

Sport et asthme chez l'enfant

Par le Docteur : Samia LEZZAR



Introduction:

L'activité physique et sportive a toujours été recommandée en médecine. Elle a déjà prouvé sa valeur chez les personnes atteintes de maladies chroniques. Souvent, les praticiens la conseillent aux diabétiques, aux hypertendus, aux insuffisants cardiaques.

Son champ d'application est donc riche de promesses, il est extrêmement vaste, surtout si on sait bien l'inclure dans l'arsenal thérapeutique. Notre but est de faire-valoir cette activité dans le secteur de la santé, car elle représente un support supplémentaire, que l'on peut offrir aux patients, d'autant que la prise en charge soigneuse de ces malades permet d'atténuer la fréquence des crises et de faciliter leur réhabilitation sociale. Selon les récents travaux du séminaire portant sur «l'asthme à l'école» (Bourki, 2004), les constats sont les suivants: «la prévalence de l'asthme en Algérie est en constante augmentation; les statistiques officiels donnent 07% de malades asthmatiques. Selon le Pr. Berrahal: «c'est la maladie la plus fréquente au Maghreb». De toutes les maladies chroniques, l'asthme vient en tête avec 10 à 20% d'enfants scolarisés connus. Pour le Pr Khiati: «la fréquence de l'asthme chez l'enfant a été multipliée par dix en moins de 20 ans et ceux issus des milieux modestes et défavorisés sont les plus touchés par cette maladie».

Beaucoup d'études évoquent également 75% de l'absentéisme scolaire et professionnel dus à cette maladie. Hill, Standen, Tattersfield (1989) ont mis en évidence une corrélation positive entre l'absentéisme et la gravité de cette affection. D'autres recherches convergent pour montrer les vertus prophylactiques et thérapeutiques de l'activité physique et sportive dans les maladies chroniques dans les maladies chroniques et celle relevant de domaine psychosomatique. Une abondante littérature a été consacrée à la relation de cette discipline avec les autres secteurs de la médecine. «Les bénéfices de l'exercice physique peuvent être à la fois préventifs et curatifs. Il est établi, que des personnes pratiquant un exercice régulier et en bonne forme physique, ont un niveau d'anxiété significativement inférieur, cela est encore plus net, quand il s'agit d'exercice physique «vigoureux» (PAULHAN, Bourgeois, 1998)». Pour «Blair et All (1989)», cet effet préventif concernait toutes les maladies «(idem). Selon Rossant, Lumbroso (1983)» «ses effets curatifs, sous contrôle médical, sont prouvés dans l'infarctus du myocarde après quelques semaines, dans l'obésité, dans le diabète, dans l'amélioration de l'asthme, parfois même, dans les affections psychiatriques».

L'asthme est considéré comme une affection organique à forte implication psychologique. La pratique du sport trouve une indication intéressante dans cette maladie. Elle permet d'agir sur les deux aspects du trouble: l'aspect somatique, en utilisant des modifications physiologiques et l'aspect psychologique, en permettant une régulation psychobiologique. Pour le Pr Nafti: «Les enfants asthmatiques peuvent pratiquer le sport particulièrement les sports individuels, les sports collectifs; la course de fond et la plongée sous marine sont contre indiqués» (Bourki 2004).

Tout dépend, en grande partie, du type d'effort à fournir et de la discipline pratiquée. Il est vrai, que les risques inhérents à l'effort physique sont à prendre en considération. Il en résulte des difficultés respiratoires provoquant une crise d'asthme. La survenue de l'asthme d'effort est très grande, selon Lelong et Henard (1990), «chez l'enfant, la fréquence de l'asthme provoqué par l'effort physique dépasse probablement 90% bien que d'intensité très variable». Il existe, cependant, des champions olympiques, qui sont des ex-asthmatiques. La natation demeure le sport le plus indiqué, dans ce cas. D'autres sports ne sont pas à écarter, s'ils sont pratiqués raisonnablement, dans des conditions climatiques et hygiéniques requises.

Outre les bénéfices physiologiques de l'activité physique sportive: apprentissage d'un meilleur contrôle respiratoire (inspiration expiration), qui tend à diminuer les crises, elle contribue au renforcement d'un équilibre psychique «précaire» et à la construction progressive de la personnalité, qui se caractérise, chez l'asthmatique, par une structure particulière en rapport avec une fragilité émotionnelle et sociale et une immaturité affective. «L'asthmatique est un sujet inquiet, anxieux, dépendant (en particulier dépendance souvent non résolue vis-à-vis de la mère. Il apparaît insatiable et agressif» (Rivoliier 1989). Sa maladie, notamment les crises innombrables, dans les cas les plus sévères, est un agent causal, qui affecte l'ensemble des aspects du fonctionnement adaptatif du patient et mène à la destruction d'un équilibre dans tout un champ d'interaction sociales. Toute dislocation de ces relations le conduit inéluctablement à un repli sur soi, voire à l'isolement, pour peu que les parents soient hyper protecteurs.

La pratique du sport constitue, dans une certaine mesure, non seulement un processus d'apprentissage intensif, qui offre de larges possibilités au sujet dans la découverte, la prise de conscience de soi, de son corps, mais aussi, l'existence de forces interactives dans un groupe (sports collectifs) sont des faits essentiels, qui font renaître l'aptitude à les relations sociales et à l'intégration. Cela implique un retentissement positif sur la vie du malade et peut influencer l'évolution de sa maladie.

A cet effet, le rôle et la valeur de l'entraîneur et/ou de l'éducateur sportif mérite notre attention. Il doit faire œuvre pédagogique autant qu'œuvre « thérapeutique ». Sa capacité dans la prise en charge de ces patients est cruciale, à bien des égards. Il faut d'abord, qu'il évalue les possibilités de l'enfant et suivant celles-ci, il se fixe un programme de travail. A travers la relation de proximité et de rapprochement, il doit pouvoir développer leur intérêt pour une participation active et enthousiaste à l'exercice physique, dans le but d'améliorer leur état de santé et lutter contre la fréquence des disciplines médicales. En fait, il essaye, avant tout, de leur apprendre à envisager les situations susceptibles de provoquer la « crise », comment l'affronter et la surmonter. Cet apprentissage à l'anticipation de situations anxiogènes et les réactions face à elles est vital, afin de codifier des interventions préventives, sur la base d'exercices physiques indiqués. Par ailleurs, son rôle vise également à valoriser les forces personnelles du patient, à le rassurer, à stimuler et à soutenir sa progression.

Matériels & Méthodes

Il s'agit d'une étude expérimentale sur 16 patients asthmatiques colligés sur 34 suivis pendant 15 mois, soit environ 47%. Ils ont été d'abord soumis à un questionnaire pour le recueil de données socio-démographiques et cliniques, avant de suivre un programme d'activités physiques et sportives adapté, avec un contenu étudié rationnellement.

Critères de choix de l'échantillon :

Pour mener à bien, l'expérimentation, l'homogénéité des cas indispensable. Le choix a été non aléatoire, en principe la technique de sélection garantit un grand nombre de points communs: l'ensemble des consultés sont de sexe masculin; certains parents ont montré une réticence à la pratique du sport chez la fille. La moyenne d'âge est de 9,5 ans avec des extrêmes de 7 à 12 ans. Tous sont scolarisés (Tab n°2).

Il y a cependant, à notre avis, d'autres éléments également essentiels: l'anamnèse nous a permis de prendre un échantillon apte à la pratique sportive et d'écarter les cas « sévères », qui présentent une insuffisance respiratoire chronique, pour lesquels l'effort physique peut être contre-indiqué (Tab n°5). A noter, qu'on s'est d'abord assuré, que les enfants retenus n'avaient recours à aucun sport, ni scolaire, ni extrascolaire. Enfin, le milieu familial doit être collaborant, les parents et les patients doivent être motivés et engagés pleinement dans le processus expérimental.

Déroulement de l'expérimentation :

Le choix du club sportif a été retenu à partir des critères suivants :

- L'enseignant: nous avons sollicité la collaboration d'un professeur d'éducation physique et sportive, diplômé de l'université, ayant à son actif cinq années d'expériences, possédant des connaissances sur l'affection asthmatique et ayant déjà pris en charge cette catégorie de malades.

- La qualité des lieux par rapport à l'hygiène, à la disponibilité d'un matériel adéquat et de toutes les commodités pratiques (douche, eau courante, aération, etc...)

- Présence d'un médecin sur les lieux.

- L'application du programme sportif adapté s'est faite de manière progressive, à raison de trois séances par semaine, d'une durée de 45mn, étalée sur neuf mois. Elle va nous permettre d'analyser l'influence du sport sur l'état de chaque patient notamment par rapport aux trois aspects, qui intéressent particulièrement cette étude et qui sont intimement liés ; amélioration de l'état physique (diminution de fréquence des crises), renforcement de l'équilibre psychique et émotionnel ; meilleure inscrite scolaire et sociale.

Caractéristiques cliniques & évolutives

Caractéristiques cliniques :

Tab n° 1 : catégorie socioéconomique des parents

Profession du père	Nbre	%
Cadre supérieur	02	12,5%
Cadre moyen	04	25%
salariés	07	43,75%
Profession libérale	02	12,5%
retraité	01	6,25%
Total	16	100%

La majorité (43,75%) sont issus d'un milieu socioéconomique modeste, pour lequel le SMIG ne dépasse pas les 10.000DA.

Tab n° 2 : la scolarité

Qualité de la scolarité	Nbre	%
Un redoublement	09	56,25%
Deux redoublements	05	31,25%
Trois redoublements	02	12,5%
Total	16	100%

La qualité de la scolarité est souvent compromise par la maladie, la fréquence des crises et leur durée, ce qui rejoint ce qui a été dit dans la littérature. La majorité des patients (56,25%) ont redoublé au moins une fois ; (31,25%) deux fois et une minorité (12,5%) trois fois.

Toutefois la maladie n'apparaît pas toujours seule en cause. D'autres facteurs sont aussi à prendre en compte ; les difficultés familiales, des circonstances pénibles dans leur vie sont parfois la cause de la chute des résultats scolaires.



Tab n° 3 : Antécédents familiaux d'asthme

Antécédents	Oui	Non	Total
Nbre	05	11	16
%	31,25	68,75	100

On retrouve 31,25% ayant des antécédents familiaux d'asthme, contre 68,75%.

Tab n° 4 : Antécédents de traumatisme affectif

Antécédents de traumatismes	Oui	Non	Total
Nbre	07	09	16
%	43,75	56,25	100

L'asthmatique est particulièrement vulnérable au stress, la notion de traumatisme psychoaffectif est retrouvée chez 43,75% (séparation d'un des deux parents, divorce, décès d'un proche ; frère, sœur, parents...).

Tab n° 5 : Fréquence des crises

Fréquence	1 à 5 crises/an	5 à 10 crises/an	10 à 20 et plus/an	Total
Nbre	04	07	05	16
%	25	43,75	31,25	100

La fréquence des crises d'asthme, pour l'ensemble de l'échantillon, varie de 1 à 20 crises par an et parfois plus. La maladie se présente ainsi dans sa forme majoritairement bénigne : chez 25%, cette fréquence est plutôt « discrète » et occasionnelle, à raison de 1 à 5 crises par an, chez 43,75%, elle est relativement « moindre » (5 à 10 crises/an) et chez 31,25%, le nombre est un peu plus élevé allant de 10 à 20 crises par an et plus.

Tab n° 6: Troubles psychosocio-affectifs

Troubles	Emotivité	Manque de confiance en soi	Introversi on	isolement
fréquence	10	08	06	3
%	62,5	50	37,5	18,75

Le profil psychologique qui se dégage de l'ensemble des patients examinés met en évidence une émotivité prononcée chez 62,5%, un manque de confiance en soi chez 50%, avec un sentiment d'infériorité, sous estime de soi réactionnels au statut invalidant de la maladie, à la peur et à la honte des crises qui les exposant aux regards des autres, à leur rejet ou à la surprotection d'où un comportement d'évitement, de repli sur soi (37,5%) et des désinvestissements des contacts sociaux (18,75%).

Caractéristiques évolutives :

Dans notre série, les stratégies thérapeutiques expérimentale basée sur un programme sportif adéquat a été la même pour tous. Les résultats appréciés après neuf mois sont encourageants et font état d'une excellente tolérance à l'exercice physique. Aucune complication n'a été recensée.

L'évolution ultérieure est favorable, elle est marquée par :

La réduction des crises

Tab n° 7 : réduction des crises

Réduction	oui	Non	Total
Nombre	10	06	16
%	62,5%	37,5	100

La pratique régulière du sport entraîne une régression de la maladie, à travers la réduction des crises. La symptomatologie s'est améliorée chez 62,5% des patients, chez lesquels les crises tendent à se stabiliser et s'espacer, surtout chez ceux dont le nombre est supérieur à 5 crises par an (voir Tableau n°5).

Des modifications du mode respiratoire ont été notées. Grâce au développement de la perception, par l'enfant, des différents degrés du contrôle de la respiration, de sa régulation et de sa normalisation. Ce qui met en évidence le rôle potentiel de l'activité physique sportive dans la thérapeutique de l'asthme qui contribue autant que possible à l'amélioration réductionnelle de l'état général du patient et dont les indications doivent être soigneusement posées.

Evolution des troubles sociaux effectifs:

Tab n° 8 : Evolution des troubles socio-affectifs

Troubles évolution	Bonne		Moyenne		Fréquence
	Nbre	%	Nbre	%	
Emotivité	04	40	06	60	10
Confiance en soi Estime de soi	03	37,5	05	62,5	08
Introversi on	02	33,33	04	66,66	06
isolement	02	66,66	01	33,33	03

Le sport agit comme une sorte de stimulus et conduit finalement à un remaniement de la personnalité et à un changement de comportement chez l'asthmatique. Il en résulte un allègement du sentiment de frustration, une réduction des sentiments pénibles d'anxiété, de solitude, d'ennui et procure beaucoup de satisfactions. La littérature spécialisée s'accorde globalement à dire qu'on retrouve la notion de jeu dans la pratique sportive, qui véhicule beaucoup d'éléments ludiques. On constate alors l'importance indéniable de cette activité sur le psychisme du malade et dans la consolidation de son « Moi ». C'est un véritable exutoire aux problèmes psychoaffectifs et émotionnels, car dans le jeu, il y a abréaction de sentiments et pulsions refoulés, notamment l'agressivité qui s'extériorise plus facilement.

Comme le fait remarquer Klinkhammer-Stékéteé (1977): « l'agressivité réprimée mène à l'inertie, au manque du goût, à un sentiment d'incapacité à travailler selon ses aptitudes, à la timidité, à l'anxiété, à l'autodestruction etc...une agressivité libérée, donc affaiblie et canalisée, mène à la joie de vivre, à la croyance en soi-même, à la créativité, à la réalisation de soi ». Le malade acquiert, peu à peu, une sensation de bien-être dans tout le corps, une harmonie physiologique générale, à laquelle s'associent des émois agréables, de sécurité, de revalorisation de soi et de ses capacités. En terme psychanalytique, on peut parler de réinvestissement et de réassurance narcissique, conçus par rapport à la maladie, vécue comme une blessure narcissique.

Dans un autre registre, on remarque, par ces résultats (Tableau n°8), que l'activité sportive propose au patient l'expérience capitale d'un mode de relation nouveau avec autrui. Elle a été fructueuse par rapport au progrès dans la socialisation. Le pronostic est favorable, la faculté de relation et de communications s'est nettement enrichie et transformée, grâce au réajustement dans les réponses sociales et émotionnelles vis-à-vis des autres. A ce titre, la pratique du sport mérite d'être encouragée et le milieu doit la renforcer. Ce processus doit être évalué en fonction du type d'exercices les mieux appropriés aux besoins de chaque patient.



L'insertion scolaire

Tab n° 9 : Evolution de la scolarité

Scolarité Evolution	Bonne	Moyenne	Passable	Total
Nbr	04	07	05	16
%	25%	43,75%	31,25%	100%

Dans notre série, la majorité des sujets ont une scolarité anormale (voir Tab n°2). La maladie est souvent la cause de l'absentéisme ou d'une baisse de rendement scolaire. A ce niveau, les premiers signes de changement en mieux apparaissent. Si la pratique régulière d'un sport provoque des modifications physiques, motrices, psychiques et scolaire chez l'asthmatique, elle contribue aussi à la stimulation des fonctions cognitives, à l'augmentation des performances, des facultés inventives et créatives, comme le souligne Winnicott (1971): « C'est en jouant et peut être seulement en jouant, que l'enfant est libre de se montrer créatif », le résultat atteint (Tab n°9) dépend de chaque cas particulier.

L'amélioration est partielle, elle est « bonne » pour les uns (25%), « moyenne » (43,75%) et « passable » (31,25%) pour d'autres. Il ne devrait subsister aucune équivoque, quand à l'importance effective du sport et de cette activité ludique dans la vie infantile.

Beaucoup d'auteurs la confirment: Piaget (1959), Winnocott (1957), (1971), Château (1963), (1967), Zazzot (1969), dans l'édification de la personnalité, l'élaboration et la maturation de la pensée, dans le développement intellectuel de l'enfant. Elle offre des avantages immenses, en ce qu'elle ouvre de grandes possibilités pour remédier aux déficiences, que peut accuser l'enfant asthmatique scolarisé.

Conclusion : Le sport à une valeur en tant que jalon dans le long et difficile voyage de la maladie à sa stabilisation. Les résultats de notre étude sont prometteurs et satisfaisants. Ils illustrent, dans tous les cas, une progression nette, constatée par les parents et par les patients eux-mêmes. Jusque là méconnue ou ignorée, l'activité physique sportive occupe, désormais, une place notable – à côté de la médication – dans la thérapeutique de certaines maladies chroniques. L'adaptation de chaque discipline sportive selon le type de patient est primordiale. Elle assure un bon contrôle et une bonne maîtrise des symptômes, parfois mal équilibrés par d'autres moyens préventifs et contribue à l'épanouissement biopsychosocial du patient.

Références :

- Bourki (M): Séminaire sur l'asthme à l'école ; La nouvelle République, n° 1914, 1^{er} juin 2004.
- Hill (A), Standen (P.J), Tattersfiel (A.E): Asthma wheezing and school absence in primary schools-London: Archdis child, 1989.
- Klinkhamer-Steketée (H.T): Psychotérapie par le jeu. Trad du néerlandais par Nicole et Daniel Toy, (3ed), Dessart et Mardaga Editeurs, bruxelles, 1977.
- Lelong (M), Henard (J) : Asthme et sport chez l'enfant et l'adolescent, in N.P.N. médecine, n° 161, 1990, pp21-25.
- Paulhan (I), Bourgeois (M)- Stress et coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité, 2 ed.P.U.F. Paris, 1998.
- Rivolier (J) : L'homme stressé, PUF, 1989.
- Rossant-Lumbroso (J) : La médecine du sport – PUF, Paris, 1982.
- Winnicott (D.W)-connaissance de l'inconscient : Jeu de réalité, l'espace potentiel. Ed. Gallimard, Paris, 1971.

Résumé :

Sur la base de 16 observations, d'une part, et des données de la littérature d'autre part, nous nous proposons dans cette étude, de faire valoir le rôle prophylactique et thérapeutique de l'activité physique sportive, dans certaines maladies chroniques, notamment dans l'affection asthmatique, dont la prévalence est en constante augmentation en Algérie. Le bénéfice clinique de cette discipline, dans le secteur de la santé, a été noté par plusieurs auteurs. Elle représente un support supplémentaire - à côté de la médication- que l'on peut offrir aux patients asthmatiques, dont la prise en charge pose encore de nombreux problèmes aux parents.