



HAL
open science

Comment les parents perçoivent la douleur chez leur enfant, et la prennent en charge ?

Maxime Bridoux

► **To cite this version:**

Maxime Bridoux. Comment les parents perçoivent la douleur chez leur enfant, et la prennent en charge ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03396710

HAL Id: dumas-03396710

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03396710v1>

Submitted on 22 Oct 2021

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.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE
ROUEN

ANNÉE 2021

N°

**THÈSE POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE**

(Diplôme d'État)

PAR

Bridoux Maxime

Né le 1^{er} mai 1992 à Flers

Présentée et soutenue publiquement le 7 octobre 2021

**Comment les parents perçoivent la douleur chez
leur enfant, et la prennent en charge ?**

Président du jury : Professeur Jean-Loup HERMIL

Membres du jury : Professeur Elisabeth MAUVIARD et Docteur Elsa FAGOT-GRIFFIN

Directeur de thèse : Dr Bruno VANDERMEERSCH

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie

Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>urnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale

Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie

Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie

Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ** Pharmacie officinale
Mme Caroline **BERTOUX** Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN** Virologie
M. Henri **GONDÉ** Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina **GUAOUA-ELJADDI** Informatique
Mme Clémence **MEAUSOONE** Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI** Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT** Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON** Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI** Physiologie
Mme Elisabeth **CHOSSON** Botanique

Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med)

Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (med)

Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel **LETELLIER** (med)

Physiologie

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Anne-Sophie **PEZZINO**

Orthophonie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Youssan Var **TAN**

Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Hermil, vous me faites l'honneur d'être président du jury, je vous en remercie sincèrement. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

A Madame le Professeur Mauviard, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et pour le temps que vous avez consacré à mon travail. Veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Fagot-Griffin, je vous remercie pour le temps que vous avez pris pour évaluer mon travail, et pour avoir accepté d'être membre de mon jury. Veuillez recevoir mes respects les plus profonds.

A Monsieur le Docteur Bruno Vandermeersch, je te remercie chaleureusement d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci également pour ton accueil en stage, pour les connaissances que tu m'as transmises, et pour ta passion de la médecine générale.

A tous les parents qui ont accepté de participer à ce travail de thèse, je vous remercie sincèrement, vous êtes tous à mes yeux de super parents ! L'amour porté à vos enfants a été palpable tout au long de ces entretiens.

A Laure, ma tutrice qui m'a accompagné sur ces trois années d'internat. Merci pour tes conseils, ton ouverture d'esprit, ta disponibilité, et surtout ta gentillesse.

A Mehmet, Nathalie et Laure, mes maîtres de stage de premier niveau, qui m'ont appris tellement de choses, et qui ont toujours été investis dans ma formation, tout en restant chaleureux. Je vous remercie infiniment.

A tous les patients qui au cours de ces nombreuses années m'ont permis de progresser à la fois sur le plan médical et sur plan humain, j'espère vous avoir aidé du mieux que je pouvais. Et aussi à ceux qui ne sont plus là, mais pour qui je garderai toujours un souvenir ému. Je vous remercie tous chaleureusement.

A ma famille

A ma maman, merci pour tout ce que tu fais pour moi, tu as toujours été là, souriante et bienveillante, pour m'offrir le meilleur et c'est grâce à toi que je suis devenu l'homme que je suis. Je n'aurai jamais réussi ces épreuves sans ton soutien indéfectible et ton affection. Merci du fond du cœur, je t'aime.

A mon papa, je ne peux rêver de meilleur père que toi, tu es toujours là pour moi, passer du temps avec toi me rend heureux. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à toi, à toutes les valeurs que tu m'as transmises et à ton soutien. Je te remercie, je t'aime.

A mes grands-parents, je vous aime tous du plus profond de mon cœur. Les souvenirs et les moments que nous passons ensemble n'ont pas de prix. A papy Jean-Paul, j'espère que tu me vois et que tu es fier de moi.

A tous les autres membres de ma famille que je peux citer tous car vous êtes nombreux, et j'en ai de la chance...Je vous aime sincèrement !

A ma belle-famille qui m'a accepté en son sein depuis déjà douze années. Merci pour votre soutien, votre gentillesse, vous êtes formidables, je vous aime.

A mes amis

A Louis et Joseph, vous êtes comme des frères, le simple fait de passer du temps avec vous me donne de la joie de vivre. Merci d'être toujours là pour moi.

A Sarah et Marine, je vous adore, restez comme vous êtes (Le Mont-Saint-Michel est en Normandie, Marine.)

A David et Noémie, merci pour ces super moments passés ensemble, et de me faire l'honneur d'être témoin à votre mariage, je vous aime !

A Fanny, née le 20 août 1992 qui est désormais la date d'anniversaire que je connais le mieux ! Et à Juju mon ami de longue date (16 ans déjà !), je vous adore tous les deux.

A Guilhem, le relecteur en chef de cette thèse, au-delà de te remercier pour ta contribution à ce travail, je veux te remercier pour cette amitié sincère qui dure depuis de nombreuses années. « *Mundi placet et spiritus minima* », ce qui ne veut absolument rien dire, mais tu m'as compris !

A Clément, nous partageons l'amour des bonnes choses. Merci pour ces super moments passés ensemble ! J'espère qu'ils seront encore nombreux (Eurovision 2022 nous voilà !)

A tous les amis du « groupe », Vianney, Marlène, Clarisse, Gérald et Clémence, j'adore nos moments passés ensemble, j'espère qu'il y en aura beaucoup d'autres !

A tous mes amis de médecine, Charlotte, Antonin, Séverine, Jérémy, Lisa, Brice, Alexandra, Elo et Ulysse, merci pour tous ces moments joyeux passés ensemble dans ces études longues et difficiles. Vous êtes des personnes formidables, je suis content d'être votre ami.

Enfin, à Camille, l'amour de ma vie, qui illumine mon quotidien chaque jour. Tu fais de moi l'homme le plus heureux du monde depuis maintenant presque douze ans. Tu pourras toujours compter sur moi, je t'aime plus que tout, et je veux passer le reste de ma vie à tes côtés.

A Sélène, tu m'as fait découvrir un sentiment plus fort que tout, je pense à toi à chaque instant. Je serais toujours là pour te protéger, t'aider et te couvrir de mon amour. Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée, je t'aime ma chérie.

Résumé

Introduction

La douleur de l'enfant est un symptôme fréquent auquel tout parent est, ou sera confronté. La manière dont les parents perçoivent et prennent en charge la douleur de leur enfant est peu étudiée dans la littérature, avec des études de faible niveau de preuve, à effectifs réduits, et effectuées en hospitalier. Les différents moyens de prendre en charge la douleur sont nombreux et incluent des traitements médicamenteux ainsi que des moyens non médicamenteux. La littérature suggère que les parents n'utiliseraient pas toujours ces moyens de manière adaptée. La consultation médicale est un enjeu majeur dans la prise en charge de la douleur, elle inclut la plupart du temps le médecin généraliste, et parfois les urgences pédiatriques. La littérature existante suggère que de nombreuses consultations aux urgences relèveraient de l'ambulatoire. Le but de cette étude est d'étudier la manière dont les parents perçoivent la douleur chez leur enfant, leur ressenti face à celle-ci, ainsi que leur attitude et les moyens qu'ils mettent en œuvre. L'objectif est de répondre à la question suivante : Comment les parents perçoivent la douleur chez leur enfant, et la prennent en charge ?

Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative, effectuée par des entretiens semi-dirigés auprès de parents d'enfants âgés de 2 à 14 ans, menés jusqu'à l'obtention d'une saturation des données, puis codés en suivant une théorie ancrée.

Résultats

La manière dont les parents perçoivent la douleur chez leur enfant est multifactorielle et hétérogène. La perception va influencer le ressenti, qui va lui-même conditionner leur prise en charge, qu'elle soit médicamenteuse ou non, et faisant parfois intervenir le médecin généraliste, voire les urgences pédiatriques.

Le niveau d'inquiétude des parents va leur permettre d'évaluer leur degré d'urgence ressenti, ce qui va les orienter vers des moyens plus ou moins importants pour prendre en charge la douleur. Ce niveau d'urgence ressenti est parfois en inadéquation avec le niveau d'urgence médical réel.

Conclusion

L'inquiétude parentale est au centre de la prise de décision, et c'est donc sur ce principal paramètre que le médecin généraliste peut agir pour guider la prise en charge et éviter un recours abusif aux urgences ou aux antalgiques. La disponibilité du médecin traitant pour rassurer, conseiller ou orienter les parents est aujourd'hui limitée par le déficit démographique en médecins généralistes.

L'éducation thérapeutique par le médecin généraliste, notamment sur les signes de gravité que les parents doivent repérer, ainsi qu'un encadrement sur l'automédication pourrait permettre de diminuer le recours au système de soins primaires.

Le développement de la télémédecine et des outils numériques pourrait être une piste d'amélioration à court terme.

Sommaire

INTRODUCTION	22
A. GENERALITES SUR LA DOULEUR.....	22
1. Définition	22
2. Physiologie et mécanismes	22
B. L'ENFANT ET LA DOULEUR	23
1. Particularités de la douleur chez l'enfant.....	23
2. Développement cognitif de l'enfant.....	24
3. Compréhension de la douleur par l'enfant	24
4. Le rôle des parents.....	25
C. ÉPIDEMIOLOGIE	26
D. RECOMMANDATIONS.....	26
E. ÉVALUATION DE LA DOULEUR	27
F. ANTALGIQUES	28
1. Paracétamol	28
2. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).....	28
3. Antalgiques sur prescription médicale.....	29
4. Automédication	29
G. METHODES NON MEDICAMENTEUSES	30
1. Hypnose	30
2. Distraction	30
3. Musique.....	31
4. Autres méthodes.....	31
H. LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE	31
I. LA PLACE DES URGENCES PEDIATRIQUES	32
MATERIEL ET METHODE	32
A. CHOIX DE LA METHODOLOGIE	32
1. Méthode qualitative	32
2. Type d'entretien	33
3. Guide d'entretien	33
B. POPULATION ETUDIEE	34
1. Critères de choix	34
2. Recrutement	34
3. Réalisation pratique.....	35
C. ANALYSE DES DONNEES	36
D. GESTION DES DONNEES	36
RESULTATS	37
A. INCLUSION.....	37
B. PERCEPTION DE LA DOULEUR	40
1. Expression de la douleur par l'enfant.....	40
a. Un délai d'expression variable.....	40
b. Une composante émotionnelle importante.....	40
c. La modification du comportement au centre de l'expression	40
d. Les pleurs et les signes physiques	41
2. Facteurs liés aux parents	41

a. Une perception directe, l'instinct parental	41
b. Le rôle fondamental de l'expérience	42
c. La confiance au centre de la perception.....	42
d. La douleur est difficile à percevoir	43
3. <i>Facteurs liés à l'enfant</i>	43
a. Impact de l'âge	43
b. La verbalisation de la douleur	43
c. Chaque enfant est différent.....	44
C. LE RESSENTI DES PARENTS	46
1. <i>Facteurs d'inquiétude</i>	46
a. Une variabilité des symptômes inquiétants	46
b. La durée des symptômes	47
c. Un besoin de connaître l'origine.....	47
2. <i>Facteurs de réassurance</i>	48
a. Connaître l'origine de la douleur	48
b. Le comportement de l'enfant peut rassurer	48
c. La réponse aux antalgiques	48
3. <i>Facteurs personnels</i>	49
a. La détresse parentale	49
b. L'expérience personnelle des parents	49
D. UTILISATION DES ANTALGIQUES	51
1. <i>Des critères d'utilisation variés</i>	51
a. Selon le choix des parents.....	51
b. Selon l'enfant	51
2. <i>Modalités et délais d'utilisation</i>	52
a. Un recours à l'automédication	52
b. Un délai d'utilisation variable	53
3. <i>Molécules utilisées</i>	53
a. Le paracétamol, l'antalgique le plus utilisé.....	53
b. Les autres antalgiques.....	54
4. <i>Représentations par les parents</i>	54
a. Attente vis-à-vis des antalgiques.....	54
b. Connaissance des antalgiques	55
c. Une méfiance des parents.....	55
E. LES MOYENS NON MEDICAMENTEUX	58
1. <i>Facteurs d'utilisation</i>	58
a. Une utilisation fréquente	58
b. Selon l'âge de l'enfant	58
c. Un moyen de réévaluation	59
2. <i>Moyens utilisés</i>	59
a. Une grande variété dans les moyens utilisés	59
b. Le détournement de l'attention	60
F. LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE	62
1. <i>Une place centrale</i>	62
a. Le premier recours	62
b. Une confiance envers le médecin traitant	62
c. Attentes des parents	62
d. Médecin traitant ou autre médecin généraliste ?.....	63
2. <i>Des motifs de recours variés</i>	63
a. Un besoin d'être rassuré	63
b. L'association des symptômes	64
c. Les caractéristiques de la douleur	64
3. <i>Un délai de consultation variable</i>	65
a. Un délai qui dépend du ressenti	65
b. Un délai influencé par les facilités d'accès	65
c. L'âge de l'enfant influence le délai.....	65

4. Des difficultés d'accès	66
a. Une variabilité de la disponibilité du médecin	66
b. La place de la télé-médecine	66
G. LA PLACE DES URGENCES PEDIATRIQUES	68
1. Facteurs de recours	68
a. Urgence ressentie	68
b. Un autre symptôme inquiétant	68
c. En dehors des horaires de consultation	68
2. Médecin traitant et urgences pédiatriques	69
a. Le problème de la disponibilité	69
b. Le niveau d'urgence ressenti, un concept flou	69
c. Les urgences en seconde intention	70
3. Des attentes différentes	70
a. Une rapidité dans la prise en charge	70
b. La présence du plateau technique	71
c. La perspective d'une hospitalisation	71
4. Un ressenti plutôt négatif	72
a. L'attente	72
b. Un manque de moyens ressenti	72
c. Un côté anxiogène	72
DISCUSSION	74
A. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	74
1. Forces de l'étude	74
a. Une approche originale	74
b. Méthodologie qualitative	74
2. Limites de l'étude	75
a. Recrutement des parents	75
b. Réalisation des entretiens	76
c. Guide d'entretien	77
B. PRINCIPAUX RESULTATS	78
1. Une perception hétérogène et multifactorielle	78
2. Un ressenti qui influence la prise en charge	79
3. Une prise en charge non médicamenteuse instinctive	79
4. Une automédication présente mais très variable	80
5. Le rôle fondamental du médecin généraliste	81
6. La place des urgences pédiatriques	82
C. PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION	83
1. Comprendre l'inquiétude	83
2. Éducation sur l'automédication	83
3. Une disponibilité à adapter	84
4. Un exemple des défaillances du système de soins primaires	85
CONCLUSION	86
BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXES	93
ANNEXE 1 : ÉCHELLE DES VISAGES	93
ANNEXE 2 : ÉCHELLE VERBALE SIMPLE	94
ANNEXE 3 : ÉCHELLE NUMÉRIQUE	94
ANNEXE 4 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE	95
ANNEXE 5 : ÉCHELLE EVENDOL	96
ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN	97

Liste des abréviations

HAS : Haute autorité de santé

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

CHU : Centre hospitalier universitaire

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

PCS : Nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

COVID-19 : Coronavirus disease 2019

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

Introduction

A. Généralités sur la douleur

1. Définition

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain comme : « *Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes.* » (1)

2. Physiologie et mécanismes

La douleur résulte de plusieurs mécanismes physiologiques (1)(2)(3) :

Par **excès de nociception**, elle provient alors d'une lésion tissulaire ou organique entraînant une stimulation de récepteurs spécifiques appelés nocicepteurs.

Neuropathique, elle est dans ce cas produite par une lésion du système nerveux central ou périphérique. L'expression clinique est différente, avec des douleurs à fond continu, avec accès paroxystiques. S'y associent le plus souvent des symptômes neurologiques.

Idiopathique, la douleur est alors ressentie alors qu'aucune lésion organique ou tissulaire n'est retrouvée.

Mixte, plusieurs mécanismes sont associés.

La douleur est également caractérisée par son évolution dans le temps : (1)(2)(3)

La **douleur aiguë**, d'apparition rapide ou brutale, et de durée brève, transitoire. Il s'agit là d'un mécanisme de défense de l'organisme pour prévenir d'une atteinte organique ou d'un danger.

A l'inverse, la **douleur chronique** est définie comme telle si elle évolue depuis au moins trois mois. Elle n'assure alors plus son rôle protecteur, et devient pathologique.

A la frontière de ces deux types de douleurs, on retrouve la **douleur installée ou prolongée**, qui correspond à une douleur aiguë persistante, et provoque le plus souvent un état d'apathie.

Elle résulte de 4 composantes : (1)(2)(3)

La composante **sensori-discriminative**, il s'agit du ressenti physique du patient, ce sont les mécanismes physiologiques permettant d'identifier le type de douleur, son intensité, sa localisation et sa durée.

La composante **émotionnelle** confère à la douleur sa tonalité désagréable. Elle fait intervenir des émotions comme la peur, l'angoisse, voire la panique ou la colère. A long terme elle peut entraîner une dépression.

La composante **cognitive** donne un sens à la douleur, une interprétation. Elle permet d'influencer sa perception, et donc les comportements induits.

La composante **comportementale** est l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez une personne douloureuse.

Interviennent également dans la douleur des facteurs personnels comme l'intégration dans la mémoire et le rappel de douleurs antérieures. Également des facteurs communautaires comme la composante culturelle, la signification spirituelle et l'impact de l'entourage.

B. L'enfant et la douleur

1. Particularités de la douleur chez l'enfant

La douleur a longtemps été ignorée chez le jeune enfant, car elle était considérée comme absente, ou sans conséquences néfastes. Or les progrès scientifiques ont permis de démontrer avec certitude **qu'un être humain est capable de percevoir la douleur dès sa naissance**. (4) De nouvelles études ont également permis d'établir qu'un fœtus est en capacité de ressentir la douleur. (5)

La douleur de l'enfant est **multifactorielle**. La manière dont il va exprimer sa douleur dépend de son âge, de son origine, et de son milieu socio-culturel. (6)

L'expression de la douleur par l'enfant est un processus complexe, qui va s'inscrire le plus souvent dans une **interaction avec les adultes** (7), et dont l'expression verbale est fortement influencée par **le contexte**. (8) Les adultes ont donc un rôle primordial dans la manière dont les enfants vont réagir à la douleur. (8)

L'enfant mémorise la douleur, et ses expériences douloureuses passées vont avoir une influence sur la manière dont il va percevoir et accepter la douleur, ainsi que sur son acceptabilité aux soins. (9)(10)(11)

2. Développement cognitif de l'enfant

Chez l'enfant, le ressenti et l'expression de la douleur sont différents par rapport à l'adulte. Les différents **stades de développement cognitif de Piaget** permettent de comprendre comment l'enfant ressent la douleur selon son âge et d'adapter son comportement. (12)

La **période de 0 à 2 ans** correspond au stade des réflexes, des premières habitudes motrices, de l'intelligence sensori-motrice. Initialement, le nourrisson vit dans une illusion de toute puissance et ne peut comprendre la douleur ; le mal est alors attribué à l'entourage. Progressivement la peur des situations douloureuses va apparaître et, vers 18 mois, l'enfant commencera à localiser sa douleur et à développer des stratégies pour faire face à cette douleur.

La **période de 2 à 7 ans** est celle du stade de la pensée préopératoire. Les pensées de l'enfant sont centrées sur lui-même. Il associe fréquemment la méchanceté et la douleur. L'enfant tient alors l'autre pour responsable et ne fait donc pas la distinction entre la cause et la conséquence de cette douleur. Il est, par conséquent, bon de le rassurer et de l'informer que sa douleur n'est pas une punition

La **période de 7 à 11 ans** est celle des opérations concrètes. L'enfant peut mieux décrire qualitativement et quantitativement sa douleur. Il sait l'évaluer mais ses réponses peuvent être influencées par de nombreux facteurs : personnalité, antécédents personnels et familiaux de douleur, origine socioculturelle. C'est également à cet âge qu'apparaît la peur de la mort, de la disparition.

Après 11 ans, on parle de stade des opérations formelles. L'enfant puis l'adolescent, ont une compréhension plus abstraite du monde qui les entoure. Ils sont alors capables de réaliser de véritables raisonnements.

3. Compréhension de la douleur par l'enfant

En suivant la théorie de Piaget, on peut décomposer ces stades de manière plus précise afin de mieux appréhender la compréhension de la douleur par les enfants : (13)

0-3 mois : Il n'y a pas de compréhension de la douleur, mais une mémoire probable. Les réponses à la douleur sont réflexes, et dominées par les perceptions.

3-6 mois : Les réponses à la douleur sont associées à des émotions comme la colère ou la tristesse.

6-18 mois : L'enfant a peur des situations douloureuses, des premiers mots associés à la douleur apparaissent (« bobo », « aïe » ...) et l'enfant peut commencer à localiser sa douleur.

24-36 mois : Emploi du mot « mal », il y a recours aux techniques non cognitives de « coping ».

36-60 mois : L'enfant donne des indications d'intensité de la douleur, il utilise des adjectifs descriptifs et des mots pour les émotions.

5-7 ans : L'enfant différencie des niveaux d'intensité, il utilise les stratégies cognitives de « coping ».

7-10 ans : L'enfant peut expliquer le pourquoi d'une douleur.

>11 ans : L'enfant peut donner une valeur à une douleur.

Selon ces théories, la douleur est ce qui permet de grandir, elle est « *un stimulant puissant qui guide les comportements primaires de survie et permet aux jeunes enfants d'éviter le danger, elle aide à la construction du schéma corporel.* ». (13)

Néanmoins, la théorie de Piaget peut être remise en cause, ou du moins nuancée, en ce qui concerne le domaine de la douleur. (14) L'enfant dont parle Piaget est un sujet épistémique. (15) De plus, il est fréquent de constater chez l'enfant un décalage entre la maturité intellectuelle et affective, il est donc difficile d'affirmer qu'un enfant se situe à un stade de développement uniquement en raison de son âge. D'autre part, la douleur étant à composante sensorielle, affective et émotionnelle, son expression peut difficilement être uniquement soumise aux effets de l'élaboration du système cognitif. (14)(15)(16)

4. Le rôle des parents

Les parents ont un **rôle central** dans la prise en charge de la douleur de leur enfant. La manière dont ils identifient et réagissent à une douleur chez leur enfant est influencée par le milieu socio-culturel. (17)

La question de la perception de la douleur de l'enfant par les parents est peu étudiée dans la littérature. Les études réalisées sont de faible niveau de preuve, sur des effectifs assez réduits, et menées dans des structures hospitalières. Il est donc difficile d'extrapoler ces données à la médecine générale.

Les données retrouvées par ces études semblent démontrer que la perception de la douleur de l'enfant par ses parents n'est **pas forcément fiable**, et qu'il peut exister une discordance entre la douleur réelle et la perception qu'en ont les parents. (18)

Si on se réfère à leur ressenti, une majorité d'entre eux estiment réussir à correctement identifier une douleur chez leur enfant et à la prendre en charge. (19)

Les parents ont majoritairement recours à l'automédication pour traiter la douleur de leur enfant. (18)(19)(20)

C. Épidémiologie

L'étude ECOGEN de 2014 identifiait que 15,7% des consultations de médecine générale concernaient un enfant de moins de 15 ans. (21)

La patientèle d'un médecin généraliste compterait 10 à 25% d'enfant de moins de 16 ans selon les médecins. (22)

Peu d'études s'intéressent à la douleur comme motif seul de consultation, elle est le plus souvent directement associée à un diagnostic ou un autre symptôme. D'après les études existantes, la douleur seule représenterait **15% des motifs de consultation** en soins primaires pédiatriques. (23)(24) Il est difficile d'évaluer clairement la prévalence de la douleur de l'enfant dans les consultations quand elle est associée à un autre symptôme ou s'intègre dans une autre pathologie. Néanmoins nous pouvons raisonnablement estimer qu'elle fait partie du quotidien des médecins généralistes.

D. Recommandations

La haute autorité de santé (HAS) a émis en 2000 des recommandations pour la pratique clinique en ce qui concerne la douleur aiguë de l'enfant. (25)

La HAS recommande **l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur**, sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement.

Elle recommande également **l'utilisation des antalgiques en première intention**, le but étant d'obtenir une analgésie rapide. L'objectif est alors double :

-D'abord diminuer rapidement l'intensité de la douleur. On utilisera alors les échelles d'évaluation pour apprécier l'efficacité, ou l'on se basera sur le comportement de l'enfant, à savoir un retour aux activités de base (bouger, jouer, dormir, parler, manger).

-Le second objectif sera de maintenir une analgésie efficace pendant la prise en charge de la pathologie douloureuse, en réévaluant régulièrement l'efficacité de l'antalgique et l'évolution des symptômes.

La HAS fait également apparaître dans ses recommandations, **l'utilisation des moyens non pharmacologiques** (distraction, relaxation, hypnose) et met en avant le **rôle essentiel des parents** dans la prise en charge de la douleur. Enfin, une information adaptée au niveau cognitif de l'enfant doit lui être donnée.

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) avait également émis en 2009 des recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge médicamenteuse pour les douleurs aiguës et chroniques de l'enfant. (26)

Elle rappelle encore l'importance de l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur, ainsi que la place des moyens non médicamenteux dans sa prise en charge.

Les recommandations de la HAS et de l'AFSSAPS reprennent toutes deux les différents traitements médicamenteux, leurs indications, ainsi que plusieurs indications douloureuses chez l'enfant. Nous reviendrons par la suite sur le détail de ces traitements médicamenteux.

E. Évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur chez l'enfant sera différente selon son âge. Elle peut être réalisée en suivant deux méthodes : (1)

-**L'auto évaluation** : c'est l'évaluation de la douleur par l'enfant lui-même, par des mots, des chiffres ou un dessin. L'auto-évaluation est toujours à privilégier lorsqu'elle est possible.

-**L'hétéro-évaluation** : c'est l'évaluation de la douleur réalisée par quelqu'un d'autre que l'enfant ; le plus souvent professionnel de santé, plus rarement les parents. Elle nécessite l'observation attentive de l'enfant, sans parti-pris. Les échelles d'hétéro-évaluation sont utilisées chaque fois que l'auto évaluation est impossible.

Les études tendent à montrer que **l'auto-évaluation de la douleur est impossible avant 3 ans**, et très compliquée avant l'âge de 5 ans. (27) Les études les plus récentes estiment d'ailleurs que l'utilisation des échelles d'auto-évaluation **avant 7 ans est relativement compliquée**. (28)

Les échelles d'auto-évaluation les plus utilisées sont l'échelle des visages (annexe 1), l'échelle verbale simple (annexe 2), l'échelle numérique (annexe 3), et l'échelle visuelle analogique (annexe 4). (29)

L'échelle d'hétéro-évaluation démontrée comme étant la plus efficace est l'**échelle EVENDOL** (annexe 5), élaborée par le groupe PEDIALOL. Les autres échelles d'hétéro-évaluation ne sont validées que pour des indications hospitalières ou post-opératoires, et donc peu utiles en soins primaires. (28)

F. Antalgiques

1. Paracétamol

Il s'agit d'un antalgique de palier I, **recommandé en première intention**. (25)(26) Il est utilisé chez l'enfant à la posologie de 60mg/kg/j maximum à répartir en 4 à 6 prises quotidiennes. Il existe en plusieurs présentations : solution buvable, sachets à diluer, lyoc, comprimé, gélule et suppositoire.

Le suppositoire est déconseillé à cause de son absorption et sa biodisponibilité aléatoire.

C'est un médicament disponible en vente libre en pharmacie, et donc utilisé par les parents comme premier recours, avant même une consultation médicale. (30)

Il est contre indiqué en cas d'hypersensibilité ou d'insuffisance hépato-cellulaire.

2. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Ce sont des antalgiques de palier I également, utilisés en **deuxième intention**, en cas d'échec ou en complément du paracétamol. (25)(26)

Ils sont pour beaucoup également en vente libre en pharmacie.

Les AINS sont à éviter en cas de varicelle, de suspicion d'infection, de trouble de l'hémostase et s'il y a un risque de déshydratation.

Ils ont mauvaise réputation en France mais les effets indésirables sont rares s'ils sont utilisés avec les bonnes indications et précautions. Les études tendent d'ailleurs à montrer une supériorité des AINS sur les antalgiques de palier II et III dans certaines indications douloureuses comme la douleur post-opératoire ou les traumatismes. (26)

L'ibuprofène est l'AINS de référence en pédiatrie, utilisé à la posologie de 20 à 30mg/kg/j à répartir en 3 à 4 prises quotidiennes. Il existe en sirop ou en comprimé selon la posologie et l'âge de l'enfant.

3. Antalgiques sur prescription médicale

Les antalgiques de palier II comprennent les spécialités à base de codéine et de tramadol. Ils sont indiqués en première intention pour des douleurs d'intensité forte, ou en seconde intention en cas d'échec des antalgiques de palier I. Leur utilisation a été beaucoup moins étudiée chez l'enfant, ils sont donc à utiliser avec précaution. (25)(26)

Depuis 2013, les médicaments à base de codéine ne sont plus indiqués chez l'enfant de moins de 12 ans et ne doivent donc plus être utilisés. (31)

Les antalgiques de palier III sont représentés par les opioïdes forts tels que la morphine et sont très rarement utilisés en médecine générale. Ils sont recommandés en première intention pour des douleurs d'intensité très intense, ou en cas d'échec des antalgiques de palier II. Leur utilisation est majoritairement hospitalière, et leur utilisation nécessite une réévaluation régulière et une surveillance attentive des effets indésirables. (25)(26)

N'étant disponible que sur ordonnance, ces traitements ne devraient pas être utilisés par les parents sans prescription médicale.

4. Automédication

L'automédication est une pratique courante en pédiatrie, **85% des parents déclarent avoir recours à l'automédication pour leur enfant**. Cependant, seulement la moitié d'entre eux déclarent utiliser ces traitements sans crainte. (20)

Une étude de 2018 avait démontré que 72% des parents se sentaient suffisamment informés pour automédiquer leur enfant, mais dans les faits, **55% faisaient au moins une erreur lors de l'utilisation du paracétamol en automédication**. (32)

L'antalgique le mieux connu et le plus utilisé en automédication par les parents est **le paracétamol**. (33) Néanmoins les études montrent que l'indication antalgique du paracétamol est encore méconnue par les parents, ils l'utilisent majoritairement en cas de fièvre. (30) Une étude britannique réalisée aux urgences pédiatriques en 2019 avait montré que 50% des enfants consultants pour une douleur aiguë n'avaient pas reçu d'antalgique avant la consultation. (34) Une seule indication douloureuse semble pousser les parents à recourir plus fréquemment au paracétamol, il s'agit de la céphalée (61%). (32)

Les AINS ne seraient que très rarement utilisés en automédication, et leur utilisation se ferait surtout en alternance avec le paracétamol, à visée apyrétique. (33)

G. Méthodes non médicamenteuses

1. Hypnose

L'hypnose est une méthode non médicamenteuse bien évaluée chez l'enfant. (35) Les études sur le sujet montrent que **les enfants y sont plus réactifs que les adultes**. (35)(36) Il s'agit d'un état de « transe hypnotique » qui permet de modifier le seuil de perception de la douleur chez l'enfant. Elle semble plus facilement utilisable à partir de 5 ans. (37)(38)

On parle en fait d'**hypnoanalgésie** quand celle-ci est utilisée dans les soins à visée antalgique. Elle se rapproche de la distraction, et son utilisation est adaptée à chaque enfant. (36)

Bien que l'on puisse l'utiliser dans la plupart des indications douloureuses, son efficacité est surtout importante en urgence, lors d'une douleur est aiguë, intense, en première intention. (35)(37)(39)

Une méta-analyse a démontré son efficacité, et sa supériorité par rapport à la distraction. (35)

Elle doit être pratiquée par un hypnothérapeute formé à cette discipline, et donc peu utilisable en première intention en médecine générale, ou par les parents.

2. Distraction

La distraction de l'enfant vise à le dissocier de la réalité du soin en investissant son univers d'enfant grâce à des sollicitations sensorielles concrètes, variées, attrayantes et interactives. (36)(40)

Il existe de nombreux moyens de distraire l'enfant. On peut citer l'utilisation des bulles de savon (41), d'un jouet, et plus récemment les moyens numériques comme les écrans ou la réalité virtuelle.

Les études démontrent une **réelle efficacité de cette méthode** sur l'intensité de la douleur de l'enfant, et sur l'anxiété provoquée par celle-ci. (36)(40)(41)

3. Musique

La musique est utilisée depuis longtemps pour réduire la douleur et l'anxiété chez l'enfant. Elle est surtout utilisée pendant les soins, par les professionnels de santé. Les travaux sur le sujet montrent une véritable efficacité sur la douleur et l'anxiété chez l'enfant lors des soins ou dans les douleurs post-opératoires. (42)(43)(44)

Son utilisation et son efficacité en médecine de ville n'a pas été évaluée.

4. Autres méthodes

Il existe de nombreuses autres méthodes non médicamenteuses qui n'ont pas été évaluée par des études.

On peut citer la sophrologie et le yoga, qui se rapprochent de l'hypnose. (38)

Le contact direct avec les parents (câlins, « bisous magique », réassurance verbale) sont des moyens qui sont majoritairement utilisés par les parents selon une récente étude. Néanmoins les parents déclarent ne pas considérer ces méthodes comme un moyen de prendre en charge la douleur à part entière, mais plutôt comme un comportement logique d'un parent envers son enfant. (45)

H. La place du médecin généraliste

Statistiquement, les enfants et adolescents, de la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans, représentent 25% de la population. Les médecins généralistes contribuent à la prise en charge primaire totale ou partielle de 80% de cette population, et de 50% des enfants entre 0 et 2 ans. (46)

D'après une étude descriptive menée aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen (47), les parents déclarent très majoritairement avoir **confiance envers leur médecin traitant** pour la prise en charge de leur enfant (95%). Ils sont 80% à estimer avoir un rendez-vous rapidement avec leur médecin en cas de besoin. Il faut cependant considérer ce chiffre avec précaution car cette étude quantitative effectuée aux urgences pédiatriques date de 2014, et le déficit en médecin généraliste ne cesse d'augmenter. (58)

Néanmoins, comme nous allons le voir par la suite, les parents sont relativement nombreux à consulter aux urgences pédiatriques pour des motifs qui devraient potentiellement relever de la

médecine générale. Il semble donc exister **un contraste entre la confiance envers le médecin, et le recours à celui-ci.** (46)(47)(48)

I. La place des urgences pédiatriques

Selon les études, la douleur aiguë chez l'enfant représenterait **30 à 35% des recours aux urgences pédiatriques.** (49)(50)(51)(52)

Plusieurs travaux de thèse en médecine générale ont identifié une part de ces consultations comme potentiellement ambulatoire, et donc pouvant être prise en charge par le médecin généraliste (entre 35 et 40% selon les études). (46)(47)(53)(54)

Les raisons du recours aux urgences pédiatriques plutôt qu'au médecin généraliste étaient surtout médicales (conseil médical, souhait d'un examen complémentaire, hospitalisation) avec un taux variant énormément entre les études, de 25% à 50% (46)(47)(49)(51)(52)(53)(54). **46% des parents ont avancé un problème d'accès à leur médecin généraliste.** (46)

Matériel et méthode

A. Choix de la méthodologie

1. Méthode qualitative

Dans cette étude où l'objectif est d'étudier le ressenti et l'attitude des parents face à une douleur aiguë chez leur enfant, le choix de la méthode qualitative s'est imposé.

Cette méthode permet de recueillir des données verbales, et de pouvoir analyser à la fois les expériences, les représentations et les opinions des parents interrogés. (55)(56)

Ce type d'étude n'est pas fait pour mesurer. Elle sert à explorer les émotions, les sentiments des patients ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. (55)(56)

Elle peut répondre à la question du « pourquoi » et fait ressortir des données pouvant servir de base à de la recherche quantitative.

2. Type d'entretien

Dans le cadre de cette méthode qualitative, nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-dirigés. Ces entretiens permettent de centrer le discours des parents interrogés autour des thèmes définis par un guide d'entretien préalablement réalisé.

Le caractère semi-dirigé des entretiens laisse la possibilité aux parents de s'exprimer sur le sujet, tout en ayant la possibilité pour l'interrogateur d'interagir et de recentrer le discours sur les thématiques. (57)

La possibilité d'effectuer des entretiens en groupe (*focus group*) a été évoquée, mais non retenue en raison des difficultés logistiques que cela impliquait.

3. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été rédigé afin de mener les entretiens semi-dirigés, il est disponible en annexe. (Annexe 6)

Il est divisé en deux parties distinctes :

-Une première partie composée de questions courtes et de renseignements permettant de caractériser le parent interrogé, ainsi que d'une brève introduction expliquant l'étude, ses objectifs et le déroulement de l'entretien.

-Une seconde partie composée de questions ouvertes portant sur la douleur de l'enfant et permettant de guider la discussion. Cette partie est elle-même subdivisée en plusieurs grands thèmes suivant un ordre chronologique, de la perception de la douleur jusqu'à sa prise en charge.

Une première version du guide d'entretien a été élaborée puis testée lors d'un premier entretien. Il s'est avéré à l'issue de cet entretien-test, que le guide était insuffisant et ne permettait pas de faire ressortir suffisamment de données. Nous avons repris le guide, il a été enrichi à partir des données de l'entretien-test et de la littérature, ce qui nous a permis de mener des entretiens de meilleure qualité par la suite.

Des relances et des reformulations ont été ajoutés dans le guide au fur et à mesure de l'étude pour affiner la pertinence des échanges et des informations relevées.

B. Population étudiée

1. Critères de choix

La population cible de l'étude était les parents d'enfants âgés de 2 à 13 ans inclus.

Nous avons volontairement décidé d'exclure les parents d'enfants âgés de moins de 2 ans, stade où l'enfant est considéré comme nourrisson. Chez ces enfants, l'expression de la douleur est très différente de par l'acquisition du langage qui n'est pas présente et/ou complète. Le sujet mériterait ainsi sa propre étude dédiée.

La décision d'exclure les adolescents est justifiée par le fait qu'ils expriment la douleur comme les adultes et qu'ils peuvent avoir recours à l'automédication, ce qui selon nous, demanderait également un travail à part entière sur cette population en particulier.

Au sein de cette population, nous n'avons pas recherché la représentativité statistique, mais la "variabilité maximale".

La taille de l'échantillon n'était pas définie à l'avance, les entretiens ont été réalisés jusqu'à l'obtention d'une saturation des données.

L'objectif de cette méthodologie est également d'obtenir des données, qui pourront servir de point de départ à une étude quantitative ultérieure.

2. Recrutement

Le recrutement des parents interrogés a été d'abord fait en consultation, pendant le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) puis par un effet boule de neige, en bouche à oreille, auprès de différents cabinets médicaux en Seine-Maritime et dans l'Eure, ou dans l'entourage des parents déjà interrogés. Enfin, certains parents ont été interrogés à la maternité du Belvédère en suite de couches pendant le stage de gynécologie.

Le choix des parents recrutés s'est fait selon certaines caractéristiques permettant d'atteindre la variabilité maximale de l'échantillon :

- Age
- Sexe
- Lieu de vie (urbain, semi-rural et rural)
- Catégorie socio-professionnelle
- Situation familiale
- Nombre d'enfants
- Age(s) du(des) enfant(s)

L'objectif de cette sélection était d'avoir un panel le plus large possible, dans le but d'éviter une saturation précoce des données liée à un biais de recrutement.

La caractéristique « catégorie socioprofessionnelle » a été établie en suivant la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de 2003 établie par l'INSEE. (58) On y retrouve huit catégories :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Autres personnes sans activité professionnelle

3. Réalisation pratique

Les trois premiers entretiens ont été réalisés en présence des parents, dans le cabinet médical, ou en chambre d'hospitalisation pour les parents interrogés en suite de couche.

Par la suite, en raison de la pandémie de COVID-19 et des restrictions sanitaires, les entretiens n'ont pas pu être réalisés en présentiel. Ils ont donc été réalisés par téléphone.

L'enregistrement des entretiens a été fait avec un dictaphone. Un consentement écrit a été recueilli pour chaque parent.

Les entretiens ont duré en moyenne 45 minutes. Des précisions ont été données sur le type de méthodologie de l'étude, mais pas sur la douleur de l'enfant afin de ne pas biaiser les réponses. Il a été rappelé aux parents au début de chaque entretien de répondre selon leur ressenti, leurs convictions et leurs habitudes.

C. Analyse des données

Une fois les entretiens effectués et enregistrés, ils ont tous de suite été retranscrits à l'écrit dans ce que l'on nomme un « Verbatim ».

Les verbatims obtenus en fichier de traitement de texte (Microsoft Word®) ont par la suite été codés à l'aide du logiciel de codage en analyse qualitative Nvivo®.

Le codage a été effectué en trois phases : ouvert, axial puis sélectif. Nous avons suivi la théorie ancrée (*Grounded theory*) permettant de faire ressortir des théories et d'effectuer des déductions à partir de données issues du terrain.

Une triangulation des données a été effectuée sur les premiers entretiens afin d'évaluer la qualité du codage, et a retrouvé une concordance à plus de 90%. Elle a été effectuée par un interne de médecine générale effectuant un travail de thèse en recherche qualitative.

Des arbres conceptuels ont par la suite été réalisés afin de faire une synthèse des résultats. Puis illustrés sous forme de cartes mentales à l'aide du logiciel FreeMind®.

D. Gestion des données

Toutes les données obtenues à l'issue des entretiens ont été anonymisées, puis conservées hors ligne, et enfin détruites après leur retranscription écrite. Seul l'investigateur a eu accès aux données brutes.

Certaines données ont été modifiées dans les verbatims afin de garantir l'anonymat (prénom des enfants, nom des médecins, lieux etc.)

L'autorisation auprès du CNIL a été obtenue le 18 mars 2020 auprès du délégué de protection des données de l'université de Rouen, et la thèse a été inscrite au Registre des activités de traitement des données de l'université de Rouen-Normandie.

Résultats

A. Inclusion

Onze parents ont été inclus dans l'étude. La saturation des données a été obtenue au dixième entretien, et un onzième entretien a été réalisé afin de l'éprouver.

Les caractéristiques des parents inclus sont résumées dans le tableau suivant (tableau 1) :

Tableau 1

<u>Parent n°</u>	<u>Sexe</u>	<u>Age</u>	<u>Lieu de vie</u>	<u>Catégorie socio-professionnelle</u>	<u>Situation familiale</u>	<u>Nombre d'enfants</u>	<u>Age(s) du(des) enfant(s)</u>
1	Homme	33	Urbain	Sans emploi	Marié, biparentale	3	-9 ans -6 ans (-2 jours)
2	Homme	25	Rural	Artisan chef d'entreprise	Concubinage, biparentale	1	-4 ans
3	Femme	38	Semi-rural	Employé	Concubinage, biparentale	3	-11 ans -9 ans (-1 jour)
4	Homme	36	Urbain	Employé	Monoparentale	1	-12 ans
5	Femme	43	Urbain	Profession intermédiaire	Monoparentale	1	-11 ans
6	Femme	39	Semi-rural	Ouvrier	Famille recomposée, biparentale	5	-14 ans -13 ans -10 ans -8 ans -5 ans
7	Femme	40	Urbain	Cadre	Mariée, biparentale	2	-9 ans -6 ans
8	Femme	42	Rural	Professionnelle de santé	Mariée, biparentale	3	-11 ans -7 ans -2 ans
9	Femme	41	Semi-rural	Commerçant	Famille recomposée, biparentale	1	-10 ans
10	Homme	40	Semi-rural	Profession intellectuelle supérieure	Biparentale, garde alternée	1	-11 ans
11	Homme	52	Rural	Agriculteur exploitant	Biparentale, droit de visite	2	-9 ans -3 ans

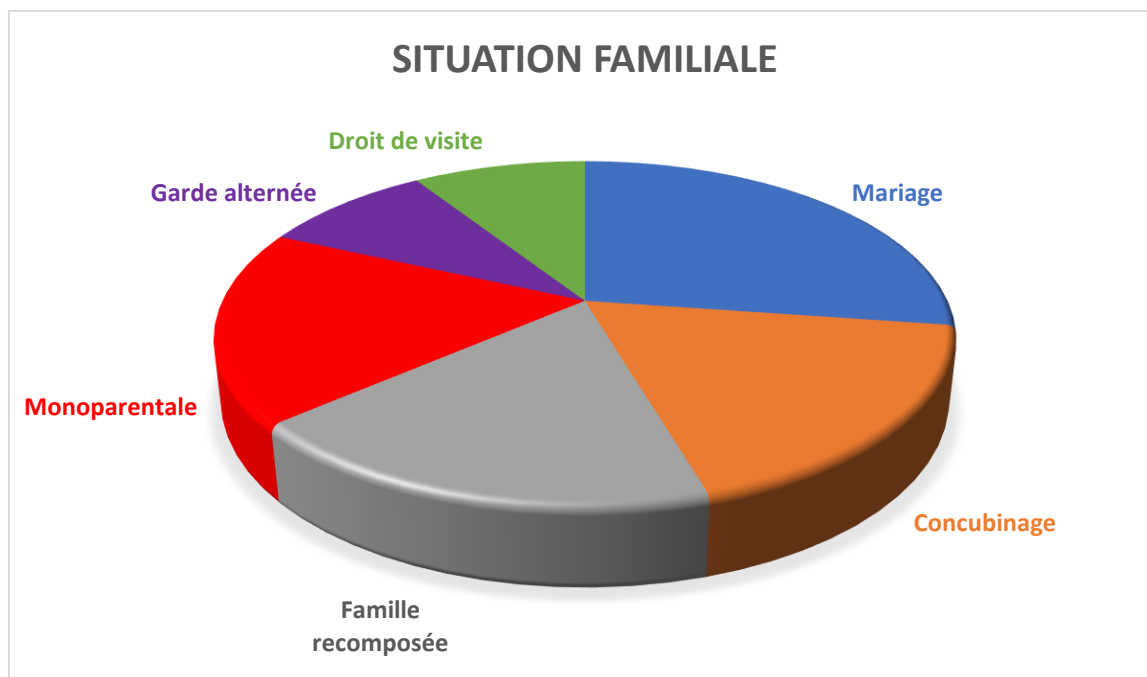
Sur les onze parents recrutés, on retrouve **55% de mères, pour 45% de pères**. La moyenne d'âge des parents inclus est calculée à **39 ans**. La moyenne du nombre d'enfants est calculée à **2.09**, tandis que la moyenne d'âge des enfants est à **8.6 ans**.

Les lieux de vies ont été choisis pour être le plus varié possible, on retrouve **36,3%** de parent vivant en zone urbaine, **36,3%** en zone semi-rurale et **27,3%** en zone rurale.

Toutes les catégories socio-professionnelles des actifs sont représentées. Il a été décidé d'identifier l'un des parents comme professionnel de santé, et non comme profession intermédiaire, car l'étude porte sur un sujet de santé dont le parent avait des connaissances considérées comme plus importantes que dans la population générale.

Concernant la situation familiale, deux familles monoparentales ont été incluses, tandis que le reste des familles étaient biparentales, avec des caractéristiques les plus variées possibles. L'ensemble des situations familiales est illustré dans le graphique suivant (Figure 1) :

Figure 1



La garde alternée concernait un enfant qui passe une semaine sur deux chez chacun de ses parents. La situation intitulée « droit de visite » concernait un parent qui avait la garde de ses enfants un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires.

B. Perception de la douleur

1. Expression de la douleur par l'enfant

a. Un délai d'expression variable

Les délais d'expression de la douleur par l'enfant varient selon les parents interrogés, et selon les enfants concernés. La majorité des parents ont déclaré que leur enfant leur signalait rapidement s'il avait mal.

Mais au sein d'une même fratrie, il peut y avoir une différence entre les enfants, le parent n°6 a relaté cette différence au cours de notre entretien : *« Avec mes garçons c'est facile, ils viennent me trouver dès qu'ils ont mal, au moindre bobo, donc je sais tout de suite, par contre avec ma fille c'est compliqué, c'est indescriptible, elle va rester elle-même, et c'est au moment où elle va crier de douleur qu'on va se rendre compte qu'elle a mal, ça m'a souvent joué des tours. »*

b. Une composante émotionnelle importante

Plusieurs parents interrogés ont décrit une forte implication des émotions dans l'expression de la douleur chez leur enfant. Selon eux, le contexte avait une forte influence sur la manière dont l'enfant va exprimer sa douleur.

Parent n°8 : *« Maintenant, j'ai l'impression qu'il y a une composante émotionnelle beaucoup plus grande, c'est selon le contexte, s'il y a eu dispute, s'il y a des personnes qui regardent, ils ne vont pas du tout exprimer leur douleur pareil. »*

c. La modification du comportement au centre de l'expression

L'ensemble des parents de l'étude ont relaté une modification du comportement dans l'expression de la douleur par leur enfant. Cette modification s'exprime de plusieurs manières, qui varient selon le moment, l'enfant et la pathologie douloureuse. Elle est selon eux, le premier signe d'expression de la douleur.

Le parent n°7 a plutôt bien résumé cette notion au cours de notre entretien : *« En fait je le ressens car ils ont un tempérament très très joueur, ils arrêtent pas de bouger. Alors par exemple mon fils, il est tombé d'un toboggan, au début je ne me suis pas inquiétée car la chute n'était pas violente, mais j'ai vu après qu'il était pas pareil, il était renfermé, il jouait moins, je me suis dit que quelque chose n'allait pas, je suis allée le voir, et en fait il s'était fait très mal. »*

On a ainsi pu retrouver ces différentes modifications décrites au cours des entretiens :

- Agitation
- Apathie
- Asthénie
- Baisse de l'appétit
- Hypotonie
- Troubles du sommeil
- Modification de la voix

d. Les pleurs et les signes physiques

Les pleurs sont un moyen d'expression décrit par les parents au cours des entretiens, mais ils semblent être un signe difficile à analyser, car variable à la fois selon l'enfant et selon les parents.

Le parent n°4 interprète les pleurs comme un facteur de gravité : « *Les pleurs, là je me méfie, ça veut dire qu'il a beaucoup mal.* »

Au contraire, le parent n°11 estime que les pleurs ne sont pas un facteur de gravité : « *Ils pleurent au moindre bobo, donc je ne m'alarme pas, je vais plutôt chercher à comprendre ce qui ne va pas.* »

Des signes physiques peuvent également être des moyens de percevoir la douleur. Le changement de teint a été plusieurs fois cité comme un bon moyen de détecter une douleur chez l'enfant. La trace d'une blessure suite à un traumatisme a elle aussi été logiquement citée dans les entretiens.

2. Facteurs liés aux parents

a. Une perception directe, l'instinct parental

Les parents interrogés sont pour la plupart actifs dans la perception, ils vont soit constater eux-mêmes la douleur via les différents types d'expression déjà décrits, ou bien aller interroger l'enfant qui semble douloureux.

Au cours des entretiens est apparue à plusieurs reprises la notion d'instinct parental, ainsi les parents disent percevoir naturellement et spontanément la douleur de leur enfant, en se fiant uniquement à leur instinct.

Parent n°7 : « *Je sais pas comment vous dire, mais je vais le voir. C'est très instinctif, je pense que c'est vraiment l'instinct maternel, on sent que quelque chose se passe, pas comme d'habitude.* »

Parent n°9 : « *Après on ressent son enfant, moi je la connais très bien, donc je sais quand il y a quelque chose.* »

b. Le rôle fondamental de l'expérience

L'expérience semble jouer un rôle important dans la perception de la douleur. Elle peut être par rapport à l'enfant et à son passif, ou bien dans les fratries, quand les parents ont l'expérience des enfants précédents.

Le parent n°8 résume bien la notion d'expérience liée aux enfants précédents : « *Ça change beaucoup de choses. J'étais beaucoup plus inquiète pour les deux premiers, même des fois pour des petites douleurs. Avec l'expérience ça change beaucoup, maintenant je m'inquiète beaucoup moins parce que c'est des situations que j'ai déjà vues chez mes plus grands et je sais que ce n'est pas grave. Après il faut toujours se méfier, on ne sait jamais, mais oui clairement ça change la donne.* »

c. La confiance au centre de la perception

La notion de confiance envers l'enfant a permis de faire ressortir des idées différentes selon les parents interrogés.

Certains parents mettent en avant une confiance totale en leur enfant si celui-ci exprime une douleur. Dans ce cas, la confiance naît de l'expérience passée, à savoir que l'enfant n'a jamais feint ou exagéré une douleur.

Parent n°1 : « *Mes filles sont rarement en train de dire qu'elles ont mal, elles ont jamais pipeauté là-dessus, donc si elles le disent c'est qu'il y a vraiment quelque chose.* »

D'autres parents ont en revanche exprimé une surexpression de la douleur par leur enfant, qui rend l'interprétation difficile pour les parents.

Parent n° 3 : « *Il y a toujours ce point où il a un peu mal, et il y a un peu de cinéma, toujours ce petit doute, est ce qu'il en fait pas trop ?* »

Le parent n°6 a même exprimé clairement la notion de mensonge de l'enfant en cas de douleur : « *Oui et puis en plus, on sait aussi quand ils mentent. Il y a certains âges où ils veulent plus aller à l'école, et des fois ils vont dire qu'ils ont mal pour pas y aller. Il faut vraiment discuter.* »

d. La douleur est difficile à percevoir

La plupart des parents ont fait part d'une difficulté à correctement percevoir la douleur. Si la douleur en elle-même semble facilement détectable, son intensité et ses conséquences semblent être beaucoup plus subtiles à appréhender pour les parents interrogés. Dans cette situation, ils peuvent s'appuyer sur l'autre parent.

Parent n°10 : « *C'est plutôt la maman qui détecte mieux. Le problème c'est que ma fille le sait, elle en joue, elle sait que je vais monter tout de suite dans les tours, dire « elle a mal », donc elle vient dès qu'elle a un petit truc.* »

3. Facteurs liés à l'enfant

a. Impact de l'âge

L'âge de l'enfant a une influence sur la manière dont les parents perçoivent la douleur. D'une certaine manière, cette notion rejoint également l'expérience parentale, mais elle est aussi liée au niveau cognitif et de développement de l'enfant selon son âge.

Une large majorité de parents interrogés décrivent une plus grande facilité à percevoir la douleur chez des enfants plus âgés, où la maîtrise du langage et l'autonomie facilitent grandement la perception.

Néanmoins, le parent n°8 a émis une idée différente de la majorité, et considère que la douleur est plus facile à percevoir chez les enfants plus jeunes : « *Oui, ça change pas mal même, je trouvais que c'était plus simple de percevoir la douleur quand ils étaient petits, car il y avait moins de cris, c'était une expression beaucoup plus...simple, ils se faisaient mal, ils le disaient, ils pleuraient.* »

b. La verbalisation de la douleur

La verbalisation de la douleur est un élément majeur de la perception par les parents. L'enfant verbalise directement sa douleur, la localisation, et éventuellement l'intensité, ce qui permet au parent de directement agir.

Cette verbalisation semble logiquement évoluer selon les capacités cognitives et le niveau de langage de l'enfant. Ainsi, la verbalisation est plus facile quand l'enfant grandit.

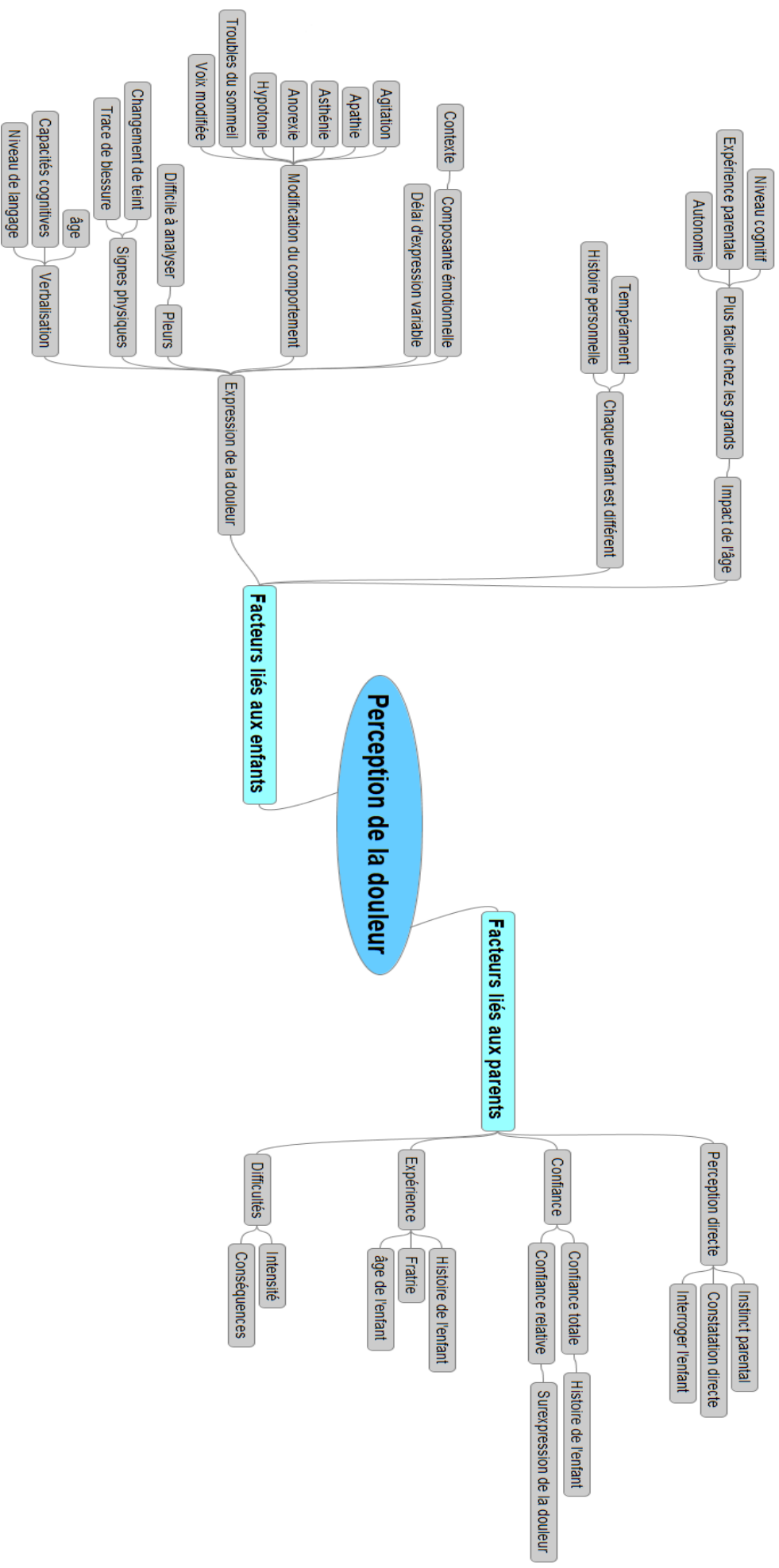
Parent n° 7 : « *La grande par exemple elle le verbalise maintenant, avant elle ne verbalisait pas.* »

c. Chaque enfant est différent

La perception de la douleur est différente selon l'enfant d'après la majorité des parents interrogés. Il peut s'agir de causes intrinsèques, comme le tempérament de l'enfant, ou d'éléments liés à l'histoire et au vécu.

Le parent n°6 l'a très bien expliqué au cours de notre entretien : « *Chaque enfant est différent, il faut le savoir. Au niveau caractère, très différent. Quand on me dit avoir eu un enfant donne de l'expérience, je pense pas. Un enfant ne fait pas l'autre. Même s'ils ont eu la même éducation.* »

La figure 2 ci-dessous reprend l'ensemble des données liées à la perception de la douleur par les parents, et comment elles interagissent entre-elles.



C. Le ressenti des parents

1. Facteurs d'inquiétude

a. Une variabilité des symptômes inquiétants

Les sources d'inquiétudes en cas de douleur, exprimées par les parents ont été très nombreuses au cours des entretiens réalisés.

Dans de nombreux cas, ce sont des symptômes associés à la douleur qui entraînent une inquiétude chez les parents. Les éléments retrouvés au cours des entretiens sont listés ci-dessous :

- Symptômes d'origine abdominale (constipation, douleurs abdominales, vomissements, diarrhées)
- Fièvre
- Céphalées
- Modification du comportement (anorexie, asthénie, apathie)
- Troubles du sommeil
- Pleurs, cris

L'association de plusieurs de ces symptômes est un facteur d'inquiétude supplémentaire pour la majorité des parents interrogés, comme l'explique le parent n°4 : *« Oui c'est vrai que plus il y a de symptômes, plus c'est inquiétant. Une douleur simple c'est déjà quelque chose, mais avec un autre symptôme, oui, c'est pire. »*

Quand on demande aux parents d'expliquer pourquoi un symptôme les inquiète particulièrement, les réponses sont assez variées, et les causes différentes selon les symptômes.

Par exemple, la céphalée inquiète les parents, car ils l'identifient comme un signe de méningite, et donc potentiellement grave et devant rapidement être pris en charge, comme l'explique le parent n°2 : *« Le mal de tête ça m'inquiète. On a tous entendu ces histoires de méningite fulgurante, où l'enfant est mort en quelques heures. Du coup en tant que parent, moi dès que mon enfant a mal à la tête, je le surveille à fond, et au premier doute c'est directement chez le médecin. »*

La fièvre semble avoir une place à part dans les symptômes inquiétants en cas de douleur. L'ensemble des parents interrogés l'a spontanément évoqué en premier, et de nombreuses causes différentes ont été évoquées pour justifier cette inquiétude. La fièvre est en fait le symptôme qui cumule tous les facteurs d'inquiétudes vus précédemment.

La fièvre est un symptôme général, qui ne donne pas forcément une indication sur l'origine de la douleur, ce qui, comme nous l'avons vu plus tôt, est déjà un facteur d'inquiétude.

Parent n°9 : « *La fièvre, oui, je suis inquiète. Parce qu'on ne sait jamais pourquoi et c'est angoissant.* »

La fièvre peut aussi inquiéter car elle rappelle un traumatisme passé chez l'enfant, comme le raconte le parent n°8 : « *Mon plus petit, il a été hospitalisé pour une pyélonéphrite. En fait il dormait beaucoup, vraiment plus que d'habitude, et quand je suis allé voir parce que ça me paraissait long, il était bouillant dans le lit, il avait 40°C de fièvre. On est allé aux urgences, il a été hospitalisé une semaine. Depuis cette hospitalisation, j'ai gardé une appréhension sur la fièvre. Alors douleur plus fièvre, c'est la panique.* »

b. La durée des symptômes

Une douleur qui dure dans le temps est un facteur d'inquiétude. La notion de durée varie selon les parents interrogés, elle est même assez peu précise chez la majorité d'entre eux.

Parent n°11 : « *Au début je ne m'inquiète pas trop, par contre si la douleur persiste, que ça ne passe pas, là je commence à tendre l'oreille. Et puis si après deux heures ils ont toujours mal, ça y est je m'inquiète un peu. Après ça dépend du contexte aussi, des fois selon la douleur je m'inquiète au bout de deux heures, des fois c'est au bout de deux jours. Enfin c'est sûr, quand ça dure trop longtemps, on n'aime pas.* »

c. Un besoin de connaître l'origine

La douleur n'ayant pas d'explication immédiate est un facteur d'inquiétude pour l'ensemble des parents inclus dans l'étude. Il s'agit d'un facteur d'inquiétude majeur, qui va pousser les parents à interroger l'enfant et à chercher plus en détail l'origine.

Parent n°6 : « *Le pire, c'est quand on a une douleur qui ne se voit pas. Quand la douleur ne se voit pas, on n'arrive pas à capter le niveau, on n'arrive pas à savoir si c'est grave ou pas. Du coup on ne sait pas si on doit donner des médicaments, emmener chez le médecin, enfin c'est le pire, on se*

sent impuissants. J'insiste beaucoup auprès des enfants, je leur demande de me décrire, je les pousse un peu, mais même là c'est dur. »

2. Facteurs de réassurance

a. Connaître l'origine de la douleur

Si le fait de ne pas connaître l'origine est un facteur d'inquiétude, à l'inverse les parents interrogés décrivent la connaissance de l'origine comme un facteur rassurant. La possibilité de savoir quoi faire, d'estimer la durée et l'intensité potentielle de la douleur sont les principales causes de cette réassurance.

Parent n°4 : *« Si je connais la cause... Dans ce cas-là, même si c'est un peu grave mais que je sais pourquoi, je suis tout de suite un peu rassurée, au moins je me dis qu'il y a une solution. »*

b. Le comportement de l'enfant peut rassurer

En opposition à la modification du comportement qui inquiète, certains comportements rassurent les parents.

Il peut s'agir d'une poursuite des activités habituelles, comme le repas, le sommeil ou les jeux. Dans ce cas, il s'agit plutôt d'une non-modification du comportement.

Au contraire, certains comportements rassurent directement par leur présence, comme les rires, les sourires, l'activité physique.

Parent n°2 : *« L'enfant qui continue sa petite vie, qui continue à jouer. Pour moi c'est qu'il arrive à passer à autre chose, donc là ça m'inquiète moyennement, c'est pas que je suis pas du tout inquiète, mais je me dis que ça va, je me sens rassurée. »*

c. La réponse aux antalgiques

Une bonne réponse aux antalgiques est un facteur de réassurance pour beaucoup de parents. Une analgésie efficace et rapide sont les deux facteurs primordiaux qui ont été relatés dans les entretiens. L'absence de réponse aux antalgiques n'a pas été évoquée par les parents au cours des entretiens.

3. Facteurs personnels

a. La détresse parentale

Certains parents ont exprimé une détresse de voir leur enfant souffrir, un malaise profond qui les affectait beaucoup. Dans ces cas précis, les parents ne pouvaient agir et ressentir de la même façon que d'habitude.

Le parent n°10 a plutôt bien résumé ce sentiment, partagé par d'autres parents interrogés : « *En fin de compte, je suis complètement impuissant par rapport à la maladie, ça me perturbe, tu peux rien faire, t'as pas de clé pour aider ton enfant. Il suffit qu'elle ait un peu de douleur ou de fièvre, je mange plus, je dors plus, je suis plus rien, une coquille.* »

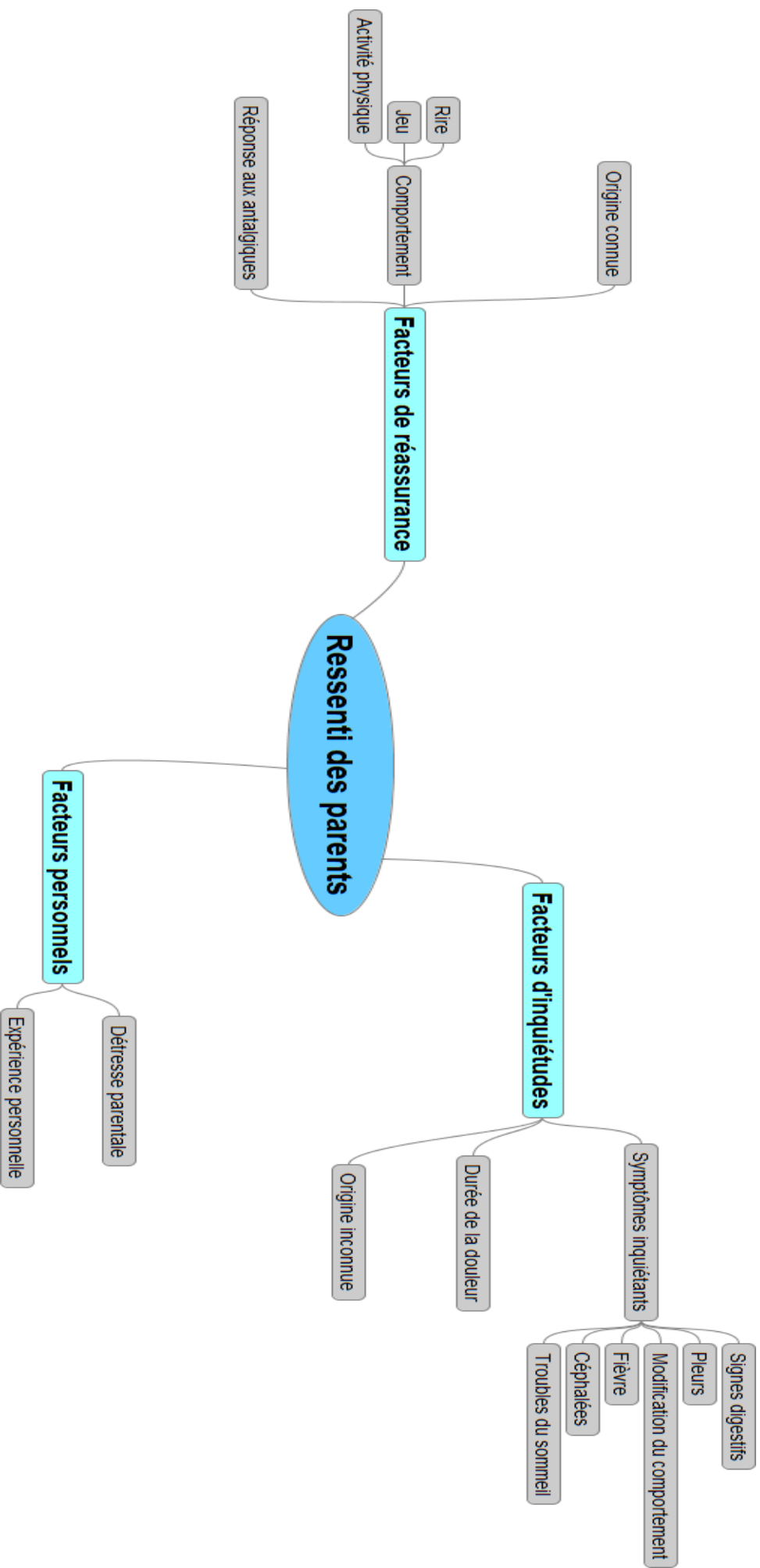
b. L'expérience personnelle des parents

Il s'agit d'une notion qui n'est pas exprimée directement par les parents, mais que nous avons pu voir apparaître au cours des entretiens lors des réponses.

Dans de nombreux cas, les parents se réfèrent à leur propre ressenti et propre expérience en matière de douleur, et ils s'en servent pour percevoir et évaluer la douleur chez leur enfant.

Parent n°3 : « *J'ai mal au ventre de temps en temps moi aussi, c'est pas pour autant que c'est grave, donc pas de panique.* »

La figure 3 ci-dessous résume l'ensemble des données liées au ressenti des parents face à la douleur, et comment elles interagissent entre-elles



D. Utilisation des antalgiques

1. Des critères d'utilisation variés

a. Selon le choix des parents

Dans une majorité de cas, ce sont les parents qui déterminent les critères d'utilisation de l'antalgique.

Certains parents utilisent les antalgiques en première intention, de manière systématique en cas de douleurs, le but étant de rechercher une analgésie efficace le plus rapidement possible.

D'autres parents se basent sur leur perception du niveau de douleur. Si la douleur est considérée comme importante d'emblée, certains parents vont donner un antalgique. La perception du niveau de douleur est subjective et semble varier fortement d'un parent à l'autre.

Parent n°1 : « *Je vais voir comment il a mal. S'il est plié en deux, s'il est vraiment pas bien, direct je donne un doliprane. Si je vois que c'est juste une petite douleur, qu'il a l'air d'aller, je vais attendre à un peu.* »

Le type de douleur rentre également dans le choix d'utilisation pour certains parents. Certains déclarent les utiliser systématiquement pour certaines douleurs comme la céphalée, tandis qu'ils ne l'utilisent pas directement pour d'autres types de douleurs, comme des douleurs abdominales par exemple.

b. Selon l'enfant

Certains critères d'utilisation vont dépendre de l'enfant uniquement.

Ainsi, l'âge de l'enfant a été cité comme critère à plusieurs reprises, et de manière différente selon les parents. Certains vont plus facilement donner un antalgique à enfant jeune, tandis que d'autres vont plutôt donner facilement à un enfant plus âgé.

La justification donnée par les parents sur ce choix est ambivalente, car c'est la possibilité d'exprimer la douleur selon l'âge qui est mise en avant. Un enfant en bas âge ne pouvant exprimer facilement la douleur, certains parents préfèrent donner systématiquement un antalgique pour ne pas faire d'erreur. A l'opposé, certains parents estiment qu'un enfant plus âgé exprime mieux sa douleur et donc que s'il y a plainte, c'est qu'il faut un antalgique.

Parent n°8 : *« C'est plus simple avec le grand, parce que quand il a mal, il le dit, donc c'est qu'il a vraiment mal. A ce moment-là moi je donne un antalgique, parce que je lui fais confiance. »*

Le choix de donner ou non un antalgique peut être laissé à l'enfant. Dans ce cas, les parents vont demander directement à l'enfant s'il souhaite avoir un antalgique.

Enfin, certains parents disent adapter selon l'enfant, comme par exemple le parent n°3 : *« Ils sont différents par rapport à ça. Le plus jeune, si je lui donne un doliprane, ça va tout de suite mieux, donc j'ai tendance à lui donner facilement. Par contre la grande, c'est déjà une galère pour lui faire avaler, et après ça marche presque jamais, donc on a un peu abandonné. »*

2. Modalités et délais d'utilisation

a. Un recours à l'automédication

Tous les parents de l'étude ont recours à l'automédication pour traiter la douleur de leur enfant. Elle se fait soit avec des antalgiques sans ordonnance comme le paracétamol, ou des antalgiques provenant d'une ordonnance précédente, faite par le médecin traitant.

Le pharmacien a également un rôle, car plusieurs parents ont déclaré s'appuyer sur ses conseils pour délivrer un antalgique.

Même si le recours à l'automédication semble important, plusieurs parents ont fait part de leurs doutes et de leur inquiétude sur son utilisation. Le parent n°5 a très bien exprimé ces doutes lors de l'entretien : *« Alors oui, je donne directement des médicaments, je fais de l'automédication, soit selon ce qu'il y a déjà à la maison, ou des fois en allant acheter directement à la pharmacie. Mais bon, on reste pas sereins quand on le fait, ça reste des médicaments, on a pas l'avis du médecin, on ne connaît pas forcément le diagnostic... Je le fais parce qu'elle a mal, mais bon...Je suis pas sereine ! »*

Quand on interroge les parents sur les raisons qui les poussent à avoir recours à l'automédication, ils décrivent surtout un besoin de soulager rapidement la douleur, et qu'une douleur aiguë ne nécessite pas forcément une consultation chez le médecin.

b. Un délai d'utilisation variable

La place chronologique des antalgiques dans la prise en charge de la douleur par les parents varie selon les personnes interrogées.

Il est parfois utilisé comme un outil de première intention, le plus souvent associé à un moyen non médicamenteux. Il peut également être un moyen de seconde intention, faisant suite à un moyen non médicamenteux ou à une attente d'évolution des symptômes.

Deux facteurs influençant le délai d'utilisation sont ressortis de l'étude : l'intensité de la douleur perçue comme élevée et l'association d'un autre symptôme. Ces deux facteurs amènent les parents interrogés à donner plus rapidement un antalgique.

Parent n°7 : *« Je vais être assez rapide pour donner un médicament si mon enfant a très mal, vraiment qu'il se plaint beaucoup, là je vais me dire que c'est un gros truc, donc je donne tout de suite. Sinon, et bien si on a de la fièvre, ou qu'il tousse ou quelque chose comme ça, je me dis que c'est forcément quelque chose, donc je n'hésite pas trop, je donne tout de suite. »*

3. Molécules utilisées

a. Le paracétamol, l'antalgique le plus utilisé

L'ensemble des parents de l'étude ont déclaré utiliser le paracétamol, au moins de façon occasionnelle lors d'une douleur chez leur enfant.

Les raisons évoquées quant au choix de cette molécule sont globalement les mêmes pour chaque parent interrogé :

- Recommandations du médecin
- Recommandations du pharmacien
- Habitudes d'utilisation

Les différentes galéniques du paracétamol ont été également évoquées comme un point positif sur l'utilisation de cette molécule. Elles rendraient plus facile son utilisation chez les enfants que d'autres molécules.

Parent n°1 : *« C'est quand même vachement pratique car on a plein de type différent. Entre le sirop quand ils étaient petits, et maintenant les sachets ou les tubes, c'est facile de leur donner. Quand je vois comment on galère avec d'autres médicaments où c'est des comprimés qu'on arrive pas à leur faire prendre... »*

Le rôle antalgique du paracétamol n'était pas connu par tous les parents de l'étude, certains ne connaissaient que son rôle antipyrétique. Comme le parent n°9 pour qui « *le doliprane si elle n'a pas de fièvre, ça ne sert à rien.* »

b. Les autres antalgiques

En dehors du paracétamol, seul l'ibuprofène a été cité comme antalgique utilisé par les parents. Il a été dans ces cas précis, plutôt utilisé en association avec le paracétamol, et souvent en cas de fièvre associée, pour son effet antipyrétique.

Un parent a déclaré utiliser de préférence l'ibuprofène en cas de céphalées, car il estimait qu'il avait une meilleure efficacité que le paracétamol dans cette indication précise.

Parent n°4 : « *S'il a mal à la tête, je donne plutôt de l'Advil, en général ça marche mieux que le doliprane pour les maux de tête.* »

4. Représentations par les parents

a. Attente vis-à-vis des antalgiques

Les parents attendent logiquement d'un antalgique qu'il soit efficace, et d'action assez rapide. Il est pour beaucoup d'entre eux un moyen de première intention, qui peut conditionner la conduite à tenir future.

Parent n°9 : « *Si je lui donne un médicament, je veux que ça fonctionne, c'est quand même pour ça qu'on le donne. J'attends une petite demi-heure, en général ça va mieux. Si au bout d'un demi-heure elle me dit que ça ne change rien, je commence à envisager d'emmener chez le médecin.* »

Certains parents interrogés ont fait part d'une attente quant à la non présence d'effets indésirables de ces médicaments, témoignant d'une méfiance sur laquelle nous reviendrons ultérieurement. Le parent n°1 a clairement émis cette opinion au cours de notre entretien : « *Si c'est pour donner un médicament et qu'il fait plus de mal que de bien c'est pas la peine. Je me méfie, je surveille, on ne sait jamais.* »

b. Connaissance des antalgiques

Les réponses ont été très variées quand on interroge les parents sur leur connaissance des antalgiques.

Certains expliquent plutôt bien connaître les antalgiques qu'ils utilisent, surtout le paracétamol, que ce soit sur la posologie où les indications.

Parent n°6 : « *A force de l'utiliser, c'est quand même un médicament qu'on finit par connaître, la posologie, le moment où le donner, comment le conserver, tout ça, c'est venu avec la pratique, mais oui, globalement je pense bien connaître le paracétamol* »

A l'opposé, certains parents disent ne pas bien connaître les antalgiques, y compris le paracétamol, et avoir des difficultés avec la posologie et le conditionnement. Le changement de galénique selon l'âge a plusieurs fois été rapporté comme une source d'erreur potentielle.

Parent n°10 : « *C'est un peu difficile quand même, surtout quand ils sont petits, ça change vite sur les dosages, au début c'est plus simple avec les pipettes roses, le poids est directement marqué. Après quand on passe sur les sachets, savoir si c'est 300mg ou 500mg, tantôt un médecin nous dit 300, tantôt un autre c'est 500, combien de fois par jour, en fait on est perdus, alors on fait un peu un mix de tout ce qu'on nous dit.* »

Concernant la notice des médicaments, là encore les réponses sont variables, certains parents déclarent lire la notice de chaque médicament qu'ils utilisent pour leur enfant, tandis que d'autres ne lisent jamais les notices.

Les motifs invoqués pour justifier le fait de ne pas lire la notice ont été variés :

- Peur de regarder la liste des effets secondaires.
- Confiance envers le médecin qui a déjà prescrit le médicament.
- Confiance envers les médicaments en général.
- Ne lit jamais la notice des médicaments tout simplement.

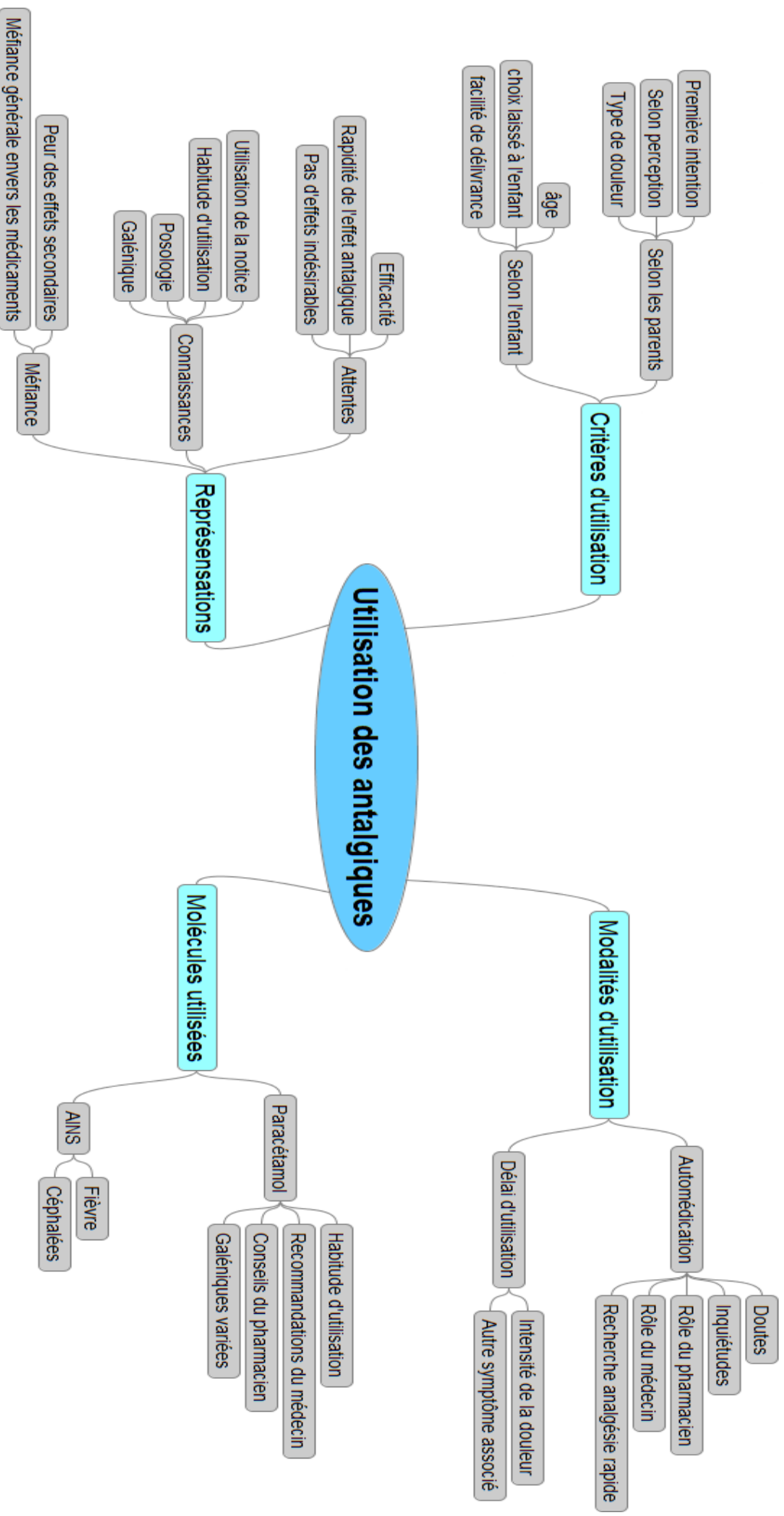
c. Une méfiance des parents

La méfiance envers les antalgiques a été rapportées de nombreuses fois au cours des entretiens. Il s'agissait en fait d'une méfiance générale envers les médicaments, qui ne concernait pas uniquement les antalgiques.

Les causes de cette méfiance étaient assez variées et vagues, mais pouvaient avoir une incidence sur la décision de donner ou non un antalgique.

Les propos du parent n°5 illustrent très bien l'idée générale que nous avons retrouvée chez ces parents méfiants : « *Les médicaments ce n'est pas anodin, on donne quelque chose de pas naturel à notre corps, et j'ai pas envie que ce genre de chose aille dans le corps de mon enfant, alors je vais attendre au maximum avant de donner un médicament.* »

La figure 4 ci-dessous résume l'ensemble des données liées à l'utilisation des antalgiques et comment elles interagissent entre-elles.



E. Les moyens non médicamenteux

1. Facteurs d'utilisation

a. Une utilisation fréquente

Les moyens non médicamenteux sont utilisés par tous les parents inclus dans l'étude, et pourtant plusieurs d'entre eux ne les considèrent pas comme un moyen thérapeutique à proprement parler.

Lors de l'entretien avec le parent n°11, cette notion est bien ressortie :

Parent : « *Vous entendez quoi par moyen non médicamenteux ?* »

-Investigateur : « *J'entends par là, tout ce qui n'est pas un médicament, tout ce que vous pouvez faire ou mettre en place pour gérer la douleur de votre enfant, mais qui n'est pas le fait de lui donner un médicament, c'est vrai que c'est assez large.* »

-Parent : « *Ah d'accord, même le prendre dans les bras ou quelque chose comme ça ?* »

-Investigateur : « *Ça en fait partie oui, c'est l'idée.* »

-Parent : « *D'accord, et bien oui forcément, c'est même le premier truc qu'on va faire. Le prendre dans les bras, le rassurer, un bisou aussi. Mais pour moi ça c'est normal, c'est la base, c'est pas un moyen.* »

Ils sont utilisés en première intention, soit seuls, soit en association avec les antalgiques. Avec plus ou moins d'importance selon les parents, et selon les enfants. On retrouve une grande variété dans la mise en œuvre et les moyens utilisés.

b. Selon l'âge de l'enfant

L'âge de l'enfant a été de nombreuses fois cité comme un facteur majeur de l'efficacité et du choix du moyen utilisé.

Les moyens non médicamenteux semblent mieux fonctionner sur les enfants en bas âge, et les moyens utilisés font alors plus appel à l'affect et aux croyances de l'enfant. Ainsi le « bisous magique » a été plusieurs fois cité, de même que le fait de souffler sur la zone douloureuse pour faire disparaître la douleur.

Chez les plus grands, bien que l'utilisation semble toute aussi fréquente, les moyens semblent différents et plutôt basés sur des méthodes de relaxation comme les massages, les caresses dans les cheveux ou les poches d'eau chaude.

c. Un moyen de réévaluation

En plus d'utiliser naturellement les moyens non médicamenteux comme un outil contre la douleur, les parents déclarent aussi s'en servir comme d'un moyen de surveiller leur enfant et réévaluer l'évolution et l'intensité de la douleur.

Ainsi le contact, les câlins, avec le dialogue permettent au parent de savoir si la douleur est persistante, importante ou si au contraire elle diminue en intensité.

Parent n°9 : « *Ça lui fait du bien de rester un peu dans les bras, ça rassure, ça apaise, et puis ça nous permet aussi de surveiller, on voit si elle se détend, on peut demander si ça va mieux. »*

2. Moyens utilisés

a. Une grande variété dans les moyens utilisés

De très nombreux moyens non médicamenteux ont été cités par les parents lors des entretiens, ils sont variables selon les parents, selon l'enfant et comme nous l'avons déjà cité, influencés par l'âge :

- « Bisous magique »
- Souffler sur la zone douloureuse
- Câlins
- Jeux
- Utilisation d'huile essentielle
- Poche de glace
- Poche de chaleur
- Verre de lait
- Verre d'eau avec ou sans sucre
- Massages, caresses
- Sport
- Chocolat
- Peau à peau

Le contact avec l'enfant a été très souvent décrit lors des entretiens, il peut se présenter dans des formes directes comme les câlins ou les massages, mais également être plus indirect, comme nous l'explique le parent n°9 : « *Elle devient un pot de colle quand elle a mal, on est obligés de rester avec elle, de la prendre dans les bras, des fois même de dormir avec elle, chose que l'on ne fait jamais sinon. Elle a besoin d'être rassurée en fait.* ». Il s'agit alors de la présence parentale plutôt que du contact direct.

b. Le détournement de l'attention

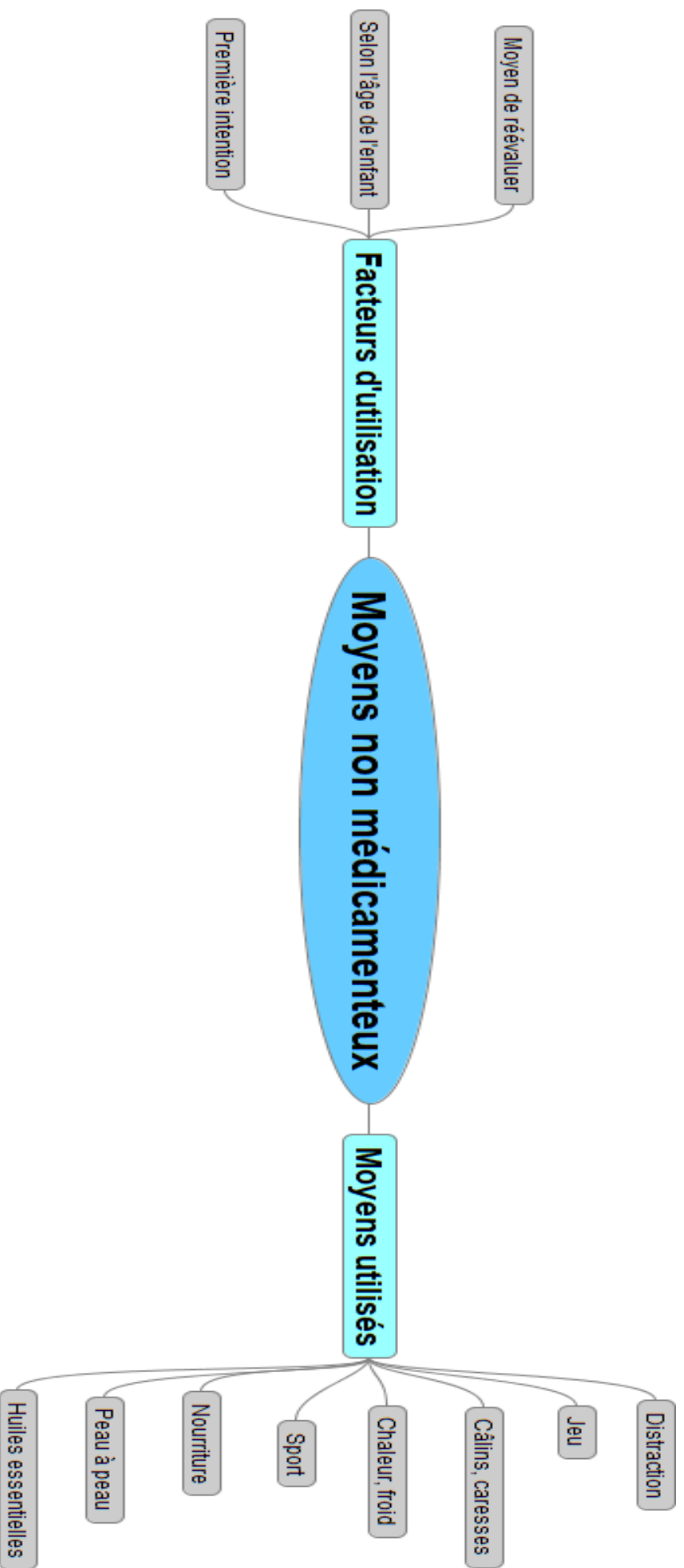
Bien que non cité directement par les parents, le détournement de l'attention représente une place centrale dans la prise en charge non médicamenteuse.

Il peut survenir indirectement lors de certaines méthodes citées, comme le sport, le jeu ou les câlins.

Le fait de donner de l'attention à son enfant, de lui proposer une autre activité ou de passer du temps avec lui a été plusieurs fois décrit, bien que non considéré comme un moyen non médicamenteux de prendre en charge la douleur.

Parent n°10 : « *Déjà quand elle a mal, il faut aussi gérer cette émotion, on lui demande si ça va, on regarde, on touche, et si ça ne semble pas trop grave on lui propose de faire autre chose, ou juste on discute, on parle d'autre chose, ça permet de trouver une solution aussi de temporiser un peu comme ça.* »

La figure 5 ci-dessous résume l'ensemble des données liées à l'utilisation des moyens non médicamenteux, et la manière dont elles interagissent entre-elles.



F. La place du médecin généraliste

1. Une place centrale

a. Le premier recours

Le médecin généraliste est l'intervenant de premier recours pour l'ensemble des parents de l'étude. Il s'agit le plus souvent du médecin traitant de la famille, ou par défaut d'un autre médecin généraliste disponible.

Parent n°1 : « *Si on doit aller voir quelqu'un, on va d'abord voir le médecin traitant. Il nous connaît bien, il connaît le dossier des enfants aussi.* »

b. Une confiance envers le médecin traitant

La notion de confiance envers le médecin traitant est spontanément ressortie dans une large majorité des entretiens. Elle semble être un élément important dans la décision d'emmener son enfant chez le médecin.

Parent n°6 : « *Forcément c'est le médecin de famille, on lui fait confiance, donc on a envie que ce soit lui qui voit notre enfant.* »

c. Attentes des parents

Les attentes envers le médecin lors de la consultation sont variées, bien que l'attente d'un diagnostic et d'une analgésie rapide de la douleur aient été énoncées par tous les parents inclus dans l'étude.

On retrouve aussi l'attente d'un examen approfondi, d'éviter une aggravation, de ressortir de la consultation avec un traitement et d'être rassuré.

Le bon contact avec les enfants a aussi été cité, comme par exemple le parent n°3 : « *Si je dois l'emmener chez le médecin, je veux déjà qu'il soulage sa douleur, forcément. Et puis savoir ce qu'il a, c'est important, c'est stressant de ne pas savoir. Et puis il faut qu'il soit bien avec les enfants aussi, moi c'est le cas de mon médecin, il est super gentil avec eux, ça se passe toujours bien. Non mais je dis ça parce que notre ancien médecin c'était pas du tout ça, les enfants pleuraient, il était un peu bourru, mais bon c'était un très bon médecin ! Enfin, si le médecin peut être cool avec les enfants, c'est quand même mieux.* »

d. Médecin traitant ou autre médecin généraliste ?

La notion de différence entre le médecin traitant et un autre médecin généraliste n'était initialement pas évoquée spontanément avec le guide d'entretien mais elle est revenue plusieurs fois au cours des entretiens.

Les avis des parents l'ayant évoqué sont très différents. Pour le parent n°8, le médecin traitant est préférable car il connaît mieux, l'enfant et le dossier médical : *« Mon médecin, il est très bien pour ça, il nous connaît bien, c'est plus rapide, plus efficace. Des fois, on tombe sur les remplaçants c'est plus compliqué, faut tout réexpliquer, et puis comme il connaît pas l'enfant, des fois il adapte pas le traitement, donc on revient au bout de trois jours parce que ça marche pas... »*

Pour le parent n°7, bien au contraire, le fait de voir un médecin autre de temps en temps est bénéfique dans la prise en charge : *« Une fois, ma fille avait mal au ventre, je l'emmène chez mon médecin, et forcément on se connaît bien, donc on discute, on rigole, il me dit c'est une petite gastro, donc moi rassuré je rentre à la maison. Finalement, le lendemain je reviens parce qu'elle a encore plus mal, et là c'est son remplaçant parce que c'est son jour de repos, et bien il l'examine mieux, il prend plus de temps, et finalement c'était une appendicite, il nous a envoyé aux urgences. Du coup je me dis que c'est bien de temps en temps de voir un remplaçant, c'est un regard neuf, c'est moins... biaisé on va dire. »*

2. Des motifs de recours variés

a. Un besoin d'être rassuré

La douleur inquiète les parents, et ils ont donc naturellement besoin d'être rassurés. Le médecin a donc le rôle important de devoir rassurer les parents quant à la douleur de leur enfant. Selon certains parents, c'est le fait d'avoir le diagnostic et une conduite à tenir qui rassure, comme l'explique le parent n°4 : *« On a toujours cette petite inquiétude quand on emmène l'enfant chez le médecin, souvent on sait pas trop ce qu'il a, donc juste que le médecin nous dise ce que c'est, et qu'il donne le bon traitement, déjà on est rassurés. »*

Pour le parent n°10, ce besoin d'être rassuré est même primordial, il est à lui seul un facteur de consultation chez le médecin généraliste : *« On va pas se mentir, on veut surtout être rassurés. Des fois on sait ce qu'il a, on sait que c'est pas grave, mais on se dit qu'il faut toujours faire attention, qu'on sait jamais. On l'emmène, le médecin confirme que c'est pas grave et nous on est contents. »*

b. L'association des symptômes

L'association d'un ou plusieurs symptômes en plus de la douleur est un facteur de consultation pour la majorité des parents interrogés.

La fièvre est le symptôme qui a été cité le plus souvent, mais de nombreux autres symptômes sont ressortis dans les entretiens. Ils correspondent en fait logiquement aux symptômes qui sont des facteurs d'inquiétude pour les parents et que nous avons évoqués précédemment.

Derrière l'association des symptômes se cache en fait la crainte d'une maladie plus grave, et c'est ce qui semble pousser les parents à consulter plus facilement. Le parent n°2 l'a très bien expliqué lors de l'entretien : *« Moi, quand ils ont plein de trucs en même temps, c'est là que je me dis que c'est grave, donc on va tout de suite consulter notre médecin. Je veux dire, s'il a juste mal à endroit, il s'est peut-être juste fait mal, ou c'est un petit truc, mais si en plus on a la fièvre, les vomissements, la toux, enfin tout ça quoi, ben là c'est sûr que c'est autre chose, comme une maladie, et là il y a que le médecin qui va pouvoir gérer. »*

c. Les caractéristiques de la douleur

Il s'agit en fait de trois facteurs qui sont spontanément ressortis lors des entretiens lorsqu'on interrogeait les parents sur les motifs de consultation chez le médecin.

Le premier est l'intensité de la douleur, à savoir qu'une douleur considérée comme forte d'emblée par les parents va les amener à consulter le médecin traitant.

Il s'associe au second facteur qui est la résistance de la douleur aux antalgiques. Bien que non citée dans les facteurs d'inquiétudes, les parents l'ont spontanément évoqué comme élément déterminant pour aller consulter le médecin. Il peut s'agir d'une inefficacité totale ou partielle de l'antalgique.

Le troisième facteur est la durée de la douleur, c'est-à-dire qu'une douleur qui ne cesse pas spontanément au bout d'une période variable selon les parents interrogés, les amènera à consulter.

3. Un délai de consultation variable

a. Un délai qui dépend du ressenti

Des délais de consultation, différents et chiffrés, ont été spontanément avancés par les parents au cours des entretiens. Il est intéressant de noter que selon les parents, ce délai est considéré comme rapide ou non.

Ainsi, la notion de consultation rapide est dans les trois jours pour le parent n°3 tandis qu'il est dans la journée même pour le parent n°6. Et il a été intéressant de voir que chaque parent avait sa définition de la notion de rapidité de consultation.

Le parent n°8 a exprimé cette variabilité dans notre entretien : « *Je ne suis pas quelqu'un qui se rue chez le médecin, donc on va attendre un peu, et je l'emmène en général le soir ou le lendemain.* ». Tandis qu'à l'opposé le parent n°2 explique : « *On va facilement chez le médecin quand même, s'il y a une douleur, on veut avoir l'avis du médecin donc on consulte rapidement, je dirai dans la semaine.* »

b. Un délai influencé par les facilités d'accès

De manière indirecte, on se rend compte dans les réponses données par les parents que la disponibilité du médecin joue sur leur ressenti de la notion de consultation rapide ou non. Si un médecin propose des consultations très rapidement, dans la journée par exemple, cela devient la norme pour une consultation rapide.

A l'opposé, si le médecin a toujours plusieurs jours de délai avant de donner un rendez-vous, pour beaucoup de parents, ce délai supplémentaire sera intégré dans la notion de consultation rapide.

Parent n°2 : « *En même temps, si on veut voir le médecin, il y a deux jours de délai, donc à part grosse urgence on sait qu'on va devoir attendre à un peu, on s'habitue à force.* »

c. L'âge de l'enfant influence le délai

Les parents semblent plus enclins à consulter rapidement le médecin traitant si l'enfant est petit. C'est la difficulté à correctement percevoir la douleur et à l'évaluer qui a été mise en avant comme justification.

Un enfant plus grand exprimant plus facilement la douleur, il est plus facile pour les parents de temporiser et d'essayer de prendre en charge eux-mêmes la douleur.

Parent n°10 : « *Quand elle était petite c'était pire, maintenant tu discutes, tu analyses, c'est plus simple, elle décrit plus facilement ses douleurs, et donc c'est plus facile en tant que parent, on le vit différemment. Donc quand elle était petite, c'était direct rendez-vous chez le médecin, maintenant un peu moins.* »

4. Des difficultés d'accès

a. Une variabilité de la disponibilité du médecin

Comme déjà évoqué précédemment, la disponibilité du médecin est très variable. De nombreux parents ont rapporté des difficultés à avoir une consultation rapidement pour leur enfant. Globalement, cette situation à l'origine d'une certaine frustration chez les parents, comme le parent n°6 au cours de notre entretien : « *Pour avoir un médecin c'est compliqué, maintenant il faudrait savoir 15 jours avant si on est malades.* »

Au contraire, certains parents déclarent avoir un médecin très disponible, le jour même, pour avoir une consultation avec leur enfant. Mais il est intéressant de noter que les parents en question estiment être chanceux d'avoir cette possibilité, comme le parent n°4 : « *J'ai de la chance d'avoir un médecin qui prend dans la journée, donc si c'est pour une douleur, j'ai un rendez-vous le jour même en général.* ».

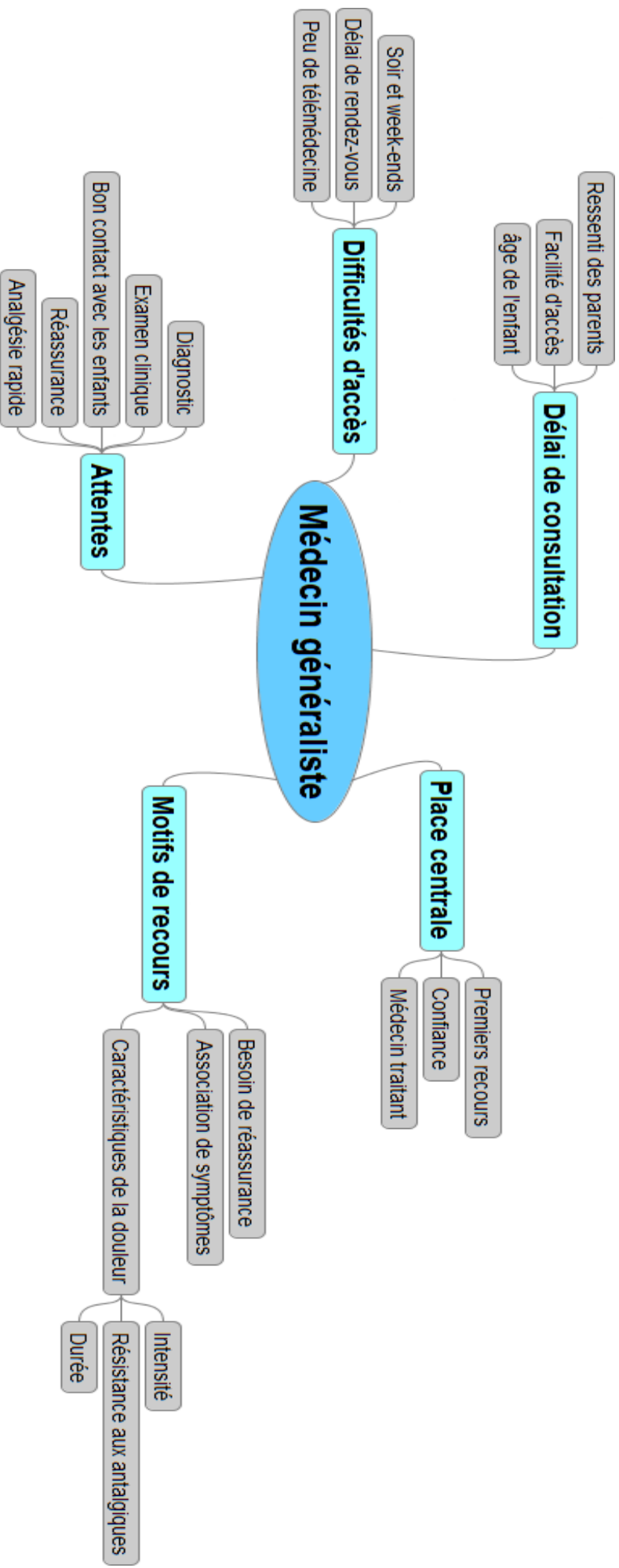
b. La place de la télé médecine

Avec la progression de la télé médecine ces dernières années, et surtout pendant la période de pandémie mondiale liée à la COVID-19 pendant laquelle les entretiens ont été réalisés, nous avons décidé d'interroger les parents sur cette pratique en cas de douleur chez leur enfant.

Globalement la télé médecine ne semble pas convaincre les parents interrogés qui ont tous déclaré ne pas y recourir quand il s'agit de leur enfant.

La possibilité d'avoir un simple conseil téléphonique de leur médecin a aussi été écartée par les parents, car il est selon eux trop difficile de joindre directement le médecin, comme l'explique le parent n°8 : « *J'aimerais mais c'est pas facile, on passe par un secrétariat, tu transmet à une secrétaire mais des fois, je trouve qu'elle perçoit pas bien notre inquiétude, et puis c'est transmis au médecin, mais j'avoue que je n'ai pas le retour de ce que je souhaiterais, donc je préfère avoir un rendez-vous.* »

La figure 6 ci-dessous résumé l'ensemble des données liées au recours au médecin généraliste, et la manière dont elles interagissent entre-elles.



G. La place des urgences pédiatriques

1. Facteurs de recours

a. Urgence ressentie

Le principal motif de recours aux urgences, tel qu'avancé par les parents lors des entretiens, était l'urgence ressentie, c'est à dire que le parent considère comme inquiétante et potentiellement grave la douleur de son enfant. Les urgences deviennent alors un recours logique et adapté à la situation selon leur point de vue.

Le ressenti est très variable d'un parent à un autre, et selon les enfants. Une idée clairement exprimée par le parent n°6 : « *Vous savez, les urgences ça dépend vraiment, on n'a jamais envie d'y aller, mais quand il faut, on sait bien. Et puis ça dépend de l'enfant aussi, moi ma fille elle est résistante à la douleur, elle va rien dire et on s'en compte trop tard que c'est grave. Donc maintenant, on va plus facilement aux urgences pour elle que pour le grand par exemple.* »

b. Un autre symptôme inquiétant

A l'instar de la consultation avec le médecin traitant, la présence d'un autre symptôme considéré comme inquiétant peut être un motif de recours aux urgences.

Là encore, on retrouve une grande variété de symptômes selon le parent interrogé. On note que l'historique médical de l'enfant semble avoir une grande influence. Si l'enfant a déjà eu une complication liée à un symptôme avec recours aux urgences, les parents vont naturellement de nouveau se tourner vers les urgences si celui-ci est présent.

Parent n°4 : « *Mon fils s'était fait mal en tombant pendant qu'il jouait, il se plaignait du poignet, rien de méchant, il continuait à jouer. Après deux jours il avait toujours mal donc on est allé chez le médecin qui a dit « on fait une radio », et finalement le poignet était cassé. Donc maintenant s'il se fait mal et qu'il se plaint de douleur à un membre ou quelque chose comme ça, on va direct aux urgences, on se dit qu'on ne passe pas à côté et qu'on gagne du temps.* »

c. En dehors des horaires de consultation

La survenue d'une douleur en dehors des horaires classiques de consultation en médecine générale, comme la nuit ou le week-end, a été un motif de recours largement exprimé par les parents interrogés.

Les parents en question expliquent d'ailleurs savoir qu'il ne s'agit pas forcément d'une situation urgente, mais veulent quand même avoir un avis médical dans un délai rapide, notamment sur le week-end.

2. Médecin traitant et urgences pédiatriques

a. Le problème de la disponibilité

Le manque de disponibilité des médecins généralistes peut entraîner une consultation aux urgences pour une douleur, alors même que les parents estiment que le problème ne relève pas des urgences.

Le principal argument rapporté par les parents est le délai de consultation jugé trop long. Du point de vue des parents inquiets, la douleur ne peut pas attendre trois jours, et ils se tournent alors vers les urgences.

Parent n°11 : « *C'est compliqué aujourd'hui d'avoir un rendez-vous rapidement, moi ça m'est arrivé je crois deux fois, de les emmener aux urgences parce que ... je n'avais pas d'autres solutions en fait, tu es là, ta fille a mal, la secrétaire te dit c'est dans deux jours, les autres médecins aux alentours ne la prennent pas parce que c'est pas leur patient, et bien on termine aux urgences. C'est dommage.* »

b. Le niveau d'urgence ressentie, un concept flou

Nous avons déjà abordé le concept de niveau d'urgence ressentie précédemment, il est de nouveau retrouvé sur ce thème des urgences. Nous avons noté au cours des entretiens que chaque parent possède son propre niveau d'urgence ressentie, ce qui va influencer le recours aux urgences.

Vis-à-vis du médecin généraliste, le niveau d'urgence ressentie va également avoir une influence. S'il s'agit d'une douleur perçue comme trop importante pour que le médecin généraliste puisse la gérer, les urgences deviennent alors le recours logique.

Mais nous remarquons que ce moment où les parents décident que le médecin ne peut plus prendre en charge, et que les urgences sont indiquées, est très variable, et très personnel.

Parent n°3 : « *Il y a des douleurs pour lesquelles le médecin traitant ne peut pas faire grande chose, on sait qu'il faut aller aux urgences.* »

Pourtant, quand on demande des exemples aux parents, ou des histoires déjà vécues, la plupart du temps ce qu'ils attendent ou ce qui a été proposé aux urgences est tout à fait compatible avec une prise en charge ambulatoire en médecine générale.

Parent n°11 : « *Par exemple, une fois j'ai emmené mon fils aux urgences parce qu'il avait mal au ventre, mais vraiment très abattu, très douloureux, j'étais inquiet vraiment. Bon, finalement aux urgences ils m'ont dit que c'était une gastro, et c'est vrai que c'est allé mieux assez rapidement. Mais on sait jamais.* »

c. Les urgences en seconde intention

Dans certaines situations, le médecin généraliste a été le premier intervenant, il peut alors avoir orienté directement les parents vers les urgences pédiatriques s'il l'a estimé nécessaire.

Dans un autre cas, le médecin a proposé une prise en charge, mais elle est soit inefficace, soit considérée comme insuffisante par les parents, qui vont alors se tourner vers les urgences en seconde intention.

Parent n°7 : « *Il a déjà vu le médecin, on a déjà les médicaments, et ça va pas mieux, bon là on va aux urgences du coup. Il n'y a pas grand-chose à faire de plus, le médecin l'a déjà vu.* »

Parent n°1 : « *Quand le traitement donné par le médecin est un peu léger, qu'on reste inquiets, qu'on veut un deuxième avis, et bien il y a les urgences, oui.* »

3. Des attentes différentes

Les parents ont rapporté des attentes différentes de celles au médecin traitant. Là où ils cherchaient un diagnostic et une efficacité dans la prise en charge douloureuse, ils semblent beaucoup plus se projeter dans la maladie en elle-même que dans le symptôme.

a. Une rapidité dans la prise en charge

La rapidité de la prise en charge est un élément important dans la consultation aux urgences pour plusieurs parents. Ils cherchent à connaître rapidement l'origine du problème et à avoir les examens et la thérapeutique adéquats dans les plus brefs délais. Comme l'explique le parent n°10 : « *Quand je pense urgences, je pense rapidité, vitesse. Quand j'emmène ma fille aux urgences, je veux que ça aille vite, ça veut dire qu'on peut pas attendre, c'est la définition de l'urgence.* »

Interrogés sur la notion de rapidité, on retrouve une certaine idée commune, à savoir une prise en charge dans l'heure qui suit.

Parent n°1 : « *On va aux urgences pour être fixés rapidement, pour que ce soit efficace. Pas le temps d'attendre, même si c'est souvent le cas ! Attendre, ok, mais pas deux heures quoi.* »

b. La présence du plateau technique

L'attente d'examens complémentaires et de matériel est revenue à plusieurs reprises pendant l'étude. Les éléments ci-dessous ont été cités :

- Examen d'imagerie médicale
- Examen biologique
- Pansement/point de suture
- Protoxyde d'azote pour les soins
- Geste technique par spécialiste

Lors de certains entretiens, ces éléments à eux-seuls justifiaient la consultation aux urgences selon les parents, comme par exemple l'attente d'une radiographie lors d'une douleur articulaire, comme l'a expliqué le parent n°2 : « *Si jamais il se fait mal, qu'il tombe, souvent on voit rien de particulier nous, on est pas médecins, et souvent il faut une radio, donc de toute manière si vous voulez une radio rapidement, c'est aux urgences.* »

c. La perspective d'une hospitalisation

Un parent peut emmener son enfant aux urgences en attendant avec plus ou moins de certitude une hospitalisation. Dans ces cas particuliers, quand on demande aux parents d'étayer leur propos, ils expliquent ne pas se sentir capables de gérer la pathologie douloureuse par eux-mêmes.

Ils vont donc consulter aux urgences en attendant qu'on leur annonce une hospitalisation. Le parent n°6 nous a d'ailleurs fait part de sa désillusion quand dans cette situation, on lui aurait refusé une hospitalisation pour son enfant : « *J'étais super inquiète, elle était pliée en deux, pour moi c'était l'appendicite ou quelque chose de pire, on avait carrément préparé le sac, prêts à y rester pour une semaine. Et là on arrive aux urgences, on nous dit que c'est pas grave, que c'est une gastro, on nous renvoie chez nous. J'étais pas du tout sereine, bon finalement c'était pas si grave donc ça va, mais c'est un peu l'ascenseur émotionnel.* »

4. Un ressenti plutôt négatif

a. L'attente

Tous les parents interrogés nous ont fait part d'une mauvaise expérience globale quand ils sont allés aux urgences pédiatriques. Le premier élément qui a été cité par l'ensemble des parents a été l'attente, qui selon eux n'est pas adaptée à l'urgence de la situation. On sentait clairement un agacement quand ils l'évoquaient, comme le parent n°11 par exemple : « *Non mais la dernière fois, on a attendu trois heures ! C'était n'importe quoi, tous entassés dans une salle d'attente comme du bétail, j'en pouvais plus ! Avec ta fille qui pleure dans tes bras, en plus tu vois que des gamins en pleine forme qui jouent et courent partout. Moi j'étais fou, j'ai failli faire un scandale !* »

b. Un manque de moyens ressenti

Le manque de moyens humains et matériel a été spontanément exprimé par plusieurs parents alors même que le guide d'entretien n'abordait pas ce sujet.

Dans ce cas, les parents faisaient preuve de compassion vis à vis des soignants et dénonçaient plutôt des problèmes politiques.

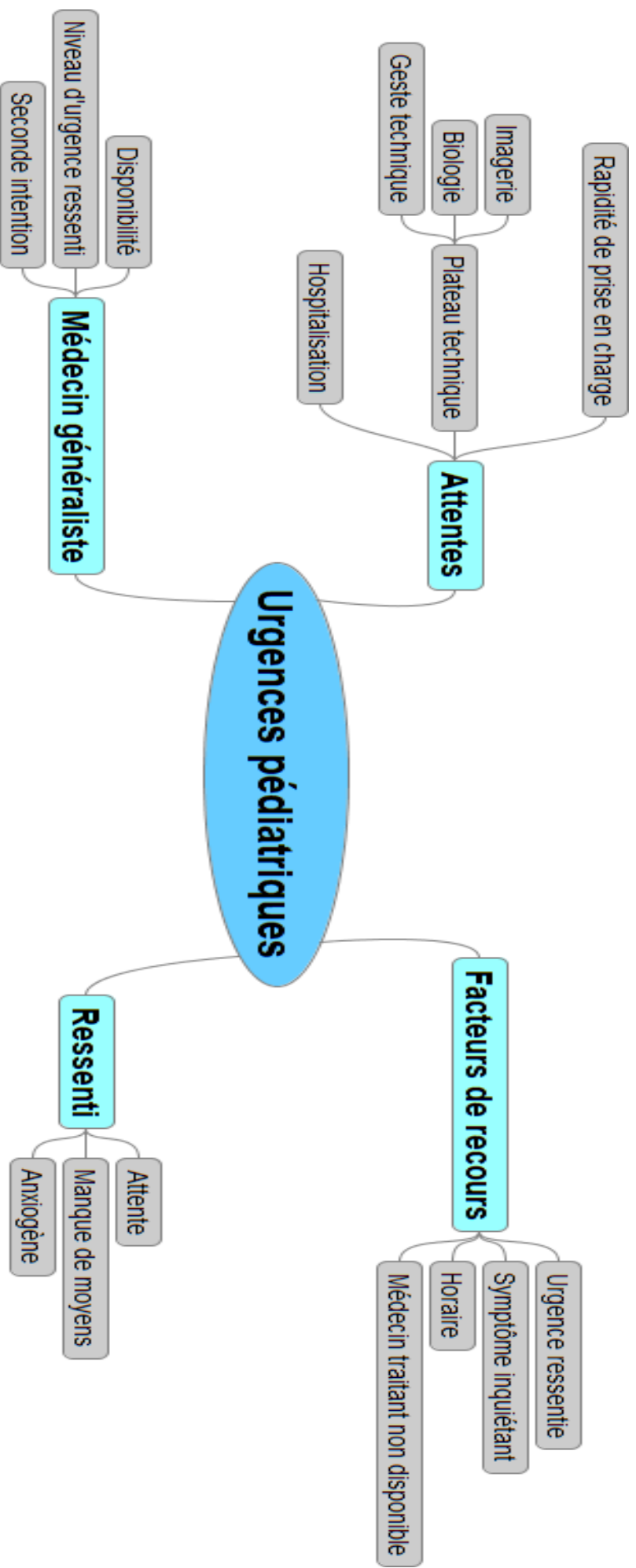
Parent n°9 : « *Quand on se dit que même nous, parents, on arrive à bien se rendre compte qu'ils ne sont pas assez nombreux, qu'ils ont des lampes qui ne marchent pas, des lits cassés, enfin des choses hallucinantes, quoi. Même à notre niveau, le manque de moyens on le voit, c'est fou quand même. Il faudrait qu'on leur donne plus de budget.* »

c. Un côté anxiogène

Les urgences pédiatriques ont été décrites comme anxiogènes par l'ensemble des parents interrogés. Quand on cherche les raisons, ils disent principalement être angoissés par la situation et l'éventuelle gravité de la pathologie douloureuse de leur enfant.

Certains parents ont malgré tout décrit le lieu en lui-même comme anxiogène, comme le parent n°5 : « *C'est horrible là-bas, tu as que des enfants malades, ça pleure, tout le monde est à cran parce que ça fait des heures que tu attends, les médecins et les infirmières semblent épuisés, enfin ça rajoute encore plus d'angoisse que tu en as déjà !* »

La figure 7 ci-dessous reprend l'ensemble des données liées au recours aux urgences pédiatriques et la manière dont elles interagissent entre-elles.



Discussion

A. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

a. Une approche originale

Le thème de la douleur de l'enfant est beaucoup étudié de manière générale dans la littérature, mais quasiment toujours sur des données purement hospitalières.

Les études de haut niveau de preuve ont pour la plupart été réalisées aux urgences pédiatriques.

Les travaux de thèses déjà effectués par des internes en médecine générale ont là encore été réalisés aux urgences pédiatriques.

La douleur en tant que symptôme est assez peu étudiée, elle est souvent directement associée à la pathologie douloureuse, qui elle, fait l'objet d'une étude.

Ainsi, l'objectif de ce travail de thèse est de recueillir des éléments nouveaux sur un sujet vaste et peu étudié en médecine générale.

Le point de vue des parents est très peu étudié dans la littérature, que ce soit pour la douleur ou d'autres symptômes.

Pourtant, chaque parent sera à priori confronté à une douleur chez l'un de ses enfants, et il s'agit d'un recours au médecin généraliste important.

C'est aussi pour cette raison que l'approche de ce travail de thèse est originale, en allant chercher un ressenti et un point de vue qui est peu étudié, sur une situation fréquente.

b. Méthodologie qualitative

Le choix de la méthodologie qualitative est ici très bien adapté au sujet, puisqu'il cherche à faire ressortir des données sur le ressenti, sur un point de vue, des expériences et une attitude face à une situation variée et multifactorielle.

Cette méthodologie est également un bon point de départ pour faire ressortir des données qui pourront servir de base à de la recherche quantitative par la suite.

Pour se former à la méthodologie qualitative, nous avons eu recours à la littérature très riche sur le sujet, ainsi qu'aux aides proposées par le tutorat en thèse qualitative à la faculté de médecine de Rouen. Ces ateliers ont permis une meilleure compréhension de la méthode et de ses enjeux.

Nous avons réussi à obtenir une variabilité de l'échantillon plutôt satisfaisante sur les critères choisis. La saturation des données a bien été respectée, et confirmée avec un entretien supplémentaire après l'obtention de celle-ci.

La triangulation des données exécutée sur les premiers entretiens retrouve une concordance supérieure à 90%, elle a été effectuée par un autre interne faisant un travail de thèse qualitative en médecine générale. C'est un critère de qualité sur la réalisation du codage.

Enfin, le guide d'entretien initial a été éprouvé par un premier entretien, ce qui nous a permis de constater qu'il était insuffisant. Ce premier entretien-test n'a donc pas été retenu, et le guide a été retravaillé pour une version plus complète, nous permettant des entretiens plus longs et avec plus de données. Il s'agit là encore d'un critère de qualité méthodologique.

2. Limites de l'étude

a. Recrutement des parents

Le recrutement des parents pour l'étude a été fait sur la base du volontariat, en sollicitation directe au début, puis par effet boule de neige, en cherchant toujours à varier les profils au maximum. Néanmoins, les parents ayant accepté de participer sont volontaires, et donc intéressés par le sujet, ce qui peut être considéré comme un biais de recrutement, voire comme un biais d'auto-sélection.

Un des parents recrutés dans l'étude est un professionnel de santé ayant des connaissances sur la douleur de l'enfant et sa prise en charge en tant que professionnel de santé, on peut donc le considérer comme un biais de recrutement.

Nous avons malgré tout décidé d'intégrer ce parent et de recueillir son témoignage car les professionnels de santé font partis de la population générale. On peut également se poser la question de la place de la profession dans une situation qui concerne avant tout le parent, et non le professionnel de santé. Est-on professionnel de santé avant d'être parent quand il s'agit de son enfant ?

b. Réalisation des entretiens

Limites logistiques et techniques

La crise sanitaire liée à la COVID-19 a entraîné plusieurs complications logistiques pour la réalisation des entretiens semi-dirigés.

Premièrement, les entretiens ont d'abord été réalisés en présence directe des parents, puis à partir du premier confinement, par téléphone. On peut donc déjà parler de biais méthodologique, puisque tous les entretiens n'ont pas été réalisés dans les mêmes conditions.

Initialement, l'expression non verbale des parents devait être prise en compte dans l'étude afin de faire l'objet d'une analyse dédiée. Les deux premiers entretiens ont effectivement permis de faire ressortir quelques éléments sur le non verbal, mais le passage aux entretiens téléphoniques n'a pas pu permettre de poursuivre, nous avons donc logiquement décidé de ne pas intégrer l'analyse de l'expression non verbale, ce qui aurait pu renforcer notre étude.

L'enregistrement des entretiens a été fait avec un dictaphone, avec un enregistrement qui se terminait une fois que nous avons fait le tour du guide d'entretien. De nombreux parents ont poursuivi la discussion après la fin de l'enregistrement, donnant parfois des données intéressantes, mais non enregistrées, et donc non incluses dans l'étude.

Limites liées au déroulement des entretiens

Il y a eu un biais lié à la formulation de certaines questions du guide d'entretien, qui n'étaient pas correctement comprises par les parents. Nous avons eu besoin de reformuler à plusieurs reprises et parfois les réponses obtenues ne répondaient pas directement à la question. Pour atténuer ce phénomène, les questions du guide ont été modifiées pour être plus intelligibles, et des relances sous forme de reformulation ont été proposées aux parents.

Il y a probablement eu un biais de désirabilité sociale de la part de certains parents. C'est à dire que certains parents ont plutôt exprimé ce que la société attendait d'eux plutôt que ce qu'ils font ou pensent réellement, par peur de passer pour de « mauvais parents ». C'est un phénomène difficile à analyser, mais nous avons essayé de le limiter au maximum en démarrant l'entretien par une introduction déculpabilisante : *« Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est votre point de vue personnel qui m'intéresse. »*

Nous avons été confrontés à plusieurs reprises à une confusion entre douleur et fièvre de l'enfant. A plusieurs reprises, des parents étaient hors sujet et parlaient plutôt de leur attitude et prise en charge sur la fièvre plutôt que la douleur, notamment dans la partie sur l'utilisation des antalgiques, où le paracétamol a beaucoup été cité pour son rôle antipyrétique. Dans ces situations, nous faisons en sorte de recentrer l'entretien sur la douleur, mais certaines réponses étaient ambiguës, et nous ne pouvions déterminer que difficilement si le parent interrogé parlait de la fièvre ou la douleur. Ces réponses n'ont pas été intégrées dans l'analyse qualitative.

Nous avons été confrontés à un phénomène complexe lors des entretiens avec les parents qui ont plusieurs enfants. Il a été difficile chez ces parents d'évaluer le ressenti et la prise en charge à un âge donné de l'enfant. En effet, les parents n'avaient pas la même attitude aujourd'hui chez leur cadet, qu'avec leur aîné au même âge. Nous avons essayé de comprendre ce phénomène avec la question du guide portant sur l'expérience liée aux premiers enfants, mais nous nous sommes rendus compte lors de l'analyse qu'il pouvait y avoir confusion, et que certains parents décrivaient parfois des attitudes opposées pour une situation similaire. Les relances et les demandes d'approfondissement ont pu aider à résoudre cette problématique, mais elle reste présente dans l'étude.

c. Guide d'entretien

Le guide d'entretien n'était pas assez fourni et pertinent dans sa première version, ce qui nous a amené à le revoir après un premier entretien test.

Le guide d'entretien initial sous-évaluait largement la place des moyens non médicamenteux, qui ne faisaient l'objet que d'une unique question, intégrée à la partie sur les antalgiques. C'est en effectuant le premier entretien et en faisant de nouvelles recherches bibliographiques que nous avons décidé d'intégrer une partie complète sur les moyens non médicamenteux dans le guide d'entretien.

De la même manière, le ressenti des parents face à la douleur était moins bien étudié dans la première version du guide, qui se concentrait uniquement sur la perception et les facteurs d'inquiétude.

On note une variabilité dans la qualité des entretiens entre le début et la fin de l'étude. Le principal facteur qui l'explique est l'inexpérience de l'interrogateur au début de l'étude, avec des difficultés à relancer, à ne pas suggérer les réponses et dans la manière de poser certaines questions. Au fur et à mesure de l'étude, avec l'expérience, les entretiens ont été mieux menés et ont permis d'aboutir à plus de données pour chaque entretien.

B. Principaux résultats

1. Une perception hétérogène et multifactorielle

La manière dont les parents arrivent à percevoir la douleur chez leur enfant est très variée d'après les résultats de notre étude.

On peut déjà expliquer une telle variabilité par l'expression de la douleur chez l'enfant, qui est elle-même très hétérogène. Cependant il faut noter que notre étude s'intéresse à un ressenti des parents, et donc que les moyens d'expression de l'enfant tels que décrits par les parents sont assujettis à leur propre ressenti. Finalement, les facteurs de perception de la douleur liés à l'enfant sont eux-mêmes influencés par les parents, leur attitude et le contexte.

On peut l'illustrer avec l'exemple des pleurs, qui est un signe inconstant, et perçu différemment par les parents. Il peut être autant un mode d'expression basique de la douleur, qu'un signe rare et facteur d'inquiétude chez certains parents.

Nos résultats sur ce point précis sont plutôt en adéquation avec la littérature existante sur le sujet, à savoir que l'expression de la douleur par un enfant est influencée par les adultes, et par le contexte, ce qui crée une forte variabilité des modes d'expression.

L'impact du milieu socio-culturel et de l'origine de l'enfant tels que décrits dans la littérature n'ont pas pu être évalués ici car la méthodologie qualitative ne le permet pas de manière précise.

De nombreux facteurs interviennent dans la perception de la douleur, allant d'éléments presque naturels comme l'instinct parental, à des éléments plus quantifiables comme le nombre d'enfants, ou l'âge de l'enfant.

La littérature assez pauvre sur le sujet démontre (avec un faible niveau de preuve) que la perception de la douleur par les parents n'était pas fiable, et que les parents avaient une idée assez préconçue de la manière dont un enfant doit exprimer une douleur, notamment via les pleurs.

Ce n'est pas ce qui ressort de notre étude, où les parents émettent certes une difficulté à bien percevoir la douleur, mais adaptent bien leur perception selon de nombreux facteurs, et non selon une idée préconçue. Il pourrait être intéressant d'explorer l'impact de ces facteurs avec une étude quantitative.

2. Un ressenti qui influence la prise en charge

Le déroulement des entretiens suivant le guide nous faisait d'abord explorer le ressenti, les facteurs d'inquiétude et de réassurance, puis la prise en charge par la suite.

Nous avons pu remarquer que la prise en charge de la douleur des parents était influencée par les facteurs d'inquiétude ou de réassurance.

C'est pour une douleur considérée comme inquiétante par les parents que les différents moyens de prise en charge sont choisis, selon une hiérarchie que l'on retrouve plus ou moins chez tous les parents interrogés.

Les moyens non médicamenteux sont utilisés en première intention, quelle que soit la douleur. Puis les antalgiques sont utilisés en complément si les parents l'estiment nécessaire, et enfin la consultation chez le médecin est le dernier moyen mis en place. Les urgences pédiatriques ont une place à part car elles sont un moyen de premier recours pour des douleurs considérées comme très inquiétantes d'emblée.

Les facteurs d'inquiétude sont nombreux, variés, et dépendent du ressenti personnel des parents, ainsi que de leur propre histoire et celle de leur enfant. On peut décrire de manière assez similaire les facteurs de réassurance.

Le fait de connaître ou non l'origine de la douleur est un facteur majeur, car il peut être inquiétant si l'origine est inconnue, ou rassurant dans le cas contraire. Il s'agit d'un facteur retrouvé sur l'ensemble des entretiens et qui conditionne beaucoup la prise en charge.

Enfin, notre étude a permis de faire ressortir le concept de « niveau d'urgence ressenti », qui est propre à chaque parent et à chaque situation, et qui est une sorte de balance entre l'inquiétude et la réassurance. Ce niveau d'urgence conditionne aussi la prise en charge, et il est souvent différent du niveau d'urgence tel que défini par le médecin.

3. Une prise en charge non médicamenteuse instinctive

Les méthodes non médicamenteuses semblent largement utilisées sous différentes formes d'après notre étude.

Les parents les utilisent de manière instinctive, sans y réfléchir, en essayant de faire ce qu'ils pensent être bien pour leur enfant. Il n'y a pas de stratégie précise comme on peut le retrouver dans l'utilisation des antalgiques, les parents se laissent guider par leur ressenti et le contexte.

Il est surprenant de remarquer que ces méthodes ne sont pas considérées comme de réels moyens de prise en charge de la douleur par les parents. Ils les considèrent plutôt comme des gestes et des attitudes normales de parents envers son enfant douloureux. Ce constat rejoint les données existantes dans la littérature.

De toutes les nombreuses méthodes relevées dans notre étude, le détournement de l'attention, ou distraction, de l'enfant semble prendre une place très importante, ce qui rejoint plutôt la littérature existante sur le sujet. Cette méthode prend place soit de manière directe, ou de manière détournée, voire mise en place de manière inconsciente par certains parents.

4. Une automédication présente mais très variable

Les résultats de notre étude vont dans le sens de la littérature quant au fréquent recours à l'automédication par les parents. Les parents confirment y avoir recours, de manière plus ou moins systématique.

Nous avons pu mettre en évidence une grande variabilité dans la place de l'utilisation des antalgiques en automédication dans la stratégie de prise en charge de la douleur. Elle peut être un moyen de première intention chez certains parents peu importe la situation, ou selon le ressenti personnel des parents, s'ils l'estiment nécessaire. Chez d'autres parents, elle prend place en seconde intention uniquement.

Les modalités de recours à l'automédication sont donc floues, et les facteurs d'utilisation varient grandement d'un parent à l'autre pour la même situation.

Le médecin a un rôle important à jouer, car ses ordonnances précédentes sont souvent réutilisées par la suite comme base par les parents souhaitant délivrer un antalgique à leur enfant. De la même façon, le rôle de conseil du pharmacien est important, car il peut être le premier recours dans certaines situations.

Concernant les molécules utilisées, nos données vont dans le sens de la littérature existante, avec le paracétamol comme principale molécule en première intention. Nos données retrouvent également une confusion entre le rôle antalgique et antipyrétique du paracétamol. Les AINS sont peu utilisés par les parents de l'étude, ce qui rejoint les données issues de la littérature.

5. Le rôle fondamental du médecin généraliste

Le médecin généraliste est le premier recours pour les parents, son diagnostic, ses conseils et sa prise en charge sont les éléments les plus attendus pour la prise en charge de la douleur de leur enfant.

Son rôle est important dans la prise en charge directe de la pathologie douloureuse, mais également dans les événements ultérieurs, car ses conseils seront réappliqués par les parents, les ordonnances réutilisées comme modèle pour l'automédication.

La pédiatrie a une place bien à part au sein de la médecine générale, il faut gérer le patient, mais également l'inquiétude parentale qui est, dans le cas de la pathologie douloureuse, souvent au premier plan. La réassurance des parents est donc un objectif majeur dans la consultation, car des parents inquiets continueront à avoir recours au système de soins primaires, par d'autres consultations ou le recours aux urgences.

Si la douleur relève d'une pathologie urgente ou semi-urgente, c'est également au médecin généraliste de l'évaluer et d'orienter les parents.

Le délai de consultation est un enjeu majeur dans la prise en charge de la douleur. Il prend de nouveau en compte le niveau d'urgence ressenti des parents. Ainsi le médecin généraliste aura une conception de l'urgence différente de celle des parents, son point de vue sera plutôt médical. Mais il faut également parvenir à gérer celle des parents d'une manière ou d'une autre.

Le ressenti de la disponibilité du médecin généraliste par les parents est là encore très variable. Si certains parents arrivent à voir leur médecin dans la journée quand il s'agit d'une douleur de leur enfant, certains doivent attendre plusieurs jours. Cette variabilité du délai va influencer le recours aux antalgiques et aux urgences pédiatriques, et a donc un impact non négligeable sur la prise en charge de la douleur.

La possibilité de prendre conseil auprès de son médecin par téléphone, ou via une consultation rapide en télémedecine, est perçue comme très faible voire impossible selon les résultats de notre étude.

6. La place des urgences pédiatriques

Les urgences pédiatriques peuvent être un moyen de premier recours, ou de seconde intention selon la situation.

Les parents consultent aux urgences pédiatriques en premier recours si le niveau d'urgence ressentie est important. La consultation avec le médecin généraliste est alors perçue par les parents comme insuffisante pour prendre en charge la douleur, et ils consultent directement aux urgences. Dans cette situation, la présence de certains symptômes inquiétants est un motif de recours important à ces structures.

Les urgences sont également un moyen de premier recours par défaut en cas de difficultés d'accès à une consultation de médecine générale. Soit le médecin n'est pas disponible rapidement, soit la douleur survient pendant des horaires de soir, nuit, ou week-end. Les urgences deviennent alors le premier recours, mais pour des consultations qui, normalement, ne dépendent pas d'elles.

Elles peuvent également être un recours de deuxième intention, soit après une orientation par le médecin généraliste, soit en raison d'une non amélioration ou aggravation de la pathologie douloureuse après la consultation de médecine générale.

Globalement, les résultats de notre étude vont dans le sens de ce que montre la littérature, à savoir que les urgences pédiatriques prennent en charge beaucoup plus de consultations qu'elles ne le devraient en théorie. Ceci semble s'expliquer par la difficulté d'accès à une consultation rapide en médecine générale, et à un niveau d'inquiétude des parents parfois en inadéquation avec le niveau d'urgence médical.

Le ressenti général des parents envers les urgences pédiatriques est plutôt négatif, car la situation vécue à l'occasion de leur passage y est anxiogène. L'attente et le manque de moyens humains et matériels ressortent également comme des ressentis négatifs exprimés par les parents, dans nos résultats.

C. Perspectives d'amélioration

1. Comprendre l'inquiétude

L'inquiétude parentale est un élément majeur dans la prise en charge de la douleur. Cette inquiétude va définir le niveau d'urgence ressenti par les parents et orienter leur besoin de consulter rapidement ou non.

Comme nous l'avons déjà évoqué, le niveau d'urgence ressenti par les parents est différent du niveau d'urgence médical réel, évalué par un médecin. Cette différence entraîne une inadéquation entre le besoin de consultation rapide des parents et la réalité clinique.

C'est donc ici que le médecin généraliste a un rôle fondamental. En tant que premier recours, il doit comprendre l'inquiétude parentale, quand bien même elle serait disproportionnée quant au contexte clinique. En comprenant l'inquiétude, il peut rassurer les parents, et c'est d'ailleurs ce que beaucoup attendent de la consultation. Un parent rassuré n'ira pas consulter aux urgences sans justification médicale et sera plus serein dans sa prise en charge.

Le médecin généraliste a également un rôle d'éducation thérapeutique, il peut expliquer aux parents comment repérer les signes graves, à évaluer la douleur de manière plus précise. L'utilisation de fiches explicatives et d'outils d'aide au patient peut constituer une solution.

Enfin il ne faut pas culpabiliser les parents de leur inquiétude. Le langage des médecins est important dans le contexte. Il faut désamorcer l'inquiétude sans la minimiser, ne pas faire ressentir au parent que la consultation n'était pas nécessaire, car elle l'est toujours, que ce soit d'un point de vue strictement médical ou pour rassurer et expliquer.

Il s'agit donc d'adapter sa communication personnelle en tant que médecin. Une étude qualitative sur le sujet pourrait être intéressante et montrer les pistes d'amélioration possibles.

2. Éducation sur l'automédication

L'automédication a une place centrale dans la prise en charge de la douleur par les parents. Là encore, le médecin généraliste a un rôle fondamental pour plusieurs raisons.

La première est l'éducation thérapeutique, il faut expliquer aux parents les antalgiques qu'ils peuvent utiliser par eux-mêmes, et pour quelles indications. Notre étude montre une large utilisation du paracétamol, mais avec difficulté, et à des délais très variables, parfois sans cohérence médicale. Interroger le parent sur son utilisation d'antalgique pour son enfant, corriger les éventuelles erreurs et donner des conseils fait partie du rôle du médecin généraliste.

La seconde raison concerne la rédaction de l'ordonnance. Nous avons vu dans notre étude que les parents utilisaient des ordonnances passées pour recourir à l'automédication, il est donc important que le médecin y inscrive une posologie claire, les indications, ou toute autre information susceptible d'aider les parents dans leur décision et leur action de délivrance de l'antalgique.

Là encore, l'utilisation d'outils numériques ou supports papiers ont tout à fait leur place pour aider les parents dans leur décision et/ou leur utilisation des antalgiques.

Le pharmacien a un rôle important, il peut être le premier intervenant et délivre les médicaments qui seront utilisés en automédication. Le médecin peut lui aussi s'appuyer sur le pharmacien pour redonner les conseils de délivrance.

3. Une disponibilité à adapter

Notre étude met en évidence qu'un parent inquiet est un parent qui va consulter. Comme nous l'avons vu précédemment, le niveau d'inquiétude conditionne le niveau d'urgence ressenti, ce qui va déterminer le délai de consultation, voire le fait d'aller directement aux urgences.

Le médecin généraliste doit donc se rendre disponible pour consulter ou donner des conseils à ces parents inquiets.

La disponibilité peut prendre la forme de conseils téléphoniques, ou autre forme de communication numérique. La téléconsultation peut très bien avoir sa place pour cette indication, et permet au médecin de se faire un premier avis pour éventuellement convoquer l'enfant en consultation s'il l'estime nécessaire. Nous avons vu dans notre étude qu'elle n'était pas ou très peu utilisée par les parents.

La disponibilité pour les consultations peut prendre la forme de créneaux d'urgence dédiés, pour une consultation le jour même ou le lendemain.

Enfin les conseils et l'éducation thérapeutique ont là encore leur place, pour que les parents sachent à quel moment consulter et puissent évaluer plus précisément le degré réel d'urgence médicale.

4. Un exemple des défaillances du système de soins primaires

La difficulté pour les parents à voir rapidement leur médecin en cas d'inquiétude sur une douleur est directement liée au déficit croissant en médecins généralistes.

La possibilité pour un médecin généraliste de proposer des créneaux rapides ou de passer du temps au téléphone pour donner des conseils devient très délicate au vu du volume de consultations à fournir pour assurer l'offre de soins primaires de sa patientèle.

La permanence des soins assurée en dehors des horaires de consultations et pendant les week-ends existe, mais elle est perçue comme difficile d'accès par les parents d'après notre étude. Une meilleure information donnée aux parents sur la présence des médecins de garde ou l'utilisation des numéros d'urgence comme le 116-117 pourrait déjà être une piste d'amélioration.

La défaillance du système de soins primaire à voir rapidement en consultation des enfants douloureux, à rassurer les parents et à leur donner des conseils, entraîne directement un report sur les urgences pédiatriques qui deviennent saturées, et dont même les parents consultants ressentent les difficultés logistiques et humaines.

La résolution du déficit démographique de médecins généralistes par la politique de santé publique aurait donc un impact positif sur la prise en charge de la douleur de l'enfant.

Conclusion

La perception de la douleur de l'enfant par ses parents est multifactorielle et hétérogène. Elle dépend de facteurs liés à l'enfant et la manière dont il exprime sa douleur, ainsi que des facteurs liés aux parents. Ces facteurs peuvent être intrinsèques ou liés à l'histoire et l'expérience de l'enfant et du parent.

Le ressenti des parents face à cette douleur est directement conditionné par la perception, on va alors retrouver des éléments qui rassurent et d'autres qui inquiètent. Ces éléments sont nombreux et variables selon les parents. Nous avons alors une balance entre l'inquiétude et la réassurance qui va définir un niveau d'urgence ressenti par les parents et orienter leur prise en charge. Ce niveau d'urgence ressenti peut différer du niveau d'urgence médical réel, et donc amener à un parcours de soin inadapté. C'est au médecin généraliste, à l'aide d'éducation thérapeutique, d'expliquer les signes de gravité à repérer, et de guider la prise en charge des parents.

L'utilisation des moyens non médicamenteux est retrouvée chez l'ensemble des parents interrogés, en première intention, seuls ou en complément des traitements antalgiques. Leur usage est instinctif et n'est pas vraiment considéré comme un moyen thérapeutique par les parents, mais plutôt comme une attitude logique avec son enfant. Les moyens utilisés sont nombreux et variés, mais la distraction semble y prendre une place importante, de manière directe ou indirecte.

L'automédication semble avoir une place centrale dans la prise en charge de la douleur de l'enfant par ses parents. Le délai et les modalités d'utilisation des antalgiques sont là encore très variables d'un parent à l'autre. C'est le ressenti global du parent qui va guider son attitude quant à l'utilisation d'antalgiques. Le médecin traitant a un rôle tout particulier car ses ordonnances passées vont être réutilisées par la suite afin de servir de support pour l'automédication, il est donc important d'avoir une prescription claire, et d'expliquer aux parents comment utiliser les antalgiques. Le paracétamol est l'antalgique de référence, utilisé majoritairement.

Le médecin généraliste est l'intervenant de première intention. Les parents attendent de leur médecin un diagnostic, un traitement, et être rassurés. Son rôle est donc multiple, car c'est également lui qui va orienter l'enfant vers les urgences s'il l'estime nécessaire. Ses prescriptions seront réutilisées et serviront de base pour l'automédication. Le délai de consultation avec le médecin généraliste est un enjeu majeur, car il va influencer sur la prise en charge. Des parents inquiets n'ayant pas forcément un accès rapide à leur médecin vont parfois consulter aux urgences pédiatriques sans justification médicale. Le médecin doit donc comprendre l'inquiétude et se rendre disponible malgré un déficit démographique en médecins généralistes rendant la tâche compliquée. Là encore l'éducation thérapeutique est une piste d'amélioration. L'utilisation de la télé-médecine et d'outils numériques pourraient également être une aide à court terme, afin de permettre au médecin de donner un avis rapidement et d'éventuellement convoquer en consultation s'il l'estime nécessaire.

Les urgences pédiatriques représentent le dernier recours dans la stratégie de prise en charge de la douleur par les parents. Elles peuvent l'être en première intention s'ils estiment que la pathologie douloureuse est grave, ou si le médecin généraliste n'est pas disponible. Dans les autres cas, elle fait suite à une consultation avec le médecin généraliste en deuxième intention. Le ressenti des parents est plutôt négatif et met en évidence un manque de moyens humains et matériels.

La prise en charge de la douleur de l'enfant par le système de soins primaire reste donc à améliorer. Elle doit mieux prendre en compte le ressenti des parents, car c'est lui qui va directement guider leur prise en charge. Le médecin généraliste a un rôle fondamental via l'éducation thérapeutique et la disponibilité. Un meilleur accès aux médecins généralistes dans le cadre d'une politique de santé de ville serait également une piste d'amélioration.

Bibliographie

1. FOURNIER CHARRIERE E, TOURNAIRE B, et le groupe Pédiadol. Douleur de l'enfant, l'essentiel. Paris : Pédiadol ; 2015.
2. Merskey H, Albe-Fessard DG, Bonica JJ. Pain terms: a list with definitions and notes on usage: recommended by the IASP sub committee on taxonomy. *Pain* 1979;7:249-52.
3. Kuttner L. L'enfant et sa douleur. Paris : Dunod ; 2011
4. Anand KJ, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl JMed*. 1987 Nov 19;317(21):1321-9.
5. Anand KJ, Craig KD. New perspectives on the definition of pain. *Pain*. 1996 Sep;67(1):3-6; discussion 209-11
6. Pope N, Tallon M, McConigley R, Leslie G, Wilson S. Experiences of acute pain in children who present to a healthcare facility for treatment: a systematic review of qualitative evidence. *JBIG Database System Rev Implement Rep*. 2017 Jun;15(6):1612-1644
7. Zabalia, Marc & Martel, Karine & Dykstra, F.. (2010). Exprimer la douleur : analyses qualitatives d'interactions adulte-enfant au sein d'une crèche. *Douleur et Analgésie*. 23. 233-238. 10.1007/s11724-010-0193-9.
8. Zabalia, Marc & Jacquet, Denis. (2004). Effet du contexte sur la conception de la douleur chez l'enfant. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 5. 203-207. 10.1016/S1624-5687(04)94518-0.
9. Gauvain-Piquard A, Rodary C, Rezvany A. Pain in children aged 2-6 years: a new rating scale elaborated in a pediatric oncology unit-preliminary report. *Pain* 1987 ;31 :177
10. Fournier-Charrière E. La mémorisation d'événements douloureux chez l'enfant : quelles implications, quelles séquelles ? *Douleur Analgésie*. 2014 Jun;27(2):88-94.
11. Von Baeyer C, Marche T, Rocha E, et al. Mémoire et douleur de l'enfant : évaluation-diagnostic- traitement, 5. 2004;p. 133-42.
12. WOOD C, TEISSEYRE L, CUNIN-ROY C. Développement cognitif de l'enfant et douleur. Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur, Juin 2004
13. P. McGrath, L. McAlpine Psychological perspectives on pediatric pain *J Pediatr*, 122 (1993), pp. 2-8

14. Zabalia Marc, « Pour une psychologie de l'enfant face à la douleur », *Enfance*, 2006/1 (Vol. 58), p. 5-19. DOI : 10.3917/enf.581.0005.
15. M. Zabalia, Autoévaluation de la douleur : la théorie de Jean Piaget comme cadre interprétatif de l'expression de la douleur chez l'enfant : mise au point et perspectives, *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, Volume 18, Issue 4, 2005
16. Valérie Guillouf, Aspects psycho-développementaux de la douleur chez l'enfant, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 172, Issue 2, 2014, Pages 111-114, ISSN 003-4487
17. Fortier MA, Martin SR, Kain DI, Tan ET. Parental attitudes regarding analgesic use for children: differences in ethnicity and language. *J Pediatr Surg*. 2011 Nov;46(11):2140-5
18. Twycross AM, Williams AM, Bolland RE, Sunderland R. Parental attitudes to children's pain and analgesic drugs in the United Kingdom. *J Child Health Care*. 2015 Sep;19(3):402-11
19. Raffaelli G, Orenti A, Gambino M, Peves Rios W, Bosis S, Bianchini S, Tagliabue C, Esposito S. Fever and Pain Management in Childhood: Healthcare Providers' and Parents' Adherence to Current Recommendations. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 May 13;13(5):499
20. Lebeau A, Tremeau A-L, Université de Franche-Comté, Faculté de médecine et de pharmacie. Prise en charge de la douleur et de la fièvre par les parents : état des lieux de la pratique de l'automédication chez les enfants de 0 à 6 ans dans le Doubs. 2017
21. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des éléments de la Consultation en médecine Générale. *Exercer* 2014. 114. 148-57
22. Danièle Sommelet, L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, Volume 192, Issue 5, 2008, Pages 1043-1060, ISSN 0001-4079.
23. Bondesson E, Olofsson T, Caverius U, Schelin MEC, Jöud A. Consultation prevalence among children, adolescents and young adults with pain conditions: A description of age- and gender differences. *Eur J Pain*. 2020 Mar;24(3):649-658
24. Grout, R.W., Thompson-Fleming, R., Carroll, A.E. et al. Prevalence of pain reports in pediatric primary care and association with demographics, body mass index, and exam findings: a cross-sectional study. *BMC Pediatr* 18, 363 (2018)
25. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans, ANAES, 26 septembre 2001.

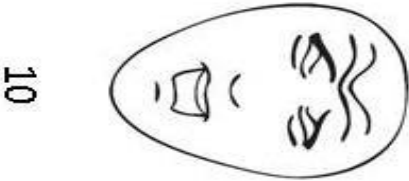
26. Recommandations Afssaps de bonne pratique : Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant, AFSSAPS, juin 2009.
27. Von Baeyer CL. Children's self-report of pain intensity: what we know, where we are headed. *Pain Res Manag.* 2009;14(1):39-45
28. Fournier-Charrière E, Reiter F, Lassaune F, Tourniaire B, Ricard C, Carbajal R, et al. Evendol, une nouvelle échelle comportementale pour évaluer la douleur de l'enfant de zéro à sept ans aux urgences : élaboration et validation. *J Eur Urgences.* 2008 Mar;21:A72.
29. Hester NK. *Nurs Res.* 1979, 28:250-5. The preoperational child's reaction to immunization
30. Forward SP, Brown TL, McGrath PJ. Mothers' attitudes and behavior toward medicating children's pain. *Pain.* 1996 Oct;67(2-3):469-74. PubMed PMID: 8951943
31. Recommandations HAS : Prise en charge médicamenteuse de la douleur de l'enfant, alternative à la codéine. Janvier 2016.
32. Marion La Marle, Automédication par paracétamol chez les enfants de moins de 12 ans : Etat des lieux des connaissances des parents de la Somme. 2018.
33. Delrue Florent, Utilisation des antalgiques-antipyrétiques à domicile pour les nourrissons Une étude nationale quantitative descriptive des pratiques d'automédication par des parents de France. 2018.
34. Conrad C, Soni P, Coorg V, Thompson B, Muenzer J, Timmons Z, Bulloch B. Prehospital Analgesic Administration by Parents for Pain Relief in Children. *Pediatr Emerg Care.* 2019 May;35(5):359-362.
35. Accardi MC, Milling LS. The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: a comprehensive methodological review. *J Behav Med.* 2009 Aug;32(4):328-39
36. LOMBART, Bénédicte. 2015. Manuel pratique d'hypnoalgésie pour les soins en pédiatrie.
37. Chantal Wood, Antoine Bioy, De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant, *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, Volume 6, Issue 5, 2005
38. K. Olness Hypnotherapy: a cyberphysiologic strategy in pain management *Pediatr Clin North Am*, 36 (1989), pp. 873-884
39. De San Fulgencio J, Roy V, Maudier C et al. Soins dentaires sous sédation consciente au mélange oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA) à l'Hôpital Robert Debré. Poster presented at the 4th

- Annual Congress of the French Pain Society, SETD, Montpellier. 18-20 November 2004. Douleurs 2004; 5:TO14
40. Hoffman, Hunter G. PhD; Richards, Todd L. PhD†; Van Oostrom, Trevor MD‡; Coda, Barbara A. MD; Jensen, Mark P. PhD; Blough, David K. PhD; Sharar, Sam R. MD‡ The Analgesic Effects of Opioids and Immersive Virtual Reality Distraction: Evidence from Subjective and Functional Brain Imaging Assessments, *Anesthesia & Analgesia*: December 2007 - Volume 105 - Issue 6 - p 1776-1783
41. Longobardi, Claudio, Laura E. Prino, Matteo A. Fabris, et Michele Settanni. 2019. « Soap Bubbles as a Distraction Technique in the Management of Pain, Anxiety, and Fear in Children at the Paediatric Emergency Room: A Pilot Study ». *Child: Care, Health and Development* 45 (2): 300305
42. Van der Heijden MJ, Oliai Araghi S, van Dijk M, et al. The effects of perioperative music interventions in pediatric surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS One* 2015 ; 10 : e0133608.
43. Klassen JA, Liang Y, Tjosvold L, Klassen TP, Hartling L. Music for pain and anxiety in children undergoing medical procedures: a systematic review of randomized controlled trials. *Ambul Pediatr*. 2008;8(2):117–28.
44. Sunitha Suresh BS, De Oliveira GS, Suresh S. The effect of audio therapy to treat postoperative pain in children undergoing major surgery: a randomized controlled trial. *Pediatr Surg Int*. 2015 Jan 3
45. Pölkki T, Korhonen A, Laukkala H. Parents' Use of Nonpharmacologic Methods to Manage Procedural Pain in Infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018 Jan;47(1):43-51
46. Yohann Duchene. Place du médecin traitant dans le parcours de soins des enfants consultant aux urgences pédiatriques : caractéristique et motivation des patients relevant de la médecine générale. 2016.
47. Xavier Benet. La confiance des parents vis à vis de leur médecin généraliste pour la prise en charge de leur enfant. Une étude descriptive aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen. 2014.
48. Bourras Charles. Pourquoi les familles consultent-elles aux urgences pédiatriques du C.H de La Rochelle pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux libéraux : Etude prospective sur un échantillon de 359 enfants. 2014.
49. Chaudet A. Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences : caractéristiques de la population. Université de Poitiers - UFR Médecine et Pharmacie ; 2013.

50. Hascoet J. Patients auto-référés dans quatre services d'Urgences en Haute-Normandie : quel profil ? Quelles implications pour la permanence des soins ? Université de Rouen – UFR Médecine et Pharmacie ; 2013.
51. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Études et résultats, Drees, n° 215. Janvier 2003.
52. Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences de Nanterre. Université Paris VII - Denis Diderot - Faculté de Médecine Xavier Bichat ; 2009.
53. Marie-Josée Tobie-Gueguen. Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest. Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge. Axes d'amélioration. 2012.
54. Soula A. Description d'une population d'enfants vus aux urgences pédiatriques selon son mode de recours : enquête prospective sur plusieurs jours données au C.H. de La Rochelle [Thèse de médecine]. Poitiers ; 2005
55. Aubin-Auger (2008) Introduction à la recherche qualitative. 19(84) :142–145
56. TOUBOUL P. Recherche qualitative. 2011, Nice. Nice : Collège de médecine générale de Nice, 2012, 19 p.
57. PASQUIER E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en médecine générale. Mémoire de médecine générale. Lyon : Faculté Lyon Nord, 2004, 23 p.
58. Professions et catégories socioprofessionnelles PCS. Institut national de la statistique et des études économiques. 2003.
59. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins, sous la direction du Dr Jean-François GERARD-VARET Président de la commission des études statistiques et de l'atlas. 2021,

Annexes

Annexe 1 : Echelle des visages



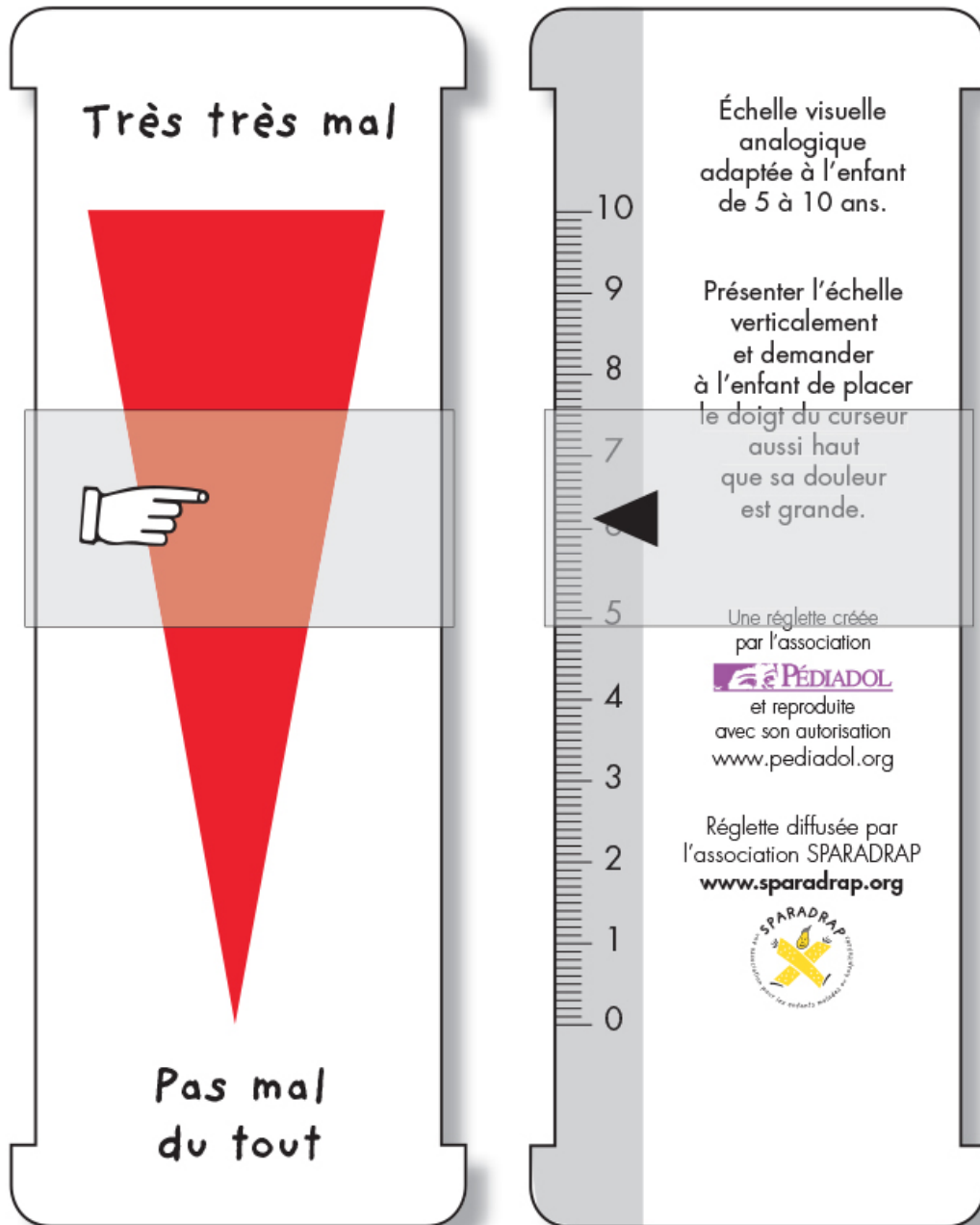
Echelle Verbale Simple

- EVS= échelle verbale simple
- 0= 0 douleur
- 1=douleur faible
- 2= douleur modérée
- 3=douleur intense (forte)
- 4= douleur extrêmement intense

Echelle numérique (EN)

Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
---------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--

Annexe 4 : Echelle visuelle analogique



Annexe 5 : Echelle EVENDOL

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Antalgique		Evaluations suivantes											
					Evaluation à l'arrivée		Evaluations après antalgique ³											
					au repos ¹ ou calme (R)	à l'examen ² ou la mobilisation (M)	R	M	R	M	R	M						
Expression vocale ou verbale																		
pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal	0	1	2	3														
Mimique																		
a le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3														
Mouvements																		
s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3														
Positions																		
a une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3														
Relation avec l'environnement																		
peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3														
Remarques	Score total /15																	
	Date et heure																	
	Initiales évaluateur																	

Annexe 6 : Guide d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Maxime Bridoux, je suis interne en médecine générale. Je réalise mon travail de thèse sur la douleur de l'enfant, et plus particulièrement je m'intéresse au point de vue des parents.

Pour ce faire, nous allons réaliser ce que l'on appelle un entretien semi-dirigé, c'est-à-dire que je vais vous poser des questions ouvertes, et le but est que vous y répondiez de manière détaillée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est votre point de vue personnel qui m'intéresse.

L'entretien sera enregistré avec un dictaphone. A l'issue de cet entretien, je ferai une retranscription écrite, puis l'enregistrement sera détruit, et la retranscription écrite sera conservée jusqu'à la soutenance de ma thèse, puis détruit.

Toutes les données seront anonymes, vos informations personnelles ne seront pas dévoilées dans la thèse.

Je vais d'abord vous demander quelques informations sur votre mode de vie et vos enfants, puis nous passerons aux questions sur la douleur.

Renseignements

Sexe :

Age :

Lieu de résidence :

Catégorie socio-professionnelle :

Situation familiale :

Sexe(s) et âge(s) du(des) enfant(s) :

Guide d'entretien

Thème 1 : Perception de la douleur

1. Comment savez-vous si votre enfant a mal ?
2. Comment votre enfant verbalise la douleur ?
3. Quand on parle d'exagération de la douleur chez les enfants, ça vous évoque quelque chose ?
4. En quoi l'âge de votre enfant change votre perception de sa douleur ?
5. En quoi le fait d'avoir déjà eu un enfant change votre perception de la douleur chez les suivants ?

Thème 2 : Facteurs d'inquiétudes/de réassurance

1. Qu'est-ce qui vous inquiète quand votre enfant a mal ?
2. Est-ce que certains types de douleurs vous inquiètent plus que d'autres ? (Maux de tête, maux de ventre, douleur articulaire etc.)
3. Il y a des symptômes particuliers qui vont vous inquiéter en cas de douleur ?
4. C'est quoi pour vous une douleur importante ?
5. Au contraire de tout ce dont on vient de parler, qu'est-ce qui vous rassure ?

Thème 3 : Utilisation des antalgiques

1. Est-ce que vous utilisez des médicaments contre la douleur ? sans prescription médicale ?
2. Quels médicaments utilisez-vous ?
3. A quel moment décidez-vous de les utiliser ?
4. Qu'attendez-vous précisément de ces médicaments ? (Efficacité ? Durée d'effet ?)
5. Avez-vous l'impression de connaître les antalgiques que vous utilisez ? Avez-vous déjà lu la notice ?

Thème 4 : Méthodes non médicamenteuses

1. Utilisez-vous des moyens non médicamenteux pour soulager la douleur de votre enfant ? (Tout ce que vous pouvez faire qui n'est pas relié à un médicament)
2. A quel moment utilisez-vous ces moyens ?
3. Que pensez-vous de ces moyens ?

Thème 5 : Recours au médecin généraliste

1. Qu'est-ce qui vous pousse à consulter un médecin généraliste quand votre enfant a mal ?
2. Qu'en est-il du délai pour consulter ? Appel téléphonique ? Téléconsultation ?
3. Qu'attendez-vous de cette consultation avec un médecin généraliste ?
4. Vous faites une différence entre votre médecin traitant et un autre médecin généraliste ?

Thème 6 : Recours aux urgences pédiatriques

1. Vous avez déjà eu recours aux urgences pour une douleur chez votre enfant ? Pourquoi les urgences ?
2. Qu'est-ce qui vous pousse à consulter aux urgences plutôt que chez le médecin généraliste ?
3. Qu'attendez-vous des urgences pédiatriques ?
4. Quel est votre ressenti par rapport aux urgences ?