d'un nombre important de travaux empiriques. Étonnamment, cette littérature n'est pas toujours bien connue des professionnels. Elle constitue pourtant un argument important pour justifier et développer la pratique de la psychothérapie dans la prise en charge de la douleur. L'objectif de cet article est de proposer une synthèse des travaux récents dans ce domaine. Pour ce faire, après une description des implications cliniques de la douleur chronique chez l'enfant, nous exposerons brièvement les enjeux théoriques de l'évaluation des psychothérapies. Nous décrirons ensuite les principaux résultats des travaux empiriques à ce sujet, suivis d'une présentation des stratégies thérapeutiques dont l'efficacité a été démontrée. Enfin, nous terminerons par les aspects pratiques liés à l'application des approches psychothérapeutiques dans ce contexte.

**La douleur chronique chez l'enfant et l'adolescent**

Selon Perquin et al., la prévalence des douleurs chroniques chez les enfants et adolescents s'élève à 25% en Europe continentale [1]. Dans une revue systématique de la littérature, King et al. [2] relèvent une disparité dans les études de prévalence : de 8 à 83% pour les céphalées, de 4 à 49% pour les douleurs abdominales, de 14 à 24% pour les lombalgies, de 4 à 40% pour les douleurs musculo-squelettiques, de 4 à 49% pour les douleurs multiples et de 5 à 88% pour d'autres types de douleurs. Ces résultats témoignent de l'importante diversité des troubles qui sont associés à la douleur chronique. Cette disparité peut en partie être expliquée par la variation de la prévalence de ces pathologies selon l'âge. Par exemple, la prévalence des douleurs abdominales est plus grande chez les jeunes enfants que chez les adolescents tandis que les douleurs rachidiennes tendent à croître avec l'âge. Le sexe est également un facteur de

variabilité, les filles étant plus sujettes à souffrir de douleurs chroniques que les garçons [2]. Cependant, la principale difficulté à établir des données épidémiologiques cohérentes provient d'une absence de définition internationale officielle et consensuelle pour la douleur chronique. La majorité des acteurs retiennent qu'une douleur est dite chronique si elle perdure au-delà de la durée habituelle de rémission, notamment au-delà de trois à six mois.

*Les douleurs de l'enfant et l'adolescent sont susceptibles d'entraîner des difficultés développementales, scolaire, relationnelle, familiale et économique.*

En effet, l'absentéisme scolaire dû aux douleurs est courant et peut être à l'origine de répercussions sur l'avenir professionnel de l'enfant tout comme sur le développement de ses compétences sociales [3,4]. Il n'est pas rare que les douleurs engendrent un retrait des activités avec les pairs car l'enfant cherche le repos et l'isolement lors des moments de crise [5]. Cela peut entraîner un cercle vicieux où plus l'enfant s'isole, plus il risque de perdre la motivation à s'autonomiser et plus il lui sera difficile de réintégrer ses pairs [6]. De plus, ce retrait de la vie sociale entraîne une diminution de l'activité physique qui a pour conséquence d'exacerber à nouveau les douleurs et l'impact fonctionnel [7]. Par ailleurs, les douleurs peuvent engendrer une lourde charge parentale, tant sur un plan émotionnel que fonctionnel. Le souci constant pour l'enfant et la crainte que les douleurs témoignent d'un trouble sévère tend à accroître l'anxiété des parents. Les jours de travail manqués pour s'occuper de leur enfant ou le conduire à des rendez-vous médicaux ont également des répercussions financières et imposent aux parents de faire des compromis, qui mettent parfois en difficulté leur carrière professionnelle [8]. L'équilibre relationnel au sein de la famille peut également être difficile en raison de l'attention particulière portée à l'enfant douloureux chronique comparé au reste de la fratrie [9]. Ces situations complexes ne bénéficient pas toujours d'un traitement adéquat, notamment lorsque ces facteurs psychologiques et sociaux sont absents de la prise en charge des patients [10]. C'est probablement la reconnaissance de l'importance de cette dimension

biopsychosociale qui est à l'origine de la recrudescence de travaux d'évaluation des approches psychologiques de la douleur chronique chez l'enfant et l'adolescent.

## Évaluer les psychothérapies

Dans le domaine de la douleur chronique, en parallèle aux traitements pharmacologiques, il existe un ensemble de stratégies thérapeutiques s'appuyant sur les connaissances scientifiques en psychologie. Dans cet article, nous nous y référerons sous le vocable de psychothérapie en accord avec la définition de Norcross. Ce dernier souligne notamment qu'une approche psychothérapeutique doit reposer sur des « principes psychologiques établis » [11]. Cela implique, d'une part, que la stratégie psychologique en question s'accompagne d'une modélisation théorique conséquente. D'autre part, cette définition suggère que ces approches doivent se soumettre à une forme d'évaluation. À ce sujet, la conception contemporaine des psychothérapies est notamment liée au travail d'un groupe de chercheurs de l'Association américaine de psychologie (APA) qui a proposé des critères empiriques pour évaluer l'efficacité des traitements psychologiques et établir des « traitements psychologiques appuyés empiriquement » (*empirically supported therapies* [EST]) [12]. S'inspirant des principes de l'*evidence-based medicine* (EBM), ils recommandent de développer des essais randomisés contrôlés (ERC) et d'encourager la conduite de méta-analyses. Les ERC sont des études où l'on compare les résultats d'une intervention sur une ou plusieurs cibles thérapeutiques – comme par exemple le nombre de crises douloureuses – chez un groupe d'individus, aux résultats d'un autre groupe qui n'a pas reçu cette intervention ou qui en a reçu une autre. Quant à la méta-analyse, c'est une méthode statistique qui a pour objectif de combiner les résultats de plusieurs essais cliniques contrôlés indépendants mais portant sur un domaine commun afin d'en faire une synthèse. De manière générale, l'EST permet de se prémunir contre une certaine candeur – voire un manque d'objectivité patent – qui amènerait certains psychothérapeutes à confirmer systématiquement et préférentiellement l'efficacité de l'approche psychothérapeutique qui a leur faveur. Ces pratiques ont, en outre, depuis leurs mises en œuvre, largement participé à la reconnaissance et au développement de la psychothérapie per se. L'application de ces principes méthodologiques à la psychothérapie comporte cependant d'importantes limites [13]. Parmi les principaux reproches, retenons les questions de la représentativité des sujets inclus dans ces études et le caractère rigide des protocoles thérapeutiques proposés.

*Fixer des critères précis d'inclusion est à la fois nécessaire du point de vue méthodologique et problématique du point de vue de la validité «écologique» de la démarche.*

Comment s'assurer que ce qui est efficace pour des patients « sélectionnés » pour présenter une série de caractéristiques précises, l'est aussi pour des patients tout-venants? *Mutatis mutandis*, comment être certain que les pratiques psychothérapeutiques standardisées des

chercheurs sont comparables à celles – nécessairement plus souples – des cliniciens? C'est notamment pour répondre à ces critiques légitimes que l'APA recommande de développer des études plus proches des conditions réelles d'exercice et d'utiliser les études de cas uniques en complément des ERC.

Dans le domaine de la douleur chronique chez l'enfant et l'adolescent, on dispose actuellement d'un nombre important d'ERC et de méta-analyses [14–24]. Ces travaux permettent de justifier la place des approches psychologiques efficaces dans la prise en charge des patients et devraient aussi favoriser une réflexion sur les pratiques les plus efficaces. Les psychothérapies basées sur les preuves ne sont, ici aussi, cependant pas exemptes de défauts. Ainsi, la majorité des auteurs ont choisi la diminution par deux de l'intensité des crises douloureuses comme critère principal d'évaluation des effets thérapeutiques. Cela est étonnant car dans la douleur chronique, particulièrement chez l'adolescent, il n'est pas rare que l'on observe une importante amélioration clinique sans que cela se traduise par une diminution du score de l'échelle numérique simple. C'est d'ailleurs pour cette raison que la notion d'impact fonctionnel est particulièrement pertinente dans cette population [25]. Ces travaux empiriques restent cependant une source d'information essentielle sur l'efficacité et l'efficience des psychothérapies dans la douleur chronique. De manière générale, si les applications rigides de l'EBM aux champs des psychothérapies doivent être critiquées, une utilisation raisonnée de la littérature sur le sujet est indispensable aux psychologues et aux psychiatres qui exercent dans des structures de prise en charge de la douleur ou qui travaillent auprès de patients douloureux chroniques.

## Efficacité des approches psychologiques

On dispose actuellement de onze méta-analyses qui portent spécifiquement sur les approches psychologiques dans la douleur chronique chez l'enfant et l'adolescent (Tableau 1). Ces études soulignent globalement l'efficacité de la relaxation, du biofeedback, de l'hypnose et plus généralement des thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans ce domaine.

Parmi ces travaux, le plus récent [18] porte sur 37 ERC, dont 21 concernent les céphalées chez l'enfant, pour les douleurs abdominales, 2 pour la fibromyalgie, 2 pour le syndrome du côlon irritable, 2 pour la drépanocytose, 2 pour des douleurs multiples. Les auteurs ont constitué deux groupes pour leurs analyses: les douleurs céphalalgiques et les douleurs non céphalalgiques. Les enfants et adolescents céphalalgiques qui bénéficient de ces traitements ont presque deux fois et demi plus de chance (risque relatif (RR) = 2,47 [1,97–3,09]) d'avoir une amélioration clinique significative (diminution de plus de 50% de l'intensité de la douleur). Le RR est encore plus bénéfique lorsqu'on évalue les enfants 3 à 12 mois après l'arrêt du traitement (RR = 2,89 [1,03–8,07]). Le nombre de patients à traiter (NNT = 2,94) signifie que trois enfants doivent être pris en charge pour que l'un d'entre eux ait une amélioration clinique significative. Ces approches permettent par ailleurs de diminuer l'impact fonctionnel des céphalées respectivement juste après le traitement et sur le moyen-terme (différence moyenne standardisée [DMS] –0,49, 95%

**Tableau 1** Conclusion des méta-analyses sur les approches psychologiques dans la douleur chronique chez l'enfant et l'adolescent.

Auteurs	Année	Nombre d'études	Conclusion/Principaux résultats	Commentaire
Hermann et al. [20]	1995	17	« Le biofeedback (BFB) et les interventions qui combinent le biofeedback ainsi que la relaxation semblent être significativement plus efficaces que les autres approches psychologiques, qu'un placebo, et que les traitements prophylactiques courants »	Première méta-analyse qui souligne l'intérêt des approches psychologiques dans la douleur chronique chez l'enfant (migraine)
Holden et al. [22]	1999	31	« La relaxation et l'auto-hypnose sont des traitements efficaces des céphalées. Le BFB thermal est probablement efficace »	La méta-analyse porte sur les céphalées récurrentes
Hermann et al. [21]	2002	15	« Le BFB thermal est probablement efficace dans le traitement de la migraine chez l'enfant. Le BFB de tension musculaire est une approche prometteuse pour le traitement des céphalées de tension chez l'enfant. Le BFB n'a pas démontré son efficacité dans les douleurs abdominales récurrentes et l'arthrite juvénile »	Seule méta-analyse qui porte spécifiquement sur l'intérêt du biofeedback
Eccleston et al. [15]	2002	18	« Il existe un niveau de preuve important pour affirmer que les traitements psychologiques, principalement la relaxation et les TCC, sont hautement efficaces pour réduire l'intensité et la fréquence des céphalées chez l'enfant »	La méta-analyse porte sur la douleur chronique mais la majorité des études portent sur les céphalées récurrentes
Trautmann et al. [24]	2006	23	« L'efficacité des traitements psychologiques (relaxation, BFB, TCC) dans les céphalées chez l'enfant atteint le niveau de preuve 1a (niveau maximum selon l'Oxford center for evidence base medicine). Les effets se maintiennent au moins un an »	La méta-analyse porte sur les céphalées récurrentes
Palermo et al. [23]	2010	25	« Les traitements psychologiques (principalement la relaxation et les TCC) sont des traitements efficaces des céphalées, des douleurs abdominales récurrentes, et de la fibromyalgie »	Les auteurs soulignent l'intérêt des thérapies « auto-administrée » (sans thérapeute en face à face mais par Internet, avec un manuel ...)
Eccleston et al. [18]	2014	37	« Les traitements psychologiques sont efficaces pour réduire la douleur des enfants et adolescents douloureux chroniques. Il est probable que ces traitements permettent aussi de diminuer l'anxiété et la dépression »	4 <sup>e</sup> version de la méta-analyse depuis 2003 (Eccleston 2003, 2009, 2012)



Tableau 1 (Suite)

Auteurs	Année	Nombre d'études	Conclusion/Principaux résultats	Commentaire
Fisher et al. [19]	2014	35	« Les psychothérapies peuvent réduire significativement la douleur et l'impact fonctionnel chez les enfants et adolescents douloureux chroniques. Il y a cependant un manque de preuves pour certaines pathologies douloureuses et pour certaines cibles d'évaluation »	Les auteurs recommandent en particulier les TCC et soulignent qu'on ne sait cependant pas actuellement ce qui est spécifiquement efficace dans ces approches parce qu'elles sont composées d'une somme d'éléments difficilement dissociables

IC -0,74 à -0,24,  $z=3,90$ ,  $p<0,01$ ; DMS -0,46, 95% IC -0,78 à -0,13,  $z=2,72$ ,  $p<0,01$ ). Cinquante-six pour cent des enfants et adolescents céphalalgiques ayant bénéficié de psychothérapie s'améliorent contre 22% pour ceux qui n'en ont pas reçu. Concernant les douleurs non céphalalgiques, les auteurs soulignent que les enfants et adolescents qui bénéficient d'un traitement psychologique diminuent leur score douleur à l'issue de la thérapie (DMS -0,57, 95% IC -0,86 à -0,27,  $z=3,74$ ,  $p<0,01$ ), mais pas sur le moyen-terme (DMS -0,11, 95% IC -0,41 à 0,19,  $z=0,73$ ,  $p>0,05$ ). Ces approches ont aussi un effet bénéfique sur l'impact fonctionnel à court-terme (DMS -0,45, 95% IC -0,71 à -0,19,  $z=3,40$ ,  $p<0,01$ ), mais ces effets ne se maintiennent pas à moyen-terme (DMS -0,35, 95% IC -0,71 to 0,02,  $z=1,87$ ,  $p>0,05$ ). Ces résultats permettent de justifier et d'encourager l'utilisation de la relaxation, du biofeedback, de l'hypnose et plus généralement de l'approche comportementale et cognitive dans la douleur chronique chez l'enfant et l'adolescent.

## Approches psychothérapeutiques validées empiriquement

### L'hypnose

On peut définir l'hypnose comme un état de conscience augmenté, associé ou non à une forme de relaxation, faisant largement appel aux capacités imaginatives ainsi que de visualisation, et qui permet de modifier certaines expériences subjectives [26,27] (Tableau 2). Cet état s'appuie sur un lien relationnel spécifique avec un psychothérapeute. Les hypnotérapeutes ne cherchent cependant pas à induire une dépendance au long cours et privilégient l'appropriation de la technique par le patient, notamment par le biais de l'auto-hypnose. Il existe de nombreux exercices d'hypnose adaptés à l'enfant et à l'adolescent douloureux chronique. Par exemple le lieu refuge consiste à proposer à l'enfant de se rendre dans son lieu favori: « imagine un de tes endroits préférés, où tu es déjà allé, où tu voudrais retourner ». L'objectif est alors d'explorer les capacités de l'enfant à se construire un espace de sécurité interne où il pourra se réfugier lors de situations émotionnellement difficiles et potentiellement à l'origine de crises douloureuses.

### La relaxation

Le principe général de la relaxation consiste en un relâchement musculaire et psychologique [27]. L'objectif de la relaxation n'est cependant pas seulement d'obtenir une détente et de diminuer le niveau général de stress, mais aussi d'amener l'enfant ou l'adolescent à être présent à ce qu'il se passe dans son corps. C'est cette attention particulière au corps, ce « lâcher-prise » plus ou moins facile à obtenir, qui va servir de support à une approche psychothérapeutique dans la douleur chronique. L'expérience de relaxation va pouvoir être travaillée en individuel ou en groupe avec le thérapeute. Selon les cas elle peut être au centre de la prise en charge thérapeutique ou n'en constituer qu'une séquence.

La majorité des études qui ont évalué la pratique de la relaxation chez les enfants douloureux chroniques s'appuient sur la méthode de relaxation progressive de Jacobson. Cette méthode consiste à alterner des phases de contraction et de détente de certains muscles jusqu'à obtenir une réponse de relaxation générale. Il existe aussi des études faisant référence à la méthode du training autonome de Schultz. Cette méthode combine l'apprentissage de la détente musculaire à des suggestions de chaleur et de pesanteur.

### Le biofeedback

Le biofeedback est une méthode qui utilise un dispositif technologique de visualisation de différentes fonctions physiologiques comme le rythme cardiaque, le rythme respiratoire, la température cutanée, le tonus ou encore l'activité musculaire [28]. Par exemple, une interface ludique permet de visualiser sur un écran d'ordinateur la progression d'un personnage dans un labyrinthe: plus l'enfant se détend, plus le personnage avance. À l'inverse, une expérience de stress va le stopper net dans sa progression.

*Le recours à l'informatique permet souvent de contourner certaines résistances des enfants et des adolescents vis-à-vis des prises en charge psychologique.*

**Tableau 2** Description et spécificité des approches psychothérapeutiques validées empiriquement dans la douleur chronique.

	Définition	Objectifs et intérêt dans la douleur chronique
Hypnose	Mode de fonctionnement psychologique favorisant l'émergence d'un état de « conscience augmentée »	Apprentissage de l'auto-hypnose pour faire face à la douleur Développer les ressources et la créativité face à l'adversité
Relaxation	État de décontraction physique et psychique	Développer des expériences de bien-être antagonistes à celles du stress et de la douleur Développer une attention au corps qui n'est pas centrée sur la douleur
Biofeedback	Appareil qui permet l'observation immédiates de variables physiologiques (rythme cardiaque, tension musculaire...)	Faciliter l'apprentissage de la relaxation Expérimentation concrète et ludique des interactions entre le corps et l'esprit
TCC	Modèle psychothérapeutique s'appuyant sur l'étude des liens entre les émotions, les pensées et les comportements	Mise en évidence de manières de penser et/ou d'agir qui majorent la douleur Favoriser le développement de stratégies alternatives

317 C'est aussi un bon support pour des séances de relaxation  
318 et d'hypnose. Dans notre expérience clinique, la pratique  
319 du biofeedback – notamment la mesure de la conductance  
320 cutanée – permet surtout de « visualiser le niveau de stress »  
321 de façon simple et ludique. L'intérêt de ce dispositif est  
322 alors de faire comprendre à l'enfant le lien entre les pen-  
323 sées, les émotions et le corps. Il s'agit aussi de montrer qu'il  
324 est possible d'avoir une action volontaire sur ces variables,  
325 ceci afin que l'enfant prenne conscience de ses ressources  
326 personnelles.

### 327 Les thérapies comportementales et cognitives 328 (TCC)

329 Les TCC sont des psychothérapies qui s'appuient sur les théo-  
330 riques de l'apprentissage et du traitement de l'information.  
331 Elles constituent actuellement le principal référentiel théo-  
332 rique dans la littérature internationale sur la prise en charge  
333 de la douleur et ont donné lieu à différentes proposi-  
334 tions de modélisation et d'intervention. Le modèle de la  
335 peur-évitement de Vlayen, initialement développé dans les  
336 douleurs musculo-squelettiques chez l'adulte, a récemment  
337 été adapté à l'enfant et l'adolescent [7]. Dans la perspective  
338 de Vlayen, les patients douloureux chroniques développent  
339 une peur du mouvement car ils craignent de se blesser, ce  
340 qui favorise la mise en place de conduite d'évitement. Cela  
341 aboutit à un état d'incapacité fonctionnelle et de détresse  
342 psychologique. La peur du mouvement peut être fortement  
343 diminuée grâce à des stratégies dont l'utilité est reconnue  
344 dans la prise en charge des phobies : la désensibilisation  
345 systématique et l'exposition. En outre, Tonya Palermo [6]  
346 a souligné l'importance des interactions entre la patholo-  
347 gie douloureuse et le fonctionnement familial. Les crises  
348 douloureuses entraînent en effet généralement une atten-  
349 tion marquée de la part des parents. Cette attention peut

progressivement focaliser l'enfant et la famille autour de  
la plainte douloureuse et en développer massivement les  
manifestations. En parallèle des approches psychocorpo-  
relles, ces auteurs recommandent de développer une prise  
de conscience de ces conduites aux effets paradoxaux et  
la mise en place de stratégies alternatives à cette « hyper-  
focalisation » sur la douleur par exemple en apprenant à  
l'enfant et aux parents des stratégies de distraction.

### Autres approches

Récemment, une série de travaux se sont intéressés aux  
approches psychothérapeutiques délivrées à distance, c'est-  
à-dire principalement par Internet ou par *smartphone*. Chez  
l'enfant et l'adolescent une première méta-analyse souligne  
l'efficacité de ces approches notamment dans les céphalées  
[29]. Ces résultats sont encourageants mais d'autres tra-  
vaux seront nécessaires pour pouvoir statuer sur le sujet.  
L'importante prévalence de la douleur chronique ainsi que  
l'intérêt des enfants et des adolescents pour les nouvelles  
technologies de communication légitimeraient le dévelop-  
pement de programmes francophones de ce genre.

Une revue de la littérature a démontré l'intérêt des psy-  
chothérapies psychanalytiques dans différentes indications  
chez l'enfant et l'adolescent mais pas sur la douleur chro-  
nique [30]. On ne dispose en effet, à notre connaissance,  
que d'un seul ERC auprès de 33 enfants céphalalgiques dont  
les résultats positifs sont prometteurs et demandent à être  
confirmés par d'autres études [31]. Dans notre expérience,  
ce type de prise en charge est bénéfique lorsque les enfants  
manifestent une forme de demande active de psychothéra-  
pie.

Enfin, d'autres pratiques – qui ne correspondent pas à la  
définition de la psychothérapie envisagée au début de ce  
travail – comme le yoga, la sophrologie, le tai-chi ou encore

**Tableau 3** La collaboration entre médecin et psychothérapeute dans la douleur chronique.

	Stratégie à suivre	Conséquence probable
À l'attention du médecin	Se renseigner sur les « psy » qui travaillent dans la région où l'on exerce S'intéresser à ce que font les « psy » auxquels on adresse un patient douloureux chronique Poursuivre la prise en charge médicale après que l'on ait adressé au « psy »	Créer un réseau local de psychothérapeutes compétents Évite d'être confus lorsqu'on présente les interventions psychologiques au patient  Favorise l'adhérence aux approches psychologiques
À l'attention du psychothérapeute	Ne pas adopter systématiquement une vision psychologisante qui exclue la dimension organique de la douleur chronique Échanger sur le patient avec le médecin pendant le suivi  Tenir au courant le patient des échanges avec le médecin	Évite les messages contradictoires avec ceux du médecin et favorise l'adhérence à la dimension psychologique de la douleur chronique Encourage le médecin à prendre en considération le rôle des facteurs psychologiques Encourage le patient à concevoir l'interdépendance des aspects médicaux et psychologiques dans la douleur chronique

383 le Qi Gong, du fait de leur proximité avec la relaxation et  
384 l'hypnose, sont probablement pertinentes dans la prise en  
385 charge de la douleur chez l'enfant mais n'ont pas fait l'objet  
386 de travaux rigoureux d'évaluation.

### 387 Comment fait-on en pratique ?

388 Dans les paragraphes précédents, nous nous sommes attachés à fournir une synthèse de la littérature contemporaine  
389 sur les prises en charge psychologiques dans la douleur chronique. Mais, comme nous l'avons déjà mentionné dans la  
390 première partie sur l'évaluation des psychothérapies, il est important d'adapter ces considérations à la réalité pratique  
391 (Tableau 3). Il serait en effet dommage de ne pas proposer ces approches à des patients douloureux chroniques sous  
392 prétexte que l'on ne connaît pas de clinicien qui propose un programme rigoureusement identique à celui d'une des  
393 études incluses dans la dernière méta-analyse sur le sujet. Il est de plus important de prendre en considération qu'il y  
394 a une disparité en termes d'offre de soin sur le territoire. Les régions les plus densément peuplées sont ainsi souvent  
395 bien plus dotées en psychothérapeutes. Aussi, il apparaît raisonnable d'adapter son niveau d'exigence à l'offre de  
396 soin disponible. De manière globale, le principal message à retenir de ces recherches est que les approches psychologiques  
397 sont efficaces dans la douleur chronique chez l'enfant et l'adolescent et qu'elles devraient vivement être encouragées  
398 par les médecins et les psychologues qui exercent auprès de ces patients. Les programmes d'interventions psychothérapeutiques  
399 structurés sont probablement à réserver à des consultations hospitalières spécialisées et pourraient idéalement jouer  
400 un rôle de coordination et de ressource auprès des professionnels de leur secteur. Lorsqu'on ne dispose pas de psychothérapeute  
401 spécialisé dans la douleur chez l'enfant, il est pertinent de s'orienter vers un

praticien d'une approche psychocorporelle. Dans ce cas, il est important que le médecin qui adresse le patient au psychothérapeute explique à ce dernier ce qu'est la douleur chronique et que cette prise en charge soit le produit d'une réflexion commune.

En effet, adresser en psychothérapie des patients douloureux chroniques ne va pas de soi. Pour beaucoup d'entre eux, cette proposition de soins psychologiques peut être perçue comme une forme de remise en cause de l'authenticité de la plainte par le médecin. Au risque d'être caricatural, on peut difficilement imaginer une situation plus catastrophique du point de vue du patient, qu'une série d'essais médicamenteux sans réel résultat, qui se solde par une proposition de psychothérapie et la fin de la prise en charge médicale. Parler de psychothérapie avec son patient douloureux implique d'avoir préalablement démontré que l'on considère que la douleur – et tout particulièrement la douleur chronique – est un phénomène complexe de nature biopsychosociale. Pour le médecin, cela nécessite d'avoir un intérêt ainsi qu'une connaissance minimale de psychologie et de psychothérapie de la douleur chronique. Cela implique surtout d'envisager de travailler en collaboration étroite avec un psychothérapeute, c'est-à-dire d'échanger régulièrement avec lui sur l'évolution clinique du patient. Symétriquement, cela nécessite pour le psychothérapeute de s'intéresser aux enjeux médicaux de la douleur chronique et d'envisager de partager des informations sur la psychothérapie avec le médecin qui lui a adressé le patient.

### 444 Conclusion

445 À l'issue de cette synthèse de la littérature empirique, on peut conclure que les TCC, la relaxation, le biofeedback et l'hypnose sont efficaces dans la prise en charge de la douleur chronique chez l'enfant et l'adolescent. Pourtant,



comme le soulignent Fisher et al. dans la dernière méta-analyse sur cette thématique : « Nous sommes actuellement incapables de dire s'il existe un composant "clef" dans les psychothérapies [de la douleur chronique] » [19]. En effet, malgré les indispensables travaux empiriques sur la question qui ont notamment montré l'efficacité de ces approches, nous ne sommes toujours pas capables de dire précisément ce qui « marche » et surtout « pourquoi cela marche ».

Ainsi, s'il est important de recommander et d'encourager la pratique des approches psychothérapeutiques empiriquement validées dans la prise en charge de la douleur chronique, cela ne dispense pas d'une perspective critique sur l'interprétation des résultats. Le risque serait en effet de faire une lecture simplificatrice de ces travaux de recherche, voire même d'en réifier les conclusions. En effet, nous ne pouvons pas savoir quels éléments sont spécifiquement efficaces dans la prise en charge de la douleur chronique. Il est cependant possible de statuer sur ce qui a été évalué dans ce domaine. Enfin, utiliser des approches psychothérapeutiques empiriquement validées ne dispense pas d'être attentif à la qualité de la prise en charge. C'est-à-dire ici, non seulement l'alliance entre le patient et le clinicien, mais aussi plus spécifiquement la collaboration – l'alliance ? – entre le médecin et le psychothérapeute.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Hunfeld JA, Bohnen AM, van Suijlekom-Smit LW, Passchier J, et al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain* 2000; 87:51–8.
- [2] King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain* 2011;152:2729–38.
- [3] Claar RL, Walker LS. Functional assessment of pediatric pain patients: psychometric properties of the functional disability inventory. *Pain* 2006;121:77–84.
- [4] Kaczynski KJ, Claar RL, LeBel AA. Relations between pain characteristics, child and parent variables, and school functioning in adolescents with chronic headache: a comparison of tension-type headache and migraine. *J Pediatr Psychol* 2013;38:351–64.
- [5] Forgeron PA, King S, Stinson JN, McGrath PJ, MacDonald AJ, Chambers CT. Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: a systematic review. *Pain Res Manag* 2010;15:27–41.
- [6] Palermo TM. Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: a critical review of the literature. *J Dev Behav Pediatr* 2000;21:58–69.
- [7] Simons LE, Smith A, Kaczynski K, Basch M. Living in fear of your child's pain: the parent fear of pain questionnaire. *Pain* 2015;156:694–702.
- [8] Palermo TM, Law EF, Essner B, Jessen-Fiddick T, Eccleston C. Adaptation of problem-solving skills training (PSST) for parent

- caregivers of youth with chronic pain. *Clin Pract Pediatr Psychol* 2014;2:212–23.
- [9] Logan D, Guite J, Sherry D, Rose J. Adolescent–parent relationships in the context of adolescent chronic pain conditions. *J Pain* 2006;22:576–83.
- [10] Howard RF. Current status of pain management in children. *JAMA* 2003;290:2464–9.
- [11] Norcross JC. An eclectic definition of psychotherapy. In: Zeig JK, Munion WM, editors. *What is psychotherapy? Contemporary perspectives*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1990. p. 218–20.
- [12] Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:7–18.
- [13] Zimmermann G, Pomini V. Méta-analyse et efficacité des psychothérapies: faits et fictions. *Psychol Fr* 2013;58:167–75.
- [14] Eccleston C, Yorke L, Morley S, Williams AC, Mastroiannopoulou K. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD003968.
- [15] Eccleston C, Morley S, Williams A, Yorke L, Mastroiannopoulou K. Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief. *Pain* 2002;99:157–65.
- [16] Eccleston C, Palermo TM, de C Williams AC, Lewandowski A, Morley S, Fisher E, et al. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2012: CD003968.
- [17] Eccleston C, Palermo TM, de C Williams AC, Lewandowski A, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2009:CD003968.
- [18] Eccleston C, Palermo TM, de C Williams AC, Lewandowski Holley A, Morley S, Fisher E, et al. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2014: CD003968.
- [19] Fisher E, Heathcote L, Palermo TM, de C Williams AC, Lau J, Eccleston C. Systematic review and meta-analysis of psychological therapies for children with chronic pain. *J Pediatr Psychol* 2014;39:763–82.
- [20] Hermann C, Kim M, Blanchard EB. Behavioral and prophylactic pharmacological intervention studies of pediatric migraine: an exploratory meta-analysis. *Pain* 1995;60:239–55.
- [21] Hermann C, Blanchard EB. Biofeedback in the treatment of headache and other childhood pain. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2002;27:143–62.
- [22] Holden EW, Deichmann MM, Levy JD. Empirically supported treatments in pediatric psychology: recurrent pediatric headache. *J Pediatr Psychol* 1999;24:91–109.
- [23] Palermo TM, Eccleston C, Lewandowski AS, Williams AC, Morley S. Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: an updated meta-analytic review. *Pain* 2010;148:387–97.
- [24] Trautmann E, Lackschewitz H, Kröner-Herwig B. Psychological treatment of recurrent headache in children and adolescents? A meta-analysis. *Cephalalgia* 2006;26:1411–26.
- [25] McGrath PJ, Walco GA, Turk DC, Dworkin RH, Brown MT, Davidson K, et al. Core outcome domains and measures for pediatric acute and chronic/recurrent pain clinical trials: PedIMMPACT recommendations. *J Pain* 2008;9:771–83.
- [26] Olness K, Kohen DP. Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant. *Belgique: Sates*; 2006.
- [27] Lioffi C, Kuttner L, Wood C, Zeltzer LK. Hypnosis and relaxation. In: McGrath PJ, Stevens BJ, Walker SM, Zempsky WT,



507  
508  
509  
510  
511  
512  
513  
514  
515  
516  
517  
518  
519  
520  
521  
522  
523  
524  
525  
526  
527  
528  
529  
530  
531  
532  
533  
534  
535  
536  
537  
538  
539  
540  
541  
542  
543  
544  
545  
546  
547  
548  
549  
550  
551  
552  
553  
554  
555  
556  
557  
558  
559  
560  
561  
562  
563  
564  
565  
566  
567  
568  
569  
570  
571  
572  
573  
574

- 575 editors. Oxford textbook of pediatric pain. Oxford: Oxford Uni- 582  
576 versity Press; 2014. p. 560–8. 583
- 577 [28] Schwartz MS, Andrasik F, editors. Biofeedback: a practitioner's 584  
578 guide. New York: The Guilford Press; 2003. 585
- 579 [29] Fisher E, Law E, Palermo TM, Eccleston C. Psychological thera- 586  
580 pies (remotely delivered) for the management of chronic and 587  
581 recurrent pain in children and adolescents. Cochrane Database 588  
Syst Rev 2015:CD011118.
- [30] Midgley N, Kennedy E. Psychodynamic psychotherapy for chil- 582  
dren and adolescents: a critical review of the evidence base. 583  
J Child Psychother 2011;37:232–60. 584
- [31] Balottin U, Ferri M, Racca M, Rossi M, Rossi G, Beghi E, et al. 585  
Psychotherapy versus usual care in pediatric migraine and 586  
tension-type headache: a single-blind controlled pilot study. 587  
Ital J Pediatr 2014;40:1–7. 588

UNCORRECTED PROOF