

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale  
dans le Nord et le Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 8 juillet 2021 à 18 heures  
au Pôle Formation

**par Hélène DUBUS**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Dominique TURCK**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Sylvie NGUYEN THE TICH**

**Monsieur le Docteur Jan BARAN**

**Madame le Docteur Justine AVEZ-COUTURIER**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Éric LEGRAND**

---

## **AVERTISSEMENT**

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
celles-ci sont propres à leurs auteurs.



# LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>AUEC</b>	Attestation Universitaire d'Étude Complémentaire
<b>CCAM</b>	Classification Commune des Actes Médicaux
<b>COREQ</b>	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
<b>DU</b>	Diplôme d'Université
<b>MEOPA</b>	Mélange Équimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote
<b>MSU</b>	Maître de Stage Universitaire
<b>NGAP</b>	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
<b>PMI</b>	Protection Maternelle et Infantile

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE</b> .....	<b>2</b>
<b>I. Objectifs de l'étude</b> .....	<b>2</b>
<b>II. Type d'étude</b> .....	<b>2</b>
<b>III. Population étudiée</b> .....	<b>2</b>
<b>A. Taille de l'échantillon</b> .....	<b>2</b>
<b>B. Composition de l'échantillon</b> .....	<b>3</b>
<b>C. Recrutement de l'échantillon</b> .....	<b>3</b>
<b>IV. Recueil des données</b> .....	<b>4</b>
<b>V. Retranscription des données</b> .....	<b>5</b>
<b>VI. Méthode d'analyse des résultats</b> .....	<b>5</b>
<b>VII. Préservation et conservation des données</b> .....	<b>6</b>
<b>VIII. Consentement et éthique</b> .....	<b>6</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>7</b>
<b>I. Caractéristiques de l'échantillon</b> .....	<b>7</b>
<b>II. Analyse thématique des entretiens</b> .....	<b>8</b>
<b>A. La douleur procédurale de l'enfant en médecine générale</b> .....	<b>9</b>
1. Une entité avec ses interrogations, ses particularités et ses représentations .....	<b>9</b>
1.1. Définition selon le médecin généraliste .....	<b>9</b>
1.2. Population concernée par la douleur procédurale .....	<b>9</b>
1.3. Particularités chez l'enfant : une composante psychologique majeure .....	<b>10</b>
1.4. Représentations de la douleur procédurale de l'enfant : une variabilité individuelle chez les médecins généralistes .....	<b>10</b>
1.5. Ressentis des médecins généralistes face à la douleur procédurale de l'enfant .....	<b>12</b>
2. Évaluation de la douleur de l'enfant en médecine générale .....	<b>13</b>
2.1. Méthodes d'évaluation .....	<b>13</b>

2.2. Ressentis des médecins généralistes dans l'évaluation de la douleur de l'enfant : la complexité au premier plan .....	14
3. Gestes réalisés en consultation de médecine générale .....	14
3.1. La vaccination : un geste prépondérant et récurrent .....	14
3.2. Diversité des autres gestes réalisés .....	15
3.3. Événements indésirables liés à la réalisation de gestes .....	16
3.4. Évolution des gestes réalisés en médecine générale .....	16
3.5. Regard sur l'examen clinique de l'enfant .....	17
3.6. Freins à la réalisation de gestes chez l'enfant .....	17
3.7. Solutions apportées aux freins à la réalisation de gestes .....	18
3.8. Vécus des médecins généralistes face aux gestes .....	18
3.8.1. Dans le cadre de leur patientèle .....	18
3.8.2. Cas particulier du parent-médecin face à la vaccination .....	19
3.8.3. Cas particulier du médecin-parent face à la vaccination .....	20
<b>B. Prise en charge avant la réalisation du geste : l'anticipation .....</b>	<b>21</b>
1. Le médecin généraliste : le premier acteur de l'anticipation .....	21
1.1. Anticipation en amont de la consultation : évaluer, expliquer et programmer .....	21
1.1.1. Évaluation de différents paramètres .....	21
1.1.2. Explications préalables à la consultation .....	22
1.1.3. Programmation des actes .....	22
1.1.4. Place des consultations de « routine » .....	22
1.2. Anticipation immédiate : avant la réalisation du geste .....	23
1.2.1. La communication et les explications au centre de l'anticipation immédiate .....	23
1.2.2. Le langage non verbal .....	24
1.2.3. Préparation du geste .....	25
1.2.4. Préparation de l'enfant .....	25
1.3. Regard des médecins généralistes sur la place des parents pendant l'anticipation .....	26
1.3.1. Une place importante variant entre aide et frein .....	26
1.3.2. La gestion des parents : entre éducation et supervision .....	27
2. Les parents et l'enfant : des acteurs liés dans l'anticipation .....	27
2.1. Anticipation des parents .....	27
2.1.1. Des parents acteurs en amont .....	27

2.1.2. Une anticipation anxieuse des parents .....	28
2.2. Anticipation de l'enfant .....	28
2.3. Influence des parents sur l'anticipation de l'enfant .....	29
3. L'anticipation pharmacologique .....	29
3.1. Le rôle des parents .....	29
3.2. Les anesthésiques locaux .....	30
3.2.1. Une hétérogénéité des pratiques de prescription dans la vaccination .	30
3.2.2. Une utilisation avant d'autres gestes .....	31
3.2.3. Une efficacité controversée en pratique .....	31
3.3. Les antalgiques per os .....	32
3.4. Autres méthodes : quelques moyens éprouvés .....	32
4. Bénéfices de l'anticipation : de multiples impacts .....	33
5. Freins à l'anticipation .....	33
5.1. Freins à l'anticipation par le médecin généraliste .....	33
5.2. Freins à l'anticipation pharmacologique .....	34
<b>C. Prise en charge pendant la réalisation du geste .....</b>	<b>35</b>
1. Le médecin généraliste : le premier acteur .....	35
1.1. Mise en condition .....	35
1.1.1. Contact verbal avec l'enfant .....	35
1.1.2. Impliquer l'enfant .....	36
1.1.3. Positionner l'enfant .....	36
1.2. Méthodes antalgiques : une diversité de stratégies non médicamenteuses à associer .....	36
1.2.1. Pluralité des techniques antalgiques .....	36
1.2.2. Déroulement du geste .....	38
1.2.3. Facteurs influençant le choix des méthodes antalgiques .....	38
1.3. Évaluation des méthodes antalgiques .....	39
2. Place des parents durant la réalisation du geste .....	39
2.1. Importance de la place des parents .....	39
2.2. Des parents perçus comme une aide .....	40
2.3. Des parents pouvant être un frein .....	40
2.4. Des parents négligeables .....	40
3. Freins à la prise en charge de la douleur pendant le geste .....	41

3.1. Le temps .....	41
3.2. L'équipement .....	41
3.3. La méconnaissance des stratégies de prise en charge .....	42
3.4. Les parents .....	42
3.5. Absence de frein .....	43
4. Solutions apportées aux freins .....	43
4.1. Face au problème de temps .....	43
4.2. Face à l'accessibilité du MEOPA .....	43
4.3. Face à la contrainte potentielle des parents .....	44
<b>D. Prise en charge après la réalisation du geste .....</b>	<b>44</b>
1. Mesures physiques .....	44
2. Mesures psychologiques .....	44
3. Mesures pharmacologiques .....	45
<b>E. Bénéfices observés .....</b>	<b>46</b>
1. Bénéfices immédiats : des bénéfices pour tous les acteurs .....	46
1.1. Pour l'enfant .....	46
1.2. Pour les parents .....	46
1.3. Pour le médecin .....	46
2. Bénéfices sur le long terme : des bénéfices majeurs pour le médecin .....	47
2.1. Déroulement des futurs gestes et consultations .....	47
2.2. Relation médecin-patient .....	47
2.2.1. Avec l'enfant .....	47
2.2.2. Avec les parents .....	48
2.2.3. Suivi de l'enfant .....	48
<b>F. Conséquences d'une absence de prise en charge .....</b>	<b>48</b>
1. Pour l'enfant : une mémorisation de la douleur .....	48
2. Pour les parents .....	49
3. Pour le médecin : une altération de l'examen clinique et de la relation médecin-enfant .....	49
<b>G. Évolution de la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale .....</b>	<b>50</b>
1. Absence d'évolution .....	50



2. Une évolution caractérisée de positive à conforter .....	50
3. Facteurs influençant l'évolution .....	51
4. Propositions d'évolutions .....	52
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>53</b>
<b>I. Critique de l'étude .....</b>	<b>53</b>
<b>A. Limites de l'étude .....</b>	<b>53</b>
1. Biais d'investigation .....	53
2. Biais de sélection .....	53
3. Biais de classement ou d'interprétation .....	54
<b>B. Forces de l'étude .....</b>	<b>54</b>
1. Un sujet innovant en médecine générale .....	54
2. Une étude qualitative .....	54
3. La validité de l'étude .....	55
3.1. La validité interne .....	55
3.1.1. Au niveau du recueil des données .....	55
3.1.2. Au niveau de l'analyse des données .....	55
3.2. La validité externe .....	56
<b>II. Analyse des résultats face à la littérature .....</b>	<b>56</b>
<b>A. Principaux résultats .....</b>	<b>56</b>
<b>B. La singularité de l'approche de l'enfant en médecine .....</b>	<b>57</b>
<b>C. L'approche physique .....</b>	<b>57</b>
1. Le positionnement de l'enfant .....	57
2. Le comportement du médecin : le langage non verbal .....	58
<b>D. L'approche psychologique .....</b>	<b>59</b>
1. Les explications : vers une préparation pré procédurale .....	59
2. La distraction : une place majeure chez l'enfant .....	60
3. L'hypnose : un nouvel outil en médecine générale ? .....	61
<b>E. L'approche pharmacologique .....</b>	<b>61</b>
1. Les antalgiques per os : une utilisation minimale .....	61

2. Les anesthésiques locaux : une utilisation hétérogène et une efficacité controversée .....	62
3. Le MEOPA : un gaz difficilement accessible en médecine générale .....	63
4. La solution sucrée : une méthode non médicamenteuse .....	64
<b>F. L'allaitement maternel : une approche multimodale .....</b>	<b>65</b>
<b>G. Les stratégies non abordées dans notre étude : le Buzzy® et les sutures à la colle biologique .....</b>	<b>66</b>
<b>H. Les pratiques intéressantes relatives à la médecine générale .....</b>	<b>66</b>
<b>I. La place des parents et de l'enfant : les rendre acteurs .....</b>	<b>67</b>
1. La place des parents et leurs vécus : le rôle de l'éducation .....	67
2. L'expérience de médecin-parent .....	68
3. Le vécu de l'enfant face à la douleur procédurale .....	68
<b>J. Les vécus et représentations des médecins généralistes .....</b>	<b>69</b>
<b>K. Les bénéfices .....</b>	<b>69</b>
<b>L. Les freins .....</b>	<b>70</b>
<b>M. L'évolution de la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale .....</b>	<b>71</b>
<b>III. Perspectives : les pistes de réflexion soulevées .....</b>	<b>72</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>73</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>75</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>82</b>
Annexe 1 : Grille d'entretien et son évolution .....	82
Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement .....	85
Annexe 3 : Formulaire d'opposition .....	86
Annexe 4 : Verbatim de l'entretien 10 .....	87
Annexe 5 : Critères COREQ .....	93

# RÉSUMÉ

**Contexte** : La prise en charge de la douleur est devenue un objectif central de l'exercice de la médecine pédiatrique. La douleur procédurale, prévisible par définition, est une entité sur laquelle les professionnels de santé peuvent agir. La médecine générale s'inscrit dans ce cadre. Les consultations de pédiatrie y sont nombreuses, ainsi que la réalisation d'actes potentiellement douloureux. L'objectif de l'étude était d'analyser la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale.

**Méthode** : Une étude qualitative a été menée sur douze entretiens semi-dirigés de médecins généralistes installés dans le Nord et le Pas-de-Calais. L'échantillon a été recruté en variation maximale. La suffisance des données a été atteinte. Les entretiens ont été analysés de façon thématique après codage ouvert.

**Résultats** : La prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale s'articule autour de trois approches : physique, psychologique et pharmacologique. Elle s'organise à travers plusieurs temporalités (avant, pendant et après la réalisation du geste) entre trois acteurs : le médecin généraliste, le couple parents/enfant, et l'acteur pharmacologique. La phase d'anticipation est essentielle. Les stratégies de prise en charge sont nombreuses et les techniques non médicamenteuses prépondérantes. Les pratiques des médecins généralistes sont hétérogènes et influencées par leurs représentations de la douleur et leurs expériences pratiques. Des bénéfices immédiats existent pour tous les acteurs. L'angoisse et la douleur de l'enfant sont diminuées, le vécu de l'acte par les parents est amélioré, le déroulement du geste est facilité. Sur le long terme, la relation de confiance entre le médecin et l'enfant est renforcée, à l'origine d'un meilleur suivi de l'enfant. Les gestes ultérieurs sont facilités et moins anxiogènes. Le temps, le contexte d'urgence, les parents et les difficultés d'accès au MEOPA peuvent être des freins à une prise en charge optimisée.

**Conclusion** : Les stratégies de gestion de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale sont multiples et complémentaires. Elles doivent être anticipées et intégrer les parents et l'enfant. Elles sont à l'origine de divers bénéfices pour tous les acteurs. Éduquer et sensibiliser les parents aux stratégies de prise en charge est essentiel pour l'optimiser.

## **INTRODUCTION**

L'évaluation et la prise en charge de la douleur de l'enfant sont devenues un objectif central de l'exercice de la médecine pédiatrique ces dernières années (1). La notion de douleur chez le nourrisson était autrefois niée, liée à une croyance d'immaturation neurologique du nouveau-né. Depuis plus de vingt ans, l'existence de la douleur chez le nourrisson est prouvée (2). Le concept de mémorisation de la douleur est reconnu (3), ainsi que les bénéfices à la prévenir et la traiter à tout âge (2)(4).

La douleur induite ou procédurale est « une douleur de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique, dans des circonstances de survenues prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées » (5). Par définition, la douleur procédurale est donc entièrement prévisible, permettant une anticipation et une optimisation de sa prise en charge. Elle apparaît ainsi comme une entité importante sur laquelle les professionnels de santé peuvent agir.

En 2009, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (actuelle Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) a publié des recommandations de bonnes pratiques (6) sur la prise en charge de la douleur aiguë de l'enfant. Depuis ces recommandations, la gestion de la douleur procédurale de l'enfant a été étudiée en France en milieu hospitalier dans les services d'urgences (7) (8) et de réanimations pédiatriques (9), mais pas au sein des cabinets de médecine générale. Les consultations de pédiatrie y sont pourtant nombreuses (10), ainsi que la réalisation d'actes potentiellement douloureux (11). Les études et travaux de recherche réalisés en médecine de ville s'intéressaient uniquement à la gestion de la douleur vaccinale chez le nourrisson et l'enfant de moins de 3 ans (12)(13).

Dans ce contexte, il semblait intéressant d'explorer de manière globale les pratiques des médecins généralistes. Quels actes pourvoyeurs de douleur chez l'enfant réalisent-ils ? Comment gèrent-ils la douleur procédurale de l'enfant durant leurs consultations ? Quels sont les motivations et les facteurs limitants à sa prise en charge ?

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## I. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était d'explorer la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant durant les consultations de médecine générale.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les freins et les pistes d'amélioration à la gestion de la douleur procédurale de l'enfant en consultation de médecine générale.

## II. Type d'étude

Pour explorer la problématique, il semblait pertinent d'étudier les pratiques des médecins généralistes dans leur ensemble. Dans ce but, notre étude devait s'intéresser à l'utilisation des méthodes antalgiques, aux représentations des médecins généralistes et à leurs ressentis. Il fallait également aborder leurs motivations et leurs freins à la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant.

Ainsi, une recherche de type qualitative paraissait la plus adaptée pour répondre à la problématique.

## III. Population étudiée

### A. Taille de l'échantillon

En recherche qualitative, les entretiens doivent être poursuivis jusqu'à suffisance des données (14).

Dans notre étude, dix entretiens ont été réalisés pour atteindre la suffisance des données. Deux entretiens supplémentaires sans apport d'éléments nouveaux ont été menés pour affirmer la suffisance des données. Au total, douze entretiens ont donc été réalisés.

## **B. Composition de l'échantillon**

L'échantillon était composé de médecins généralistes installés exerçant dans le Nord ou le Pas-de-Calais.

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste installé en libéral, exercer dans le Nord ou le Pas-de-Calais, accepter de participer à l'étude et avoir signé le formulaire d'information et de consentement.

Les critères de non-inclusion étaient : exercer une autre spécialité que la médecine générale, être médecin remplaçant, refuser de participer à l'étude.

Il nous a semblé pertinent de ne pas inclure dans l'étude les médecins généralistes remplaçants, potentiellement à l'origine d'un biais. Ils peuvent en effet être dépendants dans leur pratique de la logistique du cabinet et de l'équipement du médecin remplacé.

## **C. Recrutement de l'échantillon**

Le recrutement s'est déroulé de mai 2019 à janvier 2021.

Le recrutement des médecins généralistes a été réalisé en variation maximale. La diversité était recherchée sur les critères socio-démographiques suivants : l'âge, le sexe, la localisation géographique (urbain, semi-rural ou rural), et le statut de maître de stage universitaire ou non. D'autres critères socio-démographiques ont été recueillis lors des entretiens afin de caractériser de manière précise l'échantillon.

Les médecins généralistes ont été recrutés à partir des connaissances de l'investigatrice (maîtres de stages ou autres connaissances), et par effet « boule de neige » : chaque médecin interrogé pouvait proposer à la fin de l'entretien des coordonnées d'autres médecins généralistes.

La méthode de recrutement consistait en un premier contact des médecins par l'investigatrice par mail ou téléphone, via un message type. L'objectif de ce premier contact était de présenter l'investigatrice, le thème général du sujet de recherche

(sujet de pédiatrie), et le principe de l'enquête par entretien individuel. Le sujet précis du travail de recherche n'était pas dévoilé lors du premier contact.

À l'issue du premier contact, si le médecin acceptait de participer au travail de recherche, une date était fixée pour réaliser l'entretien à son cabinet.

L'ensemble des médecins généralistes contactés a accepté de participer à l'étude. Douze médecins généralistes au total ont été inclus.

L'échantillon et l'ensemble de ses critères socio-démographiques sont présentés dans le Tableau 1 au début du chapitre « Résultats ».

## **IV. Recueil des données**

Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels de type semi-dirigés, suivant une grille d'entretien préalablement établie (annexe 1). L'objectif des entretiens semi-dirigés était d'interroger les médecins à l'aide de questions ouvertes. Cela favorisait la liberté d'expression permettant d'obtenir des réponses les plus proches de la réalité.

L'entretien se déroulait en deux parties. La première partie servait à recueillir les données socio-démographiques du médecin interrogé et à présenter le sujet de recherche et le but de l'étude. La deuxième partie comportait des questions ouvertes relatives au sujet de recherche, établies préalablement dans une grille d'entretien.

La grille d'entretien initiale a évolué durant le recrutement, variant avec le codage des entretiens réalisé au fur et à mesure. Des concepts non envisagés lors de l'établissement de la grille d'entretien initiale pouvaient être retrouvés durant la phase de codage. Ils étaient alors réintégrés sous forme de questions ouvertes dans une nouvelle grille d'entretien. Au final, la grille d'entretien a évolué à trois reprises (annexe 1).

Les médecins ont été interrogés sur leur lieu d'exercice, sauf deux médecins pour lesquels l'entretien s'est déroulé au domicile personnel par commodité.

Tous les entretiens ont été réalisés de manière individuelle entre l'investigatrice et le médecin.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux enregistreurs audio TASCAM DR-05®, afin d'éviter tout problème technique lors de l'enregistrement.

## **V. Retranscription des données**

Les données ont été retranscrites en verbatims sur le logiciel LibreOffice Writer®, c'est-à-dire une retranscription mot à mot, à partir des enregistrements audio. Il s'agit donc d'un langage parlé, sans adaptation, ni interprétation, dans le but de préserver l'authenticité des entretiens.

Le langage non verbal était spécifié entre accolades dans les verbatims. Les silences durant moins de trois secondes étaient retranscrits en « ... » et les silences de plus de trois secondes en « {silence} ».

Les entretiens ont été retranscrits au plus près de leur réalisation, dans le but d'être le plus fidèle possible dans la retranscription du langage non verbal.

L'investigatrice était représentée par la lettre « I » dans la retranscription des entretiens et les médecins par la lettre « M » suivie d'un numéro.

Chaque médecin interrogé a reçu par mail la retranscription de son entretien. Cette rétroaction permettait aux participants à l'étude de vérifier leurs propos retranscrits par l'investigatrice.

Les caractéristiques des entretiens sont dans le Tableau 2 du chapitre « Résultats ».

Le verbatim de l'un des entretiens se trouve en annexe 4.

## **VI. Méthode d'analyse des résultats**

Les verbatims obtenus après retranscription ont été analysés de manière inductive en codage ouvert, à l'aide du logiciel NVivo 12®. Une seconde analyse indépendante



a été réalisée par une médecin extérieure à l'étude formée à la recherche qualitative, dans un objectif de triangulation.

Cette méthode de codage a permis de transposer les données des verbatims en « noeuds » ou catégories, « sous-noeuds », etc. Nous avons ensuite regroupé et analysé de manière thématique l'ensemble des noeuds et sous-noeuds obtenus afin de dégager des axes de réponse, présentés dans les résultats de l'étude.

## **VII. Préservation et conservation des données**

L'ensemble des données a été anonymisé. Dans ce but, nous avons attribué lors de la phase d'inclusion un numéro à chaque médecin (par exemple « M1 ») suivant l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. La correspondance entre les numéros et les médecins généralistes inclus est conservée par l'investigatrice dans une table de concordance.

L'ensemble des données est stocké sur une base de données (LibreOffice Writer® et NVivo 12®) sécurisée par un mot de passe individuel et créée exclusivement pour l'étude selon le respect des bonnes pratiques.

Notre étude a été enregistrée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

L'ensemble des données sera détruit à l'issue de l'étude.

## **VIII. Consentement et éthique**

Le consentement écrit des médecins était recueilli avant le début des entretiens via un formulaire d'information et de consentement (annexe 2). L'investigatrice fournissait également aux médecins interrogés un formulaire d'opposition (annexe 3) leur permettant de retirer à tout moment leurs données de l'étude.

Notre étude étant une évaluation de pratiques professionnelles, elle n'a pas nécessité l'accord préalable du Comité de Protection des Personnes.

## RÉSULTATS

### I. Caractéristiques de l'échantillon

Au total, douze médecins généralistes ont été inclus et interrogés. Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon sont reportées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Données socio-démographiques de l'échantillon

	Âge	Sexe	Année d'installation	Localisation	Activité médicale*	Formations complémentaires	MSU
M1	43	M	2005	Semi-rural	25-30 (25%)	Non	Oui
M2	45	F	2003	Semi-rural	25 (60%)	DU d'hypnose	Oui
M3	50	F	2001	Semi-rural	20-25 (40%)	AUEC de pédiatrie Activité de PMI	Oui
M4	31	M	2019	Urbain	25 (10-15%)	AUEC de pédiatrie DU de plaies et cicatrisation	Non
M5	64	M	1987	Urbain	35 (15%)	DU de médecine du sport	Non
M6	53	F	1994	Rural	30 (15-20%)	DU d'homéopathie DU de pédagogie médicale DU de gynécologie DU de psychothérapie DU des troubles des apprentissages	Oui
M7	37	F	2017	Urbain	20-25 (50%)	Activité de PMI	Non (en cours)
M8	48	M	2002	Rural	20 (33%)	Non	Oui
M9	65	M	1982	Rural / semi-rural	25-30 (10-15%)	DU de gériatrie	Oui
M10	57	F	1994	Semi-rural	20-25 (30%)	Activité de PMI	Non
M11	29	M	2020	Rural	20-25 (30%)	DU de soins palliatifs	Non
M12	38	F	2013	Urbain	20-25 (20%)	AUEC de pédiatrie DU de gynécologie	Oui

Notes.\* L'activité médicale est donnée en nombre moyen d'actes par jour. Le pourcentage entre parenthèses correspond à l'activité de pédiatrie.

Le temps total d'entretien était de 4 heures 56 minutes et 32 secondes. L'entretien le plus long a duré 46 minutes et 32 secondes. L'entretien le plus court a duré 17 minutes et 49 secondes. La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes et 10 secondes.

Les caractéristiques des différents entretiens se trouvent dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens

Entretiens	Durée
M1	23 min 24 s
M2	20 min 21 s
M3	26 min 26 s
M4	17 min 55 s
M5	20 min 19 s
M6	23 min 12 s
M7	18 min 59 s
M8	28 min 28 s
M9	46 min 32 s
M10	17 min 49 s
M11	25 min 14 s
M12	27 min 53 s
Moyenne des entretiens	25 min 10 s
Total des entretiens	4 h 56 min 32 s

## II. Analyse thématique des entretiens

Dans notre étude, la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale s'articulait en trois temps. Il existait un temps majeur d'anticipation avant la réalisation du geste, un temps pendant, et un temps après la réalisation du geste. Durant ces trois temps, plusieurs acteurs étaient impliqués : le médecin généraliste, les parents et l'enfant, et l'acteur « pharmacologique ».

## A. La douleur procédurale de l'enfant en médecine générale

### 1. Une entité avec ses interrogations, ses particularités et ses représentations

#### 1.1. Définition selon le médecin généraliste

Les médecins généralistes caractérisaient la douleur procédurale comme une douleur attendue et provoquée par eux-même.

**M3** : « [...] mais là on, on ... on sait que il va y avoir de la douleur [...] »

**M4** : « Donc ça veut dire que c'est nous qui causons des douleurs. »

La notion de douleur procédurale chez l'enfant amenait des médecins à s'interroger.

**M3** : « Après, est-ce qu'il y a des soins qui sont plus douloureux que d'autres ? »

**M9** : « Alors est-ce que le traumatisme psychologique c'est une douleur ? »

#### 1.2. Population concernée par la douleur procédurale

Pour des médecins généralistes, la douleur procédurale était associée aux enfants en bas âge, notamment aux nourrissons.

**M1** : [...] les gestes invasifs qu'on peut justement faire chez le nourrisson [...] »

Les enfants plus âgés pouvaient être perçus comme étant plus mesurés face à la douleur procédurale.

**M8** : « Et généralement c'est des enfants un peu plus âgés que pour les vaccins, et ils sont un peu plus raisonnables aussi. »

### *1.3. Particularités chez l'enfant : une composante psychologique majeure*

Des médecins mettaient en avant l'intrication de différentes composantes au sein de la douleur procédurale de l'enfant.

**M10** : « *Et puis je pense qu'il y a surtout une peur qui est mêlée très fort euh ... à ce sentiment de douleur. »*

Parmi ces différentes composantes, des médecins observaient la prépondérance de la composante psychologique.

**M3** : « *[...] si on a une douleur de peur et une douleur d'angoisse, on va avoir l'angoisse au maximum, et la ... et la douleur à deux. »*

**M9** : « *[...] la douleur elle est plutôt psychologique chez l'enfant que nociceptive. »*

Au sein de cette part psychologique, des médecins constataient une anticipation de la douleur par l'enfant, ainsi qu'une influence des parents sur l'enfant.

**M6** : « *[...] j'ai l'impression qu'ils, ils anticipent peut-être un peu plus. »*

**M5** : « *C'est vrai que la douleur de l'enfant elle est en partie due aux parents. »*

### *1.4. Représentations de la douleur procédurale de l'enfant : une variabilité individuelle chez les médecins généralistes*

Un médecin ne se sentait pas régulièrement confronté à la douleur procédurale de l'enfant durant les consultations de médecine générale.

**M10** : « *Euh ... j'aurai pas de notion d'induire vraiment une douleur chez un enfant euh ... en, je dirai euh ... en consultation de médecine générale un peu de base. »*

Le milieu hospitalier lui paraissait davantage exposé.

**M10** : « [...] parce que des médecins des urgences, ou des pédiatres des urgences [...] là par contre eux c'est je pense beaucoup plus leur quotidien quoi. »

L'existence d'une douleur procédurale était perçue différemment en fonction des gestes.

**M6** : « [...] la pire des douleurs, je pense que c'est surtout ... le, le vaccin quoi. »

**M8** : « Après un vaccin ça reste supportable hein, c'est pas ... {silence}. »

**M5** : « [...] c'est vrai que la suture ça peut faire mal oui. »

**M8** : « Donc finalement des petites sutures, pfff c'est pas ... la douleur on va dire elle est supportable hein. »

Des médecins évoquaient le caractère fugace de la douleur procédurale et son évolution spontanément favorable.

**M11** : « [...] mais comme un vaccin, la, la douleur on dit : « Bah elle est rapide. » »

**M8** : « On n'arrive pas toujours à gérer la douleur, mais bon au final ça finit toujours par passer. »

Pour des médecins, la douleur procédurale de l'enfant était comparable à la douleur ressentie chez l'adulte.

**M4** : « [...] les parents ont tous eu l'expérience de faire un vaccin eux-mêmes, donc voilà je leur explique que leur enfant, grosso modo, ressent la même chose qu'eux. »

Au contraire, des médecins expliquaient la différence d'expériences douloureuses entre l'adulte et l'enfant pour un même geste.

**M9** : « Chez l'adulte ça va pas être douloureux, c'est désagréable mais c'est pas douloureux. Chez l'enfant, c'est pas, c'est pas désagréable, c'est douloureux. »

La gestion de la douleur procédurale de l'enfant était une priorité pour des médecins.

**M2** : « Un enfant ne doit pas avoir mal. »

**M9** : « Je suis, je dois pas être le premier à vous dire : « Primum non nocere. » {Silence} [...] Avant tout, ne pas nuire. [...] Faut pas, faut pas, faut pas nuire à un enfant. Faut pas lui faire mal. Faut pas lui faire mal. »

À l'inverse, des médecins estimaient qu'il ne fallait pas être excessif concernant la douleur de l'enfant. Un médecin évoquait la nécessité d'avoir des expériences douloureuses dans l'enfance.

**M2** : « Après, faut pas non plus en faire de trop [...] »

**M5** : « [...] il faut quand même que temps en temps ils savent ce que c'est que la douleur quoi. »

### 1.5. Ressentis des médecins généralistes face à la douleur procédurale de l'enfant

Ces différentes représentations de la douleur procédurale amenaient à des ressentis variés chez les médecins généralistes. Des médecins étaient empathiques.

**M10** : « Voilà, donc c'est pas quelque chose qui, qui nous plaît, on n'est pas des bourreaux hein, forcément. »

**M3** : « Moi j'aime beaucoup, j'aime beaucoup pouvoir être le moins euh algique possible pour l'enfant. »

Un médecin exprimait de la crainte vis-à-vis de la douleur procédurale de l'enfant.

**M6** : « Bah je t'avoue que je crois que le premier mot c'est « peur ». Euh ... pas savoir gérer [...] le risque de pas savoir gérer la douleur ... »

Des médecins acceptaient la présence de douleur procédurale chez l'enfant.

**M12** : « Bah tant pis, on sait qu'il y aura un peu de douleur mais on y va quand même quoi. »

## 2. Évaluation de la douleur de l'enfant en médecine générale

### 2.1. Méthodes d'évaluation

Les médecins généralistes utilisaient différentes échelles standardisées.

**M10** : « [...] on a des petites réglottes là, où on leur fait montrer avec leur doigt. »

**M4** : « [...] on peut demander chez un grand enfant, sur une échelle de 1 à 10. »

**M2** : « [...] ils aiment bien cette échelle avec les ... les masques qui grimacent. »

Des médecins ont souligné l'importance et la place de l'observation dans l'évaluation de la douleur de l'enfant.

**M3** : « La douleur chez l'enfant, il y a du ... verbal, mais {voix plus forte} énormément d'observation. {Silence}. Je dirai même 70 % d'observation. »

Des médecins s'appuyaient sur leurs expériences pratiques ou théoriques.

**M9** : « [...] c'est pour ça que j'ai fait aussi une formation sur la douleur chez l'enfant il y a un moment, il y a, il y a quelques temps, il y a une dizaine d'années. »

**M7** : « [...] l'expérience des urgences ça m'a vraiment aidée pour ça parce qu'on voit forcément beaucoup d'enfants [...] et on voit vraiment les différents visages de la douleur quoi. »



Les parents pouvaient aussi être un allié dans l'évaluation de la douleur de l'enfant.

**M7** : « [...] je demande souvent aux parents s'ils ont l'impression que leur enfant est douloureux. Ça, je me fie pas mal à ça aussi. »

### *2.2. Ressentis des médecins généralistes dans l'évaluation de la douleur de l'enfant : la complexité au premier plan*

Des médecins ont avant tout évoqué des difficultés à évaluer la douleur de l'enfant.

**M10** : « On a du mal à quantifier vraiment si un enfant a très très mal, peu mal [...] »

Certaines échelles d'évaluation étaient jugées difficiles à utiliser chez l'enfant.

**M4** : « Pfff ... l'échelle numérique, même chez le plus grand je trouve que c'est un peu compliqué. »

La place de l'observation et la pauvreté de l'interrogatoire pouvaient conduire à des difficultés et à une incertitude dans l'évaluation de la douleur de l'enfant.

**M4** : « [...] donc s'il pleure, c'est pas forcément parce qu'il a mal [...] »

**M9** : « Parce qu'un enfant va pas décrire sa douleur. Il sait pas [...] »

## **3. Gestes réalisés en consultation de médecine générale**

### *3.1. La vaccination : un geste prépondérant et récurrent*

Les médecins généralistes ont évoqué la prédominance des vaccins parmi les gestes réalisés chez l'enfant durant leurs consultations.

**M12** : « Alors, les vaccins {rires} peut-être en première {rires} ... comme beaucoup peut-être ? Mais [...] les vaccins principalement quand même malgré tout. »

**M7** : « [...] le premier truc auquel ça me fait penser c'est la douleur euh ... des vaccins. »

La vaccination conduisait à la répétition d'expériences douloureuses chez le nourrisson et l'enfant.

**M1** : « [...] parce qu'il y en a quand même plusieurs des injections. »

**M2** : « [...] surtout qu'on a quand même deux vaccins à deux mois. »

Des médecins spécifiaient que la vaccination était la première expérience douloureuse du nourrisson.

**M12** : « Les premiers vaccins à deux mois typiquement en général on est leur première source et cause de douleur vraie [...] »

### 3.2. Diversité des autres gestes réalisés

Hormis les vaccins, de nombreux autres gestes potentiellement douloureux étaient réalisés chez l'enfant en consultation de médecine générale.

**M8** : « [...] si les molluscum, l'ablation de molluscum. »

**M7** : « Ou enlever une écharde, ou un petit corps étranger, un truc comme ça [...] »

**M12** : « [...] d'enlever des, des bouchons de cérumen peut-être [...] »

**M4** : « Euh ... changer un pansement par exemple, pour un enfant qui est brûlé, pour vérifier la plaie. Ou même autre plaie. »

**M11** : « Les sutures j'en fais quelques-unes [...] »

**M12** : « Ah, peut-être là ce qui arrive plus fréquemment c'est de retirer des points par exemple, que plus d'en faire. »

**M3** : « [...] les prises en charge de soins [...] je pense à des ongles incarnés [...] »

### 3.3. Événements indésirables liés à la réalisation de gestes

La réalisation de gestes chez l'enfant pouvait conduire à la survenue d'incidents.

**M5** : « *Moi j'ai déjà cassé une aiguille dans ... dans la fesse d'un gamin [...]* »

**M6** : [Concernant la vaccination avec le GARDASIL®] « *Mais c'est ... peut-être une jeune fille qui m'a fait un petit malaise vagal.* »

### 3.4. Évolution des gestes réalisés en médecine générale

Des médecins généralistes constataient une évolution des gestes pratiqués chez l'enfant, avec certains actes qui se sont raréfiés voire ont disparu de leur pratique.

**M10** : « *Euh ... recoudre mais ça on le fait de moins en moins. On faisait beaucoup au début, maintenant on le fait de moins en moins.* »

**M5** : « *Bon des luxations t'en vois plus. Hein ? [...] Il y a plein de gestes comme ça qu'on faisait avant mais qu'on fait plus.* »

Plusieurs hypothèses étaient avancées à cette évolution : le côté médico-légal, l'accessibilité au spécialiste, et l'orientation spontanée des patients vers les services d'urgences.

**M9** : « *[...] on suturait tout hein, c'était, ça se passait comme ça. Mais après, quand, quand il a commencé à y avoir des plaintes pour un oui ou pour un non, bon bah j'ai dit : « J'arrête, je fais plus de ... » »*

**M12** : « *[...] pour que ce soit vraiment quelque chose qui soit bien fait et que voilà, qu'il y ait pas de cicatrice [...] de renvoyer vers un, un confrère ou une consoeur euh ... qui serait voilà, plus adapté ou plus équipé pour le faire.* »

**M5** : « *[...] qu'on fait plus parce que, justement les gens vont directo à l'hôpital.* »

### 3.5. Regard sur l'examen clinique de l'enfant

Dans notre étude, des médecins considéraient que l'examen clinique « de routine » chez l'enfant était indolore.

**M5** : « [...] l'examen courant du gamin il doit pas faire mal hein. Il est pas douloureux hein. Quand tu l'auscultes ... nez, gorge, oreilles et poumon et cœur, ça doit pas faire mal hein. »

À l'inverse, des médecins estimaient que l'examen clinique pouvait être désagréable chez l'enfant.

**M4** : « Une palpation abdominale peut être douloureuse {sourire} [...] »

**M12** : « [...] c'est pas forcément une douleur, mais il y a souvent un inconfort dès qu'on va examiner la gorge par exemple [...] »

Certains examens plus spécifiques étaient considérés comme douloureux chez l'enfant par un médecin.

**M9** : « Moi je pense surtout au toucher rectal qui est traumatisant. »

### 3.6. Freins à la réalisation de gestes chez l'enfant

L'absence de sécurité était un frein énoncé par des médecins.

**M1** : « Et j'ai dû dire aux parents : « Bah écoutez, là j'peux pas le vacciner, il bouge trop [...] mais là pour sa sécurité, c'est ... c'est pas faisable. » »

Selon le comportement des parents, des médecins pouvaient renoncer à réaliser le geste initialement prévu.

**M2** : « Ça m'est déjà arrivé de ne pas faire un vaccin pendant une consultation parce que je sentais que le parent était pas encore ... d'accord. »

Des médecins refusaient de réaliser des gestes si la douleur prévisible n'était pas concevable, ou en raison d'un manque de moyens techniques.

**M9** : « *Puis pas vouloir aller trop loin si on voit que c'est trop douloureux : « Stop, stop ! » »*

**M2** : « *Alors en sachant que moi par exemple, je ne veux plus faire de sutures chez l'enfant, puisqu'on n'a pas de MEOPA actuellement ici au centre. »*

### 3.7. Solutions apportées aux freins à la réalisation de gestes

Des médecins différaient le geste.

**M5** : « *[...] si ça va pas tel jour, il retourne chez lui. Puis il revient un autre jour. »*

Des médecins utilisaient la contrainte physique.

**M9** : « *Et je, je connais des collègues qui vont se mettre à plat ventre sur l'enfant pour aller le piquer euh ... pour le bloquer. »*

**M10** : « *[...] puis arrive un moment on dit : « Bon maintenant vous allez le tenir parce que ça suffit ... {rires} » »*

Des médecins adressaient l'enfant à un confrère ou au milieu hospitalier.

**M12** : « *[...] de renvoyer vers un collègue plutôt quoi [...] soit via les urgences où ils vont être équipés [...] »*

### 3.8. Vécus des médecins généralistes face aux gestes

#### 3.8.1. Dans le cadre de leur patientèle

Des médecins n'éprouvaient pas de difficulté particulière. La réalisation de vaccins s'ancrait dans une routine ou était perçue comme une nécessité.

**M5** : « [...] c'est pas un problème ça. Les vaccins c'est pas un problème. »

**M8** : « Euh ... vaccin. Je ... {souffle}, bah c'est un peu une routine [...] Faut le faire, faut le faire, c'est un mal nécessaire mais ... »

Le bénéfice médical du geste apportait de l'assurance à des médecins.

**M12** : « J'ai pas de scrupules entre guillemets parce que voilà, je suis convaincue du bien fondé des vaccins par exemple [...] »

D'autres médecins ressentait de la peur.

**M6** : « [...] des ados que je vaccine pour le GARDASIL®, ça me ... je, je, je t'avoue que j'ai un peu peur ... »

**M11** : « [...] mon ressenti c'est surtout de, d'avoir peur de faire mal en fait {rires}. »

Certains gestes étaient appréciés par un médecin.

**M8** : « Nan faire des sutures ça me détend [...] J'aime bien faire des sutures. »

Des médecins s'interrogeaient avant de réaliser un geste potentiellement douloureux chez l'enfant.

**M11** : « [...] c'est vrai que je me pose la question quand même : « Est-ce que l'acte va être douloureux et va être gérable sur le point de vue de la douleur ? » »

### 3.8.2. Cas particulier du parent-médecin face à la vaccination

Les vécus des médecins lors de la vaccination de leurs propres enfants étaient hétérogènes.

**M5** : « Pfff comme d'hab. Non ben ça s'est passé royalement quoi. »

**M6** : « [...] nan j'ai pas été trop traumatisée de les avoir vaccinés quoi. »

**M2** : « [...] c'est moi qui, qui ai fait son vaccin de 6 ans [...] Ça a été une catastrophe [...] »

Des médecins observaient une différence dans leur gestion de la douleur procédurale de leur enfant par rapport à leurs patients.

**M11** : « [...] le problème c'est ça, c'est que quand c'est tes enfants, bah en fait tu les prends moins bien en charge {rires}. »

Des médecins refusaient de réaliser les premiers vaccins eux-mêmes.

**M12** : « [...] c'est vrai que les premiers vaccins [...] j'avais pas voulu le faire [...] »

### 3.8.3. Cas particulier du médecin-parent face à la vaccination

Les vécus des médecins dans leur rôle de parent durant la vaccination de leur enfant étaient variables.

**M7** : « Je, je garde des expériences plutôt positives de leur vaccination. Mais je les ai jamais vaccinés. »

**M3** : « [...] c'est pas moi qui y vais parce qu'en fait si c'est moi, c'est encore majoré [...] je l'accompagne pas, et ça se passe mieux que quand c'est moi. »

Des médecins déléguaient la vaccination à un confrère pour dissocier l'acte douloureux de leur image de parent ou pour avoir une expertise externe.

**M11** : « [...] pour pas qu'il ait une vision négative : « Ah bah oui, il peut arriver qu'il me fasse un vaccin. » »

**M6** : « [...] mais les premiers vaccins, puis peut-être peur de pas bien faire, et d'avoir, d'avoir un exemple par le pédiatre quoi. »

## B. Prise en charge avant la réalisation du geste : l'anticipation

### 1. Le médecin généraliste : le premier acteur de l'anticipation

La prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant comportait une phase majeure d'anticipation par le médecin généraliste. L'anticipation s'inscrivait dans une double temporalité : une anticipation en amont de la consultation, et une anticipation immédiate avant la réalisation du geste chez l'enfant.

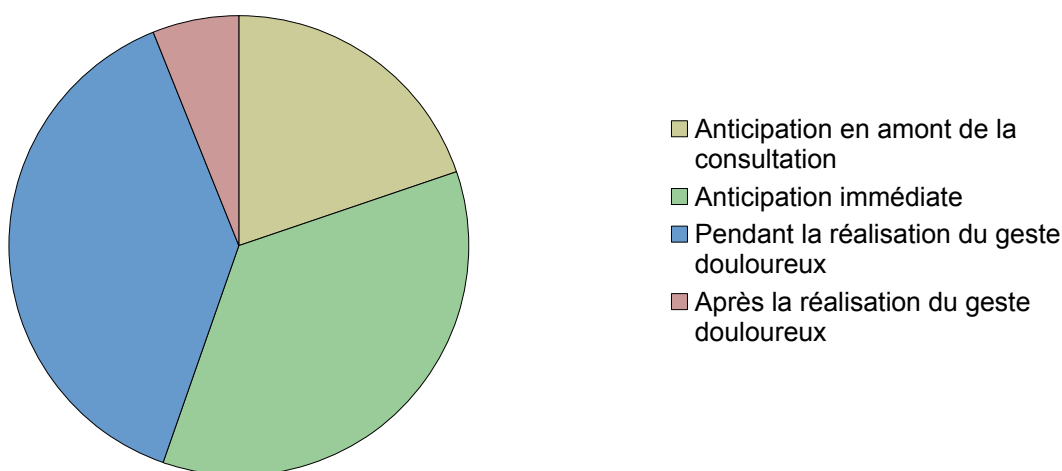


Figure 1 : Distribution des temporalités de la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale (références d'encodage)

#### 1.1. Anticipation en amont de la consultation : évaluer, expliquer et programmer

##### 1.1.1. Évaluation de différents paramètres

Les expériences douloureuses de l'enfant étaient analysées par des médecins.

**M2** : « Si, moi je vais l'utiliser chez le nourrisson qui a eu un séjour en néonatal. Où on sait qu'il y a eu plus de soins [...] »

Des médecins évaluaient en amont la position des parents à l'égard du geste prévu.

**M1** : « Donc ... souvent ... {silence} c'est à la prescription en amont qu'on évalue déjà comment justement le parent réagit. »



La douleur procédurale de l'enfant était anticipée de manière individualisée.

**M2** : « *Au cas par cas. [...] Et euh ... puis c'est vraiment au cas par cas. »*

### 1.1.2. Explications préalables à la consultation

En amont, des médecins expliquaient à l'enfant la méthode antalgique prévue.

**M7** : « *[...] je trouve que c'est un bon allié de dire : « Bah on met la petite crème et tu vas un peu moins sentir la douleur {sourire}. » »*

Les bénéfices attendus du geste étaient exposés aux parents.

**M7** : « *[...] je le dis toujours aux parents, c'est, c'est un ... c'est un acte douloureux, mais qui est essentiel et, qui a une ... une, une grande valeur positive. »*

### 1.1.3. Programmation des actes

Des médecins s'organisaient en programmant certains actes, afin d'optimiser leur prise en charge de la douleur procédurale.

**M9** : « *Si, si c'est un soin qu'on peut programmer, c'est beaucoup mieux que euh ... du tout venant. Hein. »*

**M7** : « *Alors si c'est du pansement programmé [...] »*

**M9** : « *Et c'est pour ça que moi d'ailleurs j'avais une consultation de vaccins [...] Où je ne faisais que des vaccins. »*

### 1.1.4. Place des consultations de « routine »

#### a) Singularité de l'approche de l'enfant en consultation

Des médecins utilisaient le jeu avec l'enfant pendant les consultations de « routine ».

**M2** : « *[...] le faire rentrer dans le jeu [...] pour qu'il examine les doudous pendant que je l'examine, examiner les doudous. »*

**M9** : « De lui dire : « Allez, c'est toi qui vas donner à manger à la tortue aujourd'hui ! » »

*b) Bénéfices des consultations de « routine »*

Les consultations de « routine » permettaient une mise en confiance de l'enfant, et facilitaient ultérieurement l'examen clinique et la réalisation de gestes.

**M9** : « [...] et la confiance ça se gagne à toutes les consultations. »

**M2** : « Deux consultations où l'enfant hurle, d'accord, mais la troisième en général on a réussi à mettre en place les choses. »

**M9** : « [...] même si on va regarder les oreilles etc, que c'est pas traumatisant, qu'il y a pas de douleur, euh ... c'est déjà un travail pour l'après. Pour le vaccin. »

Le suivi en médecine générale était perçu comme un atout dans la gestion de la douleur procédurale de l'enfant.

**M9** : « ... à chaque consultation [...] la douleur de l'enfant c'est quelque chose qui se travaille tout le temps, en permanence. En permanence. »

**M12** : « [...] en plus quand c'est des suivis et qui, et qui connaissent euh ... {silence} souvent ils, le début de la consultation ça se passe toujours bien. »

*1.2. Anticipation immédiate : avant la réalisation du geste*

*1.2.1. La communication et les explications au centre de l'anticipation immédiate*

Des médecins ont rapporté l'importance de la communication avec l'enfant et les parents avant de réaliser le geste.

**M7** : « [...] et puis beaucoup aussi dans le, la communication avec l'enfant. »

**M1** : « *Tant que justement on dialogue, on communique, et qu'on laisse le patient poser ses questions, donc l'accompagnant et tout [...] »*

Des médecins étaient transparents avec l'enfant vis-à-vis du motif de consultation.

**M7** : « *Je demande toujours si eux, s'il sait ce qu'il vient faire, si papa maman lui a dit : « Est-ce que tu sais aujourd'hui, on va faire une piqûre ? » »*

Les bénéfices attendus du geste étaient exposés à l'enfant.

**M6** : « *[...] leur dire que ça va les protéger contre des maladies ... »*

Les pratiques des médecins étaient variables concernant les explications données. Le déroulement du geste était exposé ou non à l'enfant en fonction de son âge.

**M4** : « *Moins de deux ans, il y a pas forcément besoin d'expliquer à l'enfant. »*

**M12** : « *[...] souvent je leur, je leur parle, même aux tout bébés [...] »*

Des médecins évoquaient à l'enfant l'absence de douleur avant de réaliser le geste.

**M10** : « *Euh ... moi je lui dis pas que ça va faire mal. »*

Au contraire, des médecins minimisaient la douleur potentielle et l'annonçaient à l'enfant.

**M1** : « *[...] en leur disant {voie douce} : « T'as déjà été piqué par un moustique ? Bah ça va pas faire ... plus mal qu'un moustique. Et le moustique quand il pique tu le sens pas, tu sens après, que ça gratte, bah là ça va être pareil. » »*

### 1.2.2. Le langage non verbal

L'attitude du médecin avant la réalisation d'un geste chez l'enfant était essentielle.

**M1** : « *Les gens le sentent aussi si nous on est stressé. »*

**M5** : « *Un gamin tu dois pas le brusquer c'est tout.* »

L'atmosphère globale de la consultation était importante.

**M12** : « *[...] voilà d'essayer de créer vraiment une, un climat et un, une ambiance de consultation qui va être sereine, qui va être calme.* »

### 1.2.3. Préparation du geste

Des médecins soulignaient l'intérêt de préparer le geste à l'écart de l'enfant.

**M4** : « *J'évite toujours de préparer le vaccin devant l'enfant [...]* »

**M9** : « *Toutes les choses qui peuvent être traumatisantes psychologiquement, euh ... c'était fait dos tourné à l'enfant ou en dehors de la consultation.* »

### 1.2.4. Préparation de l'enfant

#### a) Temps primordial d'approche

Le premier temps de la consultation permettait une approche de l'enfant par le médecin généraliste.

**M4** : « *[...] je le réexamine on va dire de façon globale [...] le temps que l'enfant il s'habitue déjà un peu à moi.* »

**M7** : « *[...] c'est pas : ils arrivent, je leur saute dessus avec mes vaccins {rires}.* »

#### b) Réassurance psychologique : une diversité de méthodes

Des médecins relevaient la nécessité de rassurer l'enfant avant de réaliser le geste.

**M9** : « *Il faut rassurer l'enfant. Rassurer, rassurer, rassurer.* »

Différentes techniques de réassurance étaient utilisées. La distraction de l'enfant était largement employée.

**M5** : « *Faut pas lui laisser le temps de réfléchir.* »

**M9** : « *On allait voir la tortue, on discutait d'autre chose, etc.* »

Des médecins utilisaient le doudou.

**M6** : « *[...] c'est facile de d'abord faire l'examen sur le doudou, voire un, un semblant de piqûre chez le doudou [...]* »

Des médecins évoquaient à l'avance à l'enfant le système de récompense.

**M7** : « *[...] je leur dis avant, que du coup ils vont avoir une petite récompense [...]* »

### *c) Réassurance physique*

Des médecins privilégiaient le maintien du contact entre l'enfant et le parent avant de réaliser le geste.

**M4** : « *[...] et puis si possible au début le laisser un maximum dans les bras [...]* »

## *1.3. Regard des médecins généralistes sur la place des parents pendant l'anticipation*

### *1.3.1. Une place importante variant entre aide et frein*

Les parents étaient perçus comme importants durant la phase d'anticipation.

**M2** : « *Oui les parents sont primordiaux.* »

**M9** : « *[...] je pense que les parents ont un rôle majeur aussi là-dedans hein.* »

Les parents pouvaient être une aide en ayant un rôle rassurant pour l'enfant.

**M4** : « *[...] au contraire, si le parent essaye de détendre l'enfant, on va dire que c'est un plus pour nous [...]* »

Au contraire, des médecins relevaient que les parents pouvaient être un frein en amont.

**M12** : « Alors des fois les parents ils peuvent être complètement délétères parce qu'ils ont les mots qui faut pas {rires}. »

**M9** : « [...] des parents qui ont préparé leur enfant, et c'était pire que tout {rires}. C'était pire que tout {sourire}. »

### 1.3.2. La gestion des parents : entre éducation et supervision

Des médecins soulignaient l'importance d'éduquer les parents en amont.

**M7** : « [...] et puis je demande aux parents de leur dire aussi, d'expliquer, même à deux mois ce qu'on va leur faire et tout ça, donc euh ... voilà. »

**M8** : « [...] « Si t'es pas sage, le médecin il va te faire une piqûre. » Enfin bon, ça c'est des propos que j'entends plus, parce que j'ai dit, j'ai fait la remarque aux parents, ils savent que, que chez moi on dit pas ça quoi. »

Des médecins géraient également les parents juste avant la réalisation du geste.

**M7** : « [...] mais du coup j'ai, j'ai fait asseoir la maman [...] »

**M9** : « Je dis : « Stop, stop ! Allez {rires}, on va dans la salle d'attente, on va se calmer {rires}, et puis vous allez revenir quand c'est fini {sourire}. » »

## 2. Les parents et l'enfant : des acteurs liés dans l'anticipation

### 2.1. Anticipation des parents

#### 2.1.1. Des parents acteurs en amont

Les parents anticipaient en choisissant l'accompagnant le plus à l'aise.

**M1** : « [...] pour les vaccins [...] c'est le papa qui est là en plus, ou ... un autre, grand-mère et tout ça, qui sont plus à l'aise et qui va venir accompagner. »

Les parents étaient acteurs en rassurant leur enfant avant la consultation.

**M9** : « [...] on va aller voir le médecin : « T'inquiète pas c'est, je le connais bien ! » »

### 2.1.2. Une anticipation anxieuse des parents

L'anticipation des parents pouvait être source d'anxiété à la fois en amont de la consultation ou avant la réalisation du geste chez l'enfant.

**M7** : « [...] j'ai une maman, elle est hyper angoissée à l'idée de faire les vaccins à son fils [...] »

**M1** : « [...] l'appréhension de l'aiguille, quand on décapuchonne l'aiguille, ils font {voix plus forte} : « Haaan ! » »

### 2.2. Anticipation de l'enfant

Selon des médecins, l'enfant anticipait en amont de la consultation en fonction de ses expériences douloureuses.

**M1** : « Donc si au bout de la deuxième ça se passe pas bien, ben il va ... venir à reculons pour les ... les fois suivantes [...] »

**M5** : « [...] il sait qu'il a déjà eu des vaccins, il sait que ça va pas lui faire extrêmement mal. »

Durant la consultation, l'anticipation immédiate de l'enfant menait à des réactions comportementales diverses.

**M9** : « [...] l'enfant qui est sous la table d'examen parce qu'il veut pas faire son vaccin. »

**M12** : « [...] et il est effectivement tout contracté [...] »

**M6** : « [...] un gamin qui hurlait, qui hurlait, qui courait dans tout le cabinet [...] »

Cette anticipation chez l'enfant était à l'origine de différents ressentis.

**M3** : « [...] un garçon de 11 ans qui est venu faire une vaccination. Il était pétri de, de peur. »

**M5** : « Bah si un gamin te fait une crise de ... comment ... de ... de colère, juste avant euh ... juste avant une vaccination [...] »

**M8** : « [...] les enfants qui viennent calmes, détendus, qui n'ont pas peur [...] »

### 2.3. Influence des parents sur l'anticipation de l'enfant

L'anticipation des parents influençaient l'anticipation de l'enfant selon des médecins.

**M10** : « [...] selon [...] la manière dont réagit euh ... le parent qui est là, l'enfant lui réagit, réagit de manière complètement différente. »

**M5** : « Bah si, plus les parents sont anxieux et plus le gamin il pleure. {Silence}. Ça ça se transmet l'anxiété. Nan ? {Sourire}. {Rires}. »

## 3. L'anticipation pharmacologique

Dans notre étude, une part de l'anticipation de la douleur procédurale de l'enfant était pharmacologique. Malgré le côté médicamenteux, elle n'était pas toujours à l'initiative des médecins.

### 3.1. Le rôle des parents

Les parents pouvaient être demandeurs d'une prescription d'anesthésiques locaux en amont du geste.

**M10** : « Ou quand les parents nous demandent, on, on en donne [...] »



**M2** : « [...] il y a ceux pour qui c'est : « de l'EMLA® ou je fais pas le vaccin », donc on en met. »

Des parents amenaient spontanément des moyens antalgiques le jour de la réalisation du geste.

**M7** : « [...] j'avais une maman une fois qui était venue avec une tétine avec, je crois que c'était un petit truc pour détendre le bébé [...] »

**M3** : « [...] le DOLIPRANE® etc, on l'a pas forcément au cabinet. Mais généralement les mamans, elles l'ont souvent [...] dans leur sac [...] »

### 3.2. Les anesthésiques locaux

#### 3.2.1. Une hétérogénéité des pratiques de prescription dans la vaccination

Des médecins utilisaient de façon courante les anesthésiques locaux en patches.

**M7** : « Je propose assez souvent de mettre des patches d'EMLA® euh pour, pour les vaccins. »

D'autres médecins étaient plus hésitants, s'interrogeaient ou refusaient de les employer.

**M6** : « [...] les patches d'EMLA®, bah ... {souffle}, je suis pas trop fan quoi [...] »

**M11** : « Alors ça, alors quelle est la place de l'EMLA® ? {Sourire} Han ! Vaste question euh ... Efficacité ou pas ? »

**M5** : « Nan, niet, pas de patches. Je supporte pas. {Sourire}. Je supporte pas [...] »

Un médecin évoquait l'évolution de sa pratique avec une utilisation initiale finalement abandonnée.

**M1** : « Avant c'est vrai que c'était systématique. Au tout début de mon installation, c'était beau : « Tout le monde patches d'EMLA®. » »

### 3.2.2. Une utilisation avant d'autres gestes

L'anesthésie locale en patch était employée par des médecins pour prévenir la douleur induite par les ponctions veineuses chez l'enfant.

**M2** : « [...] j'en mets systématiquement quand je prescris une prise de sang. »

Des médecins utilisaient constamment un anesthésique local en crème ou patch avant l'ablation de *molluscum* chez l'enfant.

**M10** : « Moi j'ai jamais enlevé des molluscum sans EMLA®. »

### 3.2.3. Une efficacité controversée en pratique

Un médecin luttait contre les idées reçues sur l'utilisation des patches d'anesthésiques locaux dans la vaccination.

**M3** : « [...] je surprends encore avec mes patches d'EMLA® sur les vaccins, mais j'arrête pas de dire que c'est ... en fait ça fait partie des recommandations de la prise en charge de la douleur par Sparadrap. »

Dans notre étude, l'efficacité des anesthésiques locaux en patches dans la vaccination était discutée.

**M5** : « Je mets sûrement pas de patch {sourire}, parce que ça sert à rien puisque ça n'endort que la peau et non pas le muscle. »

**M1** : « [...] faire un PREVENAR® avec ou sans EMLA® ... Pfff, pareil. »

Un médecin rapportait également cet avis similaire de la part des parents.

**M2** : « *J'en ai beaucoup qui me disent : « Bah pour le prochain, on va pas en mettre, ça sert à rien. On n'a pas vu de différence entre la première et la deuxième fois. » »*

Pour des médecins, l'anesthésique local avait surtout un bénéfice en terme de réassurance des parents.

**M3** : « *Pas pour, pas tant en soit pour la douleur, mais déjà rien que le fait d'avoir mis ça, ça rassure les parents, qui sont moins anxieux. »*

En revanche pour l'ablation de *molluscum*, des médecins constataient une bonne efficacité de l'anesthésie locale.

**M8** : « *Molluscum, par contre pardon pour les molluscum, ouais l'EMLA®, ça ça marche bien ... pas de soucis euh ... On va voir la différence avec [...] »*

### 3.3. Les antalgiques per os

Des médecins recouraient au paracétamol per os avant de réaliser des soins de pansement chez l'enfant.

**M4** : « *Euh ... bah par exemple changer un pansement, rien n'empêche de donner un DOLIPRANE® avant d'enlever le pansement. »*

### 3.4. Autres méthodes : quelques moyens éprouvés

Un médecin utilisait du sérum physiologique avant l'ablation de pansements.

**M4** : « *Pour enlever le pansement, mettre de l'eau ... de ... du sérum phy pour éviter que la ... le pansement colle à la peau. »*

Un médecin effectuait une stimulation tactile prolongée avant la réalisation de vaccins chez l'enfant.

**M9** : « *Le fait de tapoter, bien tapoter la peau {se tapote l'avant-bras} un bon bout de temps ça provoque une anesthésie locale [...] »*

#### **4. Bénéfices de l'anticipation : de multiples impacts**

Les bénéfices de l'anticipation étaient nombreux selon les médecins généralistes. L'anticipation permettait une préparation physique et psychologique à la fois de l'enfant et des parents.

**M2** : « *[...] c'est vraiment la mise en confiance de l'enfant avant. »*

**M5** : « *Bah je te dis c'est le fait qu'il soit détendu [...] »*

**M1** : « *[...] faire accepter le geste ... aux parents ou à celui qui accompagne [...] »*

**M7** : « *[...] pour qu'elles soient habillées comme il faut, et qu'elles sachent qu'on va proposer de mettre au sein. »*

L'anticipation diminuait la douleur procédurale ressentie par l'enfant, via une diminution de la composante anxieuse de la douleur.

**M9** : « *Le niveau de la douleur n'est pas le même quand on a bien travaillé avant. »*

**M3** : « *[...] on va favoriser en tout cas le phénomène de : « On va prendre en charge la douleur, ça va la diminuer. » »*

#### **5. Freins à l'anticipation**

##### **5.1. Freins à l'anticipation par le médecin généraliste**

Malgré les bénéfices, des médecins généralistes rapportaient l'existence de freins à la phase d'anticipation de la douleur procédurale.

Les situations d'urgence pouvaient être un frein à une anticipation optimale.

**M7** : « *J'aime pas non plus, enfin forcément le contexte de l'urgence fait que c'est plus compliqué aussi de prendre bien en charge quand on est dans l'urgence. »*

La nécessité et le manque de temps étaient également des barrières.

**M1** : « *Le temps. Parce que ça nécessite quand même du temps pour mettre justement la personne en confiance et tout. »*

### 5.2. Freins à l'anticipation pharmacologique

L'âge de l'enfant était perçu comme un frein à l'utilisation des anesthésiques locaux en patches.

**M2** : « *Euh ... à deux mois non par contre. »*

La mise en place inadéquate de l'anesthésique local était également une barrière à sa bonne utilisation.

**M10** : « *Si les parents le mettent pas bien. Euh ... s'ils l'ont pas mis suffisamment euh à l'avance, s'ils l'ont pas mis au bon endroit [...] »*

Des médecins estimaient le retrait du patch plus douloureux que son effet antalgique.

**M2** : « *L'EMLA®, moi je la trouve plus traumatisante quand on doit décoller le patch. »*

Pour un médecin, la prescription d'anesthésiques locaux en patches ou crème était réservée aux spécialistes pédiatres.

**M5** : « *[...] c'est réservé aux pédiatres. Si c'est vrai. Les pédiatres mettent des patches, de la crème EMLA®, et tout ça. »*

## C. Prise en charge pendant la réalisation du geste

### 1. Le médecin généraliste : le premier acteur

Dans notre étude, de nombreuses stratégies antalgiques étaient utilisées au moment de réaliser un geste chez l'enfant. La mise en condition de l'enfant et des parents était importante, et les méthodes non médicamenteuses prépondérantes.

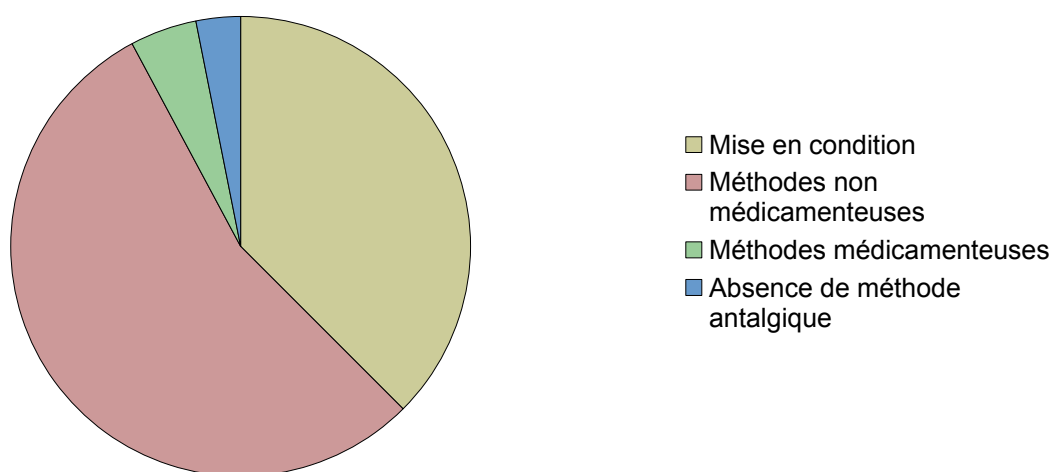


Figure 2 : Distribution des stratégies antalgiques utilisées pendant la réalisation d'un geste chez l'enfant en médecine générale (références d'encodage)

#### 1.1. Mise en condition

##### 1.1.1. Contact verbal avec l'enfant

Des médecins maintenaient un dialogue avec l'enfant durant toute la réalisation du geste, dans un objectif de distraction ou d'explication.

**M9** : « *L'anesthésie verbale ? C'est parler à l'enfant, lui parler de, de, de, de tout, de rien, de, de, de sa vie, de son école, de ses amis, de ses copains pendant que je fais l'acte. »*

**M7** : « *[...] d'être beaucoup dans la communication et dans l'explication euh ... de ce qu'il se passe. »*

### 1.1.2. Impliquer l'enfant

Des médecins faisaient participer l'enfant à la réalisation du geste.

**M4** : « [...] je leur laisse parfois le choix de ... du ... de l'endroit d'injection. »

### 1.1.3. Positionner l'enfant

Différentes positions de l'enfant étaient choisies par les médecins généralistes pour réaliser le geste. La position allongée était utilisée pour davantage de sécurité.

**M4** : « [...] et puis entre guillemets au dernier moment de l'allonger. »

**M1** : [...] ils sont bien calés, il y a un accompagnant qui est là pour ... pour le maintenir sur la table d'examen [...] »

À l'inverse, des médecins optaient pour la position assise ou dans les bras du parent.

**M10** : « [...] moi j'essaye toujours que l'enfant soit sur les genoux de, de, d'un de ses parents. »

**M7** : « Je fais facilement les vaccins dans les bras de papa maman aussi. »

## 1.2. Méthodes antalgiques : une diversité de stratégies non médicamenteuses à associer

### 1.2.1. Pluralité des techniques antalgiques

Des médecins utilisaient l'allaitement maternel durant la réalisation de l'acte.

**M3** : « Les mamans ... les bébés allaités on les met au sein. »

La succion non nutritive était également employée.

**M7** : « Euh, j'utilise la tétine [...] »

Des médecins se servaient de la solution sucrée chez le nourrisson et chez l'enfant plus grand.

**M3** : « *Chez les tout petits, je fais préparer aussi [...] un sérum sucré ... euh à donner au biberon pendant ... pendant le geste. »*

**M2** : « *Et je propose pour les plus grands, d'avoir un petit peu d'eau sucrée euh ... à prendre au moment du vaccin, pour ceux à qui on fait après les deux ans. »*

Des médecins utilisaient la musique.

**M5** : « *Bah des fois je mets, je mets de la musique douce, anti-stress. »*

**M3** : « *Euh ... on chante la chanson préférée de l'enfant. »*

La distraction était de nouveau largement employée sous diverses formes.

**M1** : « *[...] ils regardent le bateau ... qui est ici là dans le cabinet. Donc comme ça là, ils regardent {ton de voix admiratif} : « Ouah il est beau et tout, super ! », et puis pouf, pendant ce temps-là de l'autre côté on pique dans l'épaule. »*

**M3** : « *Ou alors je les fais souffler dans un gant aussi, c'est pour faire un ballon. »*

**M11** : « *[...] moi j'ai plutôt la technique Netflix® on va dire ça comme ça, avec les dessins animés {sourire}. »*

Dans des cas particuliers, un médecin pratiquait plus spécifiquement l'hypnose.

**M2** : « *Pour ceux qui ont vraiment une phobie des vaccins [...] ils font de l'auto-hypnose au moment du vaccin. »*

Un médecin insistait sur l'association des techniques pour optimiser l'antalgie.

**M3** : « *[...] c'est un {voix accentuée} des éléments qui va diminuer ... enfin la, la douleur. »*



Au niveau médicamenteux, des médecins ont exclusivement évoqué l'utilisation d'anesthésique local injectable lors de la réalisation de sutures chez l'enfant.

**M5** : « Bah d'abord t'endormais tout autour. Hein. Après tu faisais ta suture [...] »

### 1.2.2. Déroulement du geste

Des médecins insistaient sur la nécessité de rapidité de réalisation du geste.

**M10** : « [...] faire ces actes-là, on essaye de les faire le plus rapidement possible. »

**M9** : « Moi c'était un jeu, presque un jeu de fléchettes. L'injection est très rapide [...] »

Un médecin refusait les contraintes physiques durant la réalisation du geste.

**M3** : « Euh ... pas de contrainte. Euh ... je ne veux personne qui maintienne un membre ou quoi que ce soit [...] »

### 1.2.3. Facteurs influençant le choix des méthodes antalgiques

Les techniques étaient adaptées à l'âge de l'enfant.

**M9** : « [...] faire boire chez les nourrissons en particulier, un biberon d'eau sucrée [...] »

**M2** : « Oui chez l'enfant plus grand, chez les 6 et 11 ans [...] on fait de l'hypnose. »

Des médecins choisissaient la méthode antalgique en fonction du geste prévu.

**M6** : « [...] éventuellement un biberon qui est prêt quand il y a un vaccin [...] »

**M12** : « Donc, si suture de bien sûr pas faire ça sans anesthésie. »

L'existence d'un allaitement maternel orientait également la méthode antalgique.

**M7** : « [...] pour les tout petits quand ils sont allaités je propose systématiquement de faire les vaccins pendant la tétée [...] »

### 1.3. Évaluation des méthodes antalgiques

La distraction de l'enfant facilitait la réalisation du geste.

**M1** : « [...] en leur donnant donc, un dérivatif [...] on arrive ... facilement quand même à ... à faire le geste sans trop de problème. »

Avec l'allaitement, des médecins observaient une diminution de l'intensité et de la durée des réactions comportementales douloureuses du nourrisson lors des vaccins.

**M7** : « [...] faire les vaccins pendant la tétée [...] souvent je trouve qu'il y a moins de pleurs, ils sont moins intenses, ça dure moins longtemps. »

Des médecins notaient également l'efficacité de la solution sucrée pour la vaccination.

**M8** : « [...] ramener de l'eau sucrée ça, ça calme bien aussi la douleur. {Silence}. »

Concernant les sutures, des médecins soulignaient la performance de l'anesthésie locale injectable.

**M5** : « [...] si tu veux endormir une plaie ou un truc, il faut mettre de la Xylo [XYLOCAÏNE®], et puis c'est tout. Là ça endort au moins. {Silence}. »

## 2. Place des parents durant la réalisation du geste

### 2.1. Importance de la place des parents

Dans notre étude, nous retrouvons l'importance de la place des parents pendant la réalisation d'un geste chez l'enfant.

**M9** : « [...] ils doivent être très investis. [...] On dépose pas l'enfant sur la table d'examen en disant {se frotte les mains} : « Allez, {rires} vas-y débrouille-toi ! » »

### 2.2. Des parents perçus comme une aide

Des médecins ont précisé le rôle aidant des parents durant le geste pour rassurer l'enfant ou pour le maintenir.

**M7** : « [...] de me faire aider des parents pour que l'enfant soit rassuré. »

**M12** : « [...] de mettre à contribution les parents pour l'immobilisation. »

### 2.3. Des parents pouvant être un frein

À l'inverse, pendant la réalisation du geste, les parents pouvaient être un frein pour des médecins.

**M3** : « [...] surtout pas d'essayer de m'aider en fait. Parce que ça va pas m'aider. »

**M6** : « ... gênant, gênant. Quand les parents en rajoutent un peu quoi. Quand on sent qu'ils sont pas une ... une aide pour moi [...] »

### 2.4. Des parents négligeables

Des médecins évoquaient le rôle secondaire des parents lors de la réalisation du geste.

**M5** : « Ils font ce qu'ils veulent, je m'en fous. {Silence}. »

**M11** : « Bon des fois il y a des parents [...] qui peuvent pas gérer parce que c'est leur enfant aussi. »

### 3. Freins à la prise en charge de la douleur pendant le geste

#### 3.1. Le temps

La nécessité et le manque de temps étaient des freins à la gestion de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale.

Le temps nécessaire à la prise en charge de la douleur procédurale était conséquent selon des médecins.

**M4** : « [...] c'est le temps. Je pense [...] quand on fait des actes comme ça euh ... un peu douloureux, entre la phase d'explication, la phase de l'acte [...] et la prise en charge de ... de tout ça. »

La pluralité des problèmes à gérer durant la consultation pouvait conduire à un manque de temps pour la prise en charge de la douleur.

**M1** : « [...] il y a d'autres choses euh ... à prendre en charge, le retard de la croissance ... d'autres trucs qui vont déconner, le RGO ... et autre. C'est ... donc, si y'a plein de choses ... qu'on doit déjà répondre à la consultation [...] »

#### 3.2. L'équipement

Des médecins généralistes constataient que le milieu hospitalier disposait de davantage de méthodes antalgiques.

**M7** : « [...] mais des fois je me dis : « Mince, à l'hôpital on a plus de possibilité. » »

Ils ont exclusivement cité la disponibilité du Mélange Équimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote (MEOPA) en milieu hospitalier.

**M2** : « Enfin le ... rien que ça le MEOPA aux urgences. »

La législation actuelle vis-à-vis de l'accessibilité du MEOPA en cabinet de ville était un frein pour des médecins généralistes.

**M4** : « [...] ça me paraît compliqué en ville, mais il y a toujours le MEOPA là. Le ... KALINOX®. Mais bon ça me paraît compliqué en ville d'en avoir. »

**M3** : « [...] parce que bon ici on n'a pas de MEOPA. Ce serait bien qu'on puisse en avoir dans les cabinets médicaux. »

Le coût du MEOPA et la nécessité de formations chronophages étaient des barrières à son accessibilité en médecine générale.

**M11** : [...] alors c'est vrai qu'on s'était posé à une époque d'avoir du MEOPA ici, euh ... mais c'est cher [...] »

**M8** : « [...] j'ai pas de gaz hilarant parce que ... Je m'étais renseigné hein, mais c'était euh ... fallait faire des formations euh ... qui prenaient du temps [...] »

### 3.3. La méconnaissance des stratégies de prise en charge

Des médecins évoquaient une méconnaissance des stratégies de prise en charge.

**M12** : « Alors, je pense que je le proposais pas parce que je savais même pas, enfin je savais pas entre guillemets que ... que ça pouvait être intéressant [...] »

**M2** : « Moi je pense qu'il y a une méconnaissance aussi. »

### 3.4. Les parents

Les parents pouvaient être une contrainte à la gestion de la douleur procédurale.

**M1** : « [...] il y a des parents pressés qui prennent des créneaux un quart d'heure malgré tout. »

**M9** : « Les parents quelquefois, quand on a les parents qui, qui faisaient le contraire de ce que je voulais. »

**M12** : « [...] puis après parfois il y a des mamans même allaitantes qui me disent non, et je dis voilà, je respecte bien sûr [...] »

### 3.5. Absence de frein

Des médecins généralistes ne constataient pas de frein à la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant durant leurs consultations.

**M5** : « Ici je suis chez moi et je fais ce que veux. Il n'y a pas de différence [...] Il n'y a pas de frein. Non non, il y a aucun frein. »

## 4. Solutions apportées aux freins

### 4.1. Face au problème de temps

Des médecins adaptaient la durée de consultation en fonction de l'âge de l'enfant.

**M1** : « [...] on ... demande bien à ce que ... pour les nourrissons, on prenne une demie-heure, maintenant systématiquement. »

Des médecins se libéraient de la contrainte temporelle et prenaient tout le temps qu'ils jugeaient nécessaire.

**M9** : « Ça m'est arrivé pour, de passer une demie-heure pour faire un vaccin avec un enfant [...] Les gens en salle d'attente étaient pas contents derrière, mais ça fait rien. »

**M2** : « Je préfère perdre du temps [...] »

### 4.2. Face à l'accessibilité du MEOPA

Des médecins envisageaient la création d'une salle d'urgences dédiée au sein de leur maison de santé pluriprofessionnelle.

**M2** : « *On va avoir une nouvelle salle de petites urgences, et là on se renseignera pour avoir le MEOPA. »* »

Le suivi après administration de MEOPA chez l'enfant semblait réalisable en médecine de ville selon des médecins généralistes.

**M3** : « *Parce que franchement honnêtement, on a de quoi faire des suivis euh ... lorsqu'on pique pendant le MEOPA, il y a pas, il y a vraiment pas de souci. »* »

#### 4.3. Face à la contrainte potentielle des parents

Des médecins pouvaient éloigner les parents durant la réalisation du geste.

**M9** : « *Moi ça m'est arrivé de dire aux parents : « Bon, je vais faire un vaccin à votre petite fille ou à votre petit garçon, vous allez dans la salle d'attente. Je vous mets dehors, je ferme la porte. » »* »

### D. Prise en charge après la réalisation du geste

#### 1. Mesures physiques

Des techniques d'apaisement physique étaient utilisées par des médecins généralistes après la réalisation du geste chez l'enfant.

**M9** : « *Je demandais aussi aux parents, dès que le vaccin était fait [...] de reprendre l'enfant immédiatement [...] le prendre dans les bras, de le câliner [...] »* »

#### 2. Mesures psychologiques

Des médecins employaient diverses méthodes psychologiques à visée antalgique une fois le geste réalisé.

Un retour sur expérience était fait avec l'enfant.

**M1** : « [...] après on leur dit {voix douce} : « Alors t'as vu ? Ça y est, c'est fini. - Ben non j'ai plus mal en fait. - Et ça t'a fait mal ? - Bah j'ai senti la piqûre de l'aiguille mais ... - Alors, c'était grave ? - Bah nan {hausse les épaules}. » »

Des médecins utilisaient le système de récompense via une sucrerie ou un cadeau.

**M7** : « Et puis euh ... et je fonctionne aussi euh, à la récompense. »

**M10** : « Et puis ensuite à la fin, quand il a été sage ou même quand il a pas été sage, il y a un petit bonbon à la {rires}, à la clef [...] »

Des techniques de distraction étaient employées après avoir effectué le geste.

**M9** : « [...] dès que le vaccin est fait : « Hop ! Vous vous levez, vous allez voir la tortue. Hein vous allez montrer la tortue, pour lui changer les idées, changer l'esprit. » »

Un médecin soulignait l'importance de valoriser l'enfant à postériori.

**M3** : « Et donc du coup, leur montrer que ouais, ils ont été super forts. Et qu'ils sont impressionnants. Ça c'est important. »

**M3** : « Euh ... j'ai encore, j'ai encore quelques diplômes du courage. »

### **3. Mesures pharmacologiques**

Des médecins prescrivaient exclusivement du paracétamol en cas de douleur au décours du geste.

**M5** : « Après tu faisais ta suture, et puis tu donnais [...] style du DOLIPRANE® [...] Mais je leur donnais du paracétamol et puis c'est tout hein. »



## E. Bénéfices observés

Prendre en charge la douleur procédurale de l'enfant apportait de nombreux bénéfices immédiats et sur le long terme selon les médecins généralistes. Ces bénéfices concernaient à la fois l'enfant, les parents et le médecin lui-même.

### 1. Bénéfices immédiats : des bénéfices pour tous les acteurs

#### 1.1. Pour l'enfant

Les bénéfices observés chez l'enfant étaient une diminution de son angoisse et de la douleur ressentie, à l'origine d'une amélioration du vécu global de l'acte.

**M3** : « Alors moi, les bénéfices c'est un : diminuer les angoisses de l'enfant, par rapport aux soins. »

**M5** : « [...] et à ce moment-là, on fait dix fois moins mal. »

**M7** : « [...] que le geste il soit vécu le moins, de façon le moins traumatisante possible [...] que l'enfant garde une expérience positive de sa vaccination. »

#### 1.2. Pour les parents

Des médecins constataient une réassurance pour les parents, ainsi qu'une meilleure expérience de l'acte.

**M1** : « Après, que le parent soit rassuré aussi ... parce que donc, s'il voit que le geste se passe bien [...] »

**M4** : « Et les bénéfices, que ce soit aussi moins traumatique pour les parents. »

#### 1.3. Pour le médecin

Prendre en charge la douleur procédurale favorisait un bon déroulement du geste.

**M1** : « [...] déjà, que le geste il se passe bien, c'est ça le but déjà en premier lieu. »

**M8** : « [...] quand le muscle est complètement relâché ça passe comme dans du beurre. »

Des médecins observaient également un impact positif sur leur propre vécu.

**M7** : [...] si je peux le vivre ... pas avoir l'impression de faire mal à tous les enfants {rires} tout au long de la journée, quand on fait beaucoup de pédiatrie {rires}, c'est un peu euh ... c'est quand même plus sympa ouais {sourire}. »

## **2. Bénéfices sur le long terme : des bénéfices majeurs pour le médecin**

### *2.1. Déroulement des futurs gestes et consultations*

Des médecins notaient une réduction de l'anticipation anxieuse de l'enfant pour les gestes et consultations ultérieurs, facilitant ainsi leur déroulement.

**M9** : « Euh moi ce que j'attends surtout c'est que les enfants n'aient pas peur après quand ils viennent se faire réexaminer. »

**M12** : « [...] les consultations suivantes finalement seront d'autant plus faciles si, si ils ont souvenir que, que enfin voilà, si ça s'est bien passé les fois d'avant [...] »

La douleur ressentie par l'enfant lors des futurs gestes était également diminuée.

**M3** : « [...] et moins on, on induira de douleur. À postériori en fait, sur d'autres gestes plus tard. »

### *2.2. Relation médecin-patient*

#### *2.2.1. Avec l'enfant*

Des médecins généralistes observaient un impact positif sur la relation de confiance avec l'enfant.

**M7** : « [...] de garder du lien aussi avec l'enfant. »

**M9** : « ... le premier bénéfice c'est une mise en confiance de l'enfant. »

Cela permettait d'améliorer la représentation du monde médical de l'enfant.

**M6** : « [...] et puis que, l'enfant garde une bonne image du Docteur quoi. »

### 2.2.2. Avec les parents

Prendre en charge la douleur procédurale de l'enfant contribuait à renforcer la relation du médecin avec les parents.

**M7** : « Et puis d'être aussi dans l'alliance avec les parents [...] »

### 2.2.3. Suivi de l'enfant

Des médecins notaient une facilitation du suivi médical de l'enfant par la suite.

**M1** : [...] il va adhérer de ce fait-là beaucoup plus facilement aussi à la ... à la suite du calendrier vaccinal [...] »

**M3** : « [...] moins il aura mal, plus il va [...] accepter une prise en charge médicale ... plus tard. Enfin, adolescent ou adulte. »

**M9** : « À partir du moment où on a réussi la mise en confiance de l'enfant {silence}, on peut aller loin. On peut presque faire tout ce qu'on veut {sourire}. {Silence}. »

## F. Conséquences d'une absence de prise en charge

### 1. Pour l'enfant : une mémorisation de la douleur

Des médecins généralistes ont constaté une mémorisation des expériences douloureuses chez l'enfant, avec des phénomènes de renforcement de la douleur et de reviviscences lors d'expériences douloureuses ultérieures.

**M7** : « *Et quand on a fait ses vaccins des deux mois [...] on a eu le sentiment que ... qu'il revivait les traumatismes liés à son hospitalisation précoce. Et ça je le vois vraiment chez des enfants qui ont été hospitalisés tout petits, je trouve que [...] l'expression de la douleur elle est plus intense et plus forte. »*

Des médecins ont noté que cette majoration de la douleur survenait pour des stimuli nociceptifs plus faibles lors des gestes futurs.

**M3** : « *Donc plus les douleurs sont mal ressenties et anxiogènes, et plus l'enfant aura mal. Et son seuil de douleur va baisser. {Silence}. »*

L'anxiété des enfants vis-à-vis du médecin était également majorée.

**M8** : « *[...] les enfants ont plus peur du médecin après les vaccins ... {silence} »*

## **2. Pour les parents**

Les médecins observaient un impact négatif sur le vécu des parents.

**M8** : « *[...] soit ils sont complètement paniqués parce que leur gamin il pleure, soit [...] ils en mènent pas large parce que leur gamin sera inexaminable, ou ils sont pas contents [...] »*

## **3. Pour le médecin : une altération de l'examen clinique et de la relation médecin-enfant**

Les médecins ont insisté sur les conséquences pour leur pratique. L'examen clinique « classique » devenait difficile chez l'enfant, avec une perte en qualité et en fiabilité.

**M2** : « *Et puis, tout simplement parce qu'après, un enfant qui a eu mal est un enfant qui devient complètement inexaminable donc ... euh ... on perd tout. On n'arrive plus à voir les suspicions d'appendicite, etc. »*

Des médecins constataient également une altération de leur relation avec l'enfant.

**M9** : « *Si on lui fait mal, il va s'en souvenir, et puis, on est grillé pour la suite, on est grillé.* »

## **G. Évolution de la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale**

### **1. Absence d'évolution**

Des médecins soulignaient l'absence d'évolution en médecine générale de manière globale et l'absence de possibilité d'évolution dans leur pratique.

**M5** : « *Mais je vois pas beaucoup d'évolution dans la façon de, enfin je parle en médecine générale hein, de gérer la douleur hein. Ça a pas beaucoup changé.* »

**M8** : « *... non pas que je ne me remette pas en question, mais j'ai pas vu ... {silence} j'ai pas vu faire comment mieux. {Silence}.* »

### **2. Une évolution caractérisée de positive à conforter**

Des médecins généralistes constataient en revanche une évolution positive.

**M12** : « *Alors, je pense que je, je la prends peut-être plus en compte qu'au début.* »

**M9** : « *[...] depuis une quinzaine d'années, ça a progressivement évolué vers un ... un besoin, un besoin de non douleur.* »

Un médecin a évoqué l'évolution au niveau pharmacologique avec l'utilisation du MEOPA, notamment au niveau hospitalier.

**M10** : « *Alors à, à l'hôpital si, ils ont quand même pas mal évolué, évolué avec du MEOPA, avec des choses comme ça [...]* »

Cependant, des médecins relevaient la nécessité de continuer à évoluer.

**M3** : « Euh ... je pense qu'il y a encore beaucoup de choses à faire sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant. »

### 3. Facteurs influençant l'évolution

L'adaptation de la formation théorique et la formation médicale continue étaient des moteurs d'évolution pour des médecins généralistes.

**M2** : « Dans ta génération vous avez dû être, si je me trompe pas euh ... plus sensibilisés [...] »

**M6** : « Oui. De l'avoir lu ... de l'avoir lu, je dis : « Bah je vais tester. » »

**M9** : « [...] j'ai fait des, des formations [...] sur la douleur de l'enfant en particulier. »

Les pratiques des médecins généralistes évoluaient grâce à des expériences positives personnelles ou acquises par des confrères, notamment les étudiants en stage.

**M6** : « [...] puis c'est vrai que ... mis en pratique, et en voyant que c'est, c'est efficace, j'hésite pas à le proposer ... »

**M8** : « C'est un de mes, c'est un de mes internes qui m'avait montré ça, du coup je trouvais que c'était une bonne idée [...] »

Les pratiques des médecins évoluaient aussi via leur expérience personnelle de parent.

**M12** : « [...] au fait d'être moi-même maman aussi finalement qui m'a aussi un peu amenée à ça [...] »

**M7** : « [...] un médecin généraliste qui m'a proposé de faire le vaccin pendant la tétée, et c'était la première fois que je voyais ça [...] du coup c'est comme ça que j'ai proposé moi-même après {sourire} à mes patients. »

Les parents étaient également un facteur d'évolution des pratiques des médecins.

**M12 :** « [...] je pense que c'est venu aussi, alors peut-être sur des mamans finalement qui m'ont posé la question à dire : « Ah bah est-ce que je peux le mettre au sein euh ... pour le vaccin ? » »

#### **4. Propositions d'évolutions**

Des médecins ont insisté sur l'accessibilité du MEOPA en médecine de ville, dans un but de restaurer la réalisation de sutures chez l'enfant en médecine générale.

**M3 :** « Bah le MEOPA. {Rires}. Je rêve que, que ce soit poss ... accessible en tout cas dans les maisons pluridisciplinaires. »

**M11 :** « Ça pourrait être pas mal même pour faire des sutures chez des enfants. »

Des médecins proposaient d'améliorer la sensibilisation et l'information des professionnels de santé et des parents, via certaines associations.

**M3 :** « [...] il y a trop peu de gens qui connaissent l'association Sparadrap qui est super facile d'accès, et où il y a plein de trucs [...] avec maintenant la diffusion d'internet et ... même des applications mobiles, il y a plein plein de choses qu'on peut faire. »

**M12 :** « [...] de sensibiliser un peu plus les parents sur [...] les gestes qui peuvent être potentiellement douloureux, et [...] les briefer si on peut dire, sur leur conduite à tenir. »

La place des assistants médicaux en médecine générale a été évoquée.

**M11 :** « C'est vrai que d'avoir une autre personne tierce pour aider aussi. Tout à fait. Alors c'est toujours la question des assistants médicaux {sourire}. »

## DISCUSSION

### I. Critique de l'étude

La recherche qualitative présente des atouts mais également des limites pouvant être à l'origine de biais (15)(16). Nous avons examiné ci-dessous les limites et biais potentiels de notre étude, ainsi que ses forces.

#### A. Limites de l'étude

##### 1. *Biais d'investigation*

L'investigatrice n'avait pas été formée à la réalisation d'entretiens semi-dirigés avant de mener l'étude. De ce fait, elle a pu influencer les médecins généralistes durant les entretiens. Elle ne les a peut-être pas amenés à approfondir au maximum leurs propos. Ces facteurs ont pu conduire à un biais d'investigation et à une perte de données dans ce travail de recherche.

À noter que les entretiens ont été réalisés sur une période étendue (de mai 2019 à janvier 2021). La réalisation d'entretiens de type focus group aurait également été enrichissante. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid 19 a empêché la réalisation d'entretiens en face-à-face à plusieurs reprises. L'investigatrice a préféré reporter la réalisation des entretiens afin de respecter la méthode initialement prévue, plutôt que de les réaliser par téléphone. De plus, des entretiens téléphoniques semblaient moins riches par rapport à des entretiens présentsiels. Enfin, l'investigatrice trouvait inopportun de solliciter les médecins généralistes durant cette période de crise sanitaire.

##### 2. *Biais de sélection*

Certains médecins généralistes interrogés connaissaient l'investigatrice, ce qui a pu influencer leurs discours durant les entretiens.



### **3. *Biais de classement ou d'interprétation***

Les études qualitatives peuvent être sujettes à des biais de classement ou d'interprétation durant la phase de retranscription des entretiens et durant la phase d'analyse des données en codage ouvert (15). Dans notre étude, la subjectivité de l'investigatrice a pu intervenir durant ces phases.

## **B. Forces de l'étude**

### **1. *Un sujet innovant en médecine générale***

La problématique de la douleur procédurale de l'enfant a été explorée à diverses reprises en milieu hospitalier (7)(8)(9) mais peu en médecine générale. La littérature retrouvée en médecine générale concernait spécifiquement les pratiques vaccinales des médecins généralistes chez les nourrissons et les enfants de moins de 3 ans (12)(13). Ces travaux n'abordaient qu'une petite partie du registre de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale en se limitant à la vaccination et aux enfants de moins de 3 ans. De plus, une des deux études explorait le sujet de manière quantitative. Nous rappelons que la méthode quantitative explore de manière totalement différente les questions de recherche par rapport à la méthode qualitative. Ainsi, ces deux méthodes sont complémentaires.

Enfin, la douleur procédurale de l'enfant est un sujet pertinent qui aborde une thématique courante de la pratique des médecins généralistes.

### **2. *Une étude qualitative***

Le choix d'une approche qualitative a permis d'explorer les pratiques des médecins généralistes dans leur ensemble. Leurs vécus, leurs représentations, leurs freins et leurs motivations ont pu être recueillis et analysés, aidant ainsi à comprendre leurs pratiques et à proposer des pistes d'amélioration. Les médecins interrogés ont pu s'exprimer en toute liberté grâce aux entretiens semi-dirigés.

### **3. La validité de l'étude**

Notre travail de recherche a respecté une méthode stricte dans le but de remplir les critères de scientificité des études qualitatives, résumés dans la grille COREQ (annexe 5).

L'ensemble de la méthode a été détaillé le plus précisément possible dans la section correspondante, de l'élaboration de la question de recherche à l'analyse des résultats.

#### *3.1. La validité interne*

##### *3.1.1. Au niveau du recueil des données*

Le sujet de recherche n'était pas exposé de manière précise aux médecins généralistes préalablement aux entretiens, dans le but d'éviter un biais d'influence.

Le biais d'investigation a été minimisé par l'utilisation d'une grille d'entretien pré-établie et composée de questions les plus ouvertes possibles. La grille d'entretien initiale a évolué à trois reprises à partir des données obtenues au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. Ceci a permis une évolution des questions initiales qui pouvaient être influencées par la recherche bibliographique réalisée en amont du lancement de l'étude. L'évolution de la grille d'entretien a aussi amené à un recadrage des questions sur des thèmes émergents liés au sujet de recherche.

Par ailleurs, l'investigatrice a acquis de l'expérience au fur et à mesure des entretiens et a ainsi pu affiner ses techniques d'entretien.

Enfin, la suffisance des données a été atteinte et a été confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires, permettant un recueil de données le plus exhaustif possible.

##### *3.1.2. Au niveau de l'analyse des données*

Tous les entretiens ont été retranscrits au plus près de leur réalisation dans le but de minimiser le biais d'interprétation, notamment au niveau du langage non verbal.

Une triangulation a été effectuée à différents niveaux. Une triangulation entre chercheurs a été réalisée sur un tiers des entretiens par une autre médecin effectuant elle-même un travail en recherche qualitative, afin de limiter le biais de classement. Une triangulation a été réalisée grâce à la relecture et la vérification de la retranscription de chaque entretien par le médecin interrogé correspondant.

### 3.2. *La validité externe*

Une variation maximale de l'échantillon a été atteinte sur les caractéristiques de sexe, d'âge, de lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain) et de statut de maître de stage universitaire. Un échantillon diversifié de médecins généralistes a ainsi été composé en limitant le biais de sélection dans le but de recueillir des données se rapprochant le plus de la réalité. Il existe également une diversité au niveau de l'activité de pédiatrie et des formations complémentaires.

## **II. Analyse des résultats face à la littérature**

### **A. Principaux résultats**

Dans notre étude, les médecins généralistes étaient couramment confrontés à la douleur procédurale de l'enfant à travers la réalisation de nombreux gestes. Sa prise en charge s'articulait autour de trois approches : physique, psychologique et pharmacologique. Nous retrouvons dans l'article de Trottier (17) cette approche dite des « 3 P ». Notre étude a observé des similitudes mais également des différences dans les pratiques des médecins généralistes à l'égard de ces trois approches.

De plus, la gestion de la douleur procédurale de l'enfant s'organisait à travers trois temporalités. Il existait une phase primordiale d'anticipation avant la réalisation du geste, puis une phase pendant et une phase après la réalisation du geste. Différents acteurs interagissaient au sein de ces trois phases : le médecin, les parents, l'enfant et l'acteur pharmacologique.

Notre étude a relevé divers bénéfices à prendre en charge la douleur procédurale de l'enfant. Il s'agissait à la fois de bénéfices immédiats et de bénéfices sur le long

terme. Malgré ces bénéfices, la gestion de la douleur procédurale de l'enfant était soumise à des freins et des facteurs d'influence.

Enfin, notre étude a rapporté une évolution dans la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale. Dans ce sens, les médecins ont évoqué des perspectives d'avenir et ont proposé des pistes d'amélioration.

## **B. La singularité de l'approche de l'enfant en médecine**

L'enfant perçoit généralement le monde médical avec peur et anxiété (18), ce qui peut entraver sa coopération aux différents actes médicaux (19). En effet, la maturation de certaines structures neuronales est nécessaire pour savoir maîtriser son stress (20). Les enfants acquièrent cette maturation au fur et à mesure de leur neurodéveloppement. Ainsi, l'examen d'un enfant, même sans réalisation d'un soin douloureux, doit être appréhendé différemment de l'examen d'un adulte. Il est nécessaire de créer une relation de confiance avec l'enfant pour faciliter sa coopération, préalablement à tout examen ou acte médical (20).

Notre étude retrouvait ce concept avec l'utilisation du doudou et du jeu par les médecins généralistes durant leurs consultations. Les médecins ont également mis en avant la place des consultations « de routine » chez l'enfant. Chaque consultation était perçue comme lieu propice pour créer et entretenir une relation de confiance avec l'enfant comme suggéré par Krauss (20). Ces consultations de suivi permettaient aussi d'évaluer l'état d'esprit de l'enfant et des parents, ainsi que les expériences douloureuses de l'enfant. Ainsi, les médecins généralistes anticipaient la douleur procédurale de l'enfant de façon constante, permettant une individualisation de sa prise en charge.

## **C. L'approche physique**

### **1. Le positionnement de l'enfant**

Dans notre étude, la position de l'enfant choisie par les médecins avant de réaliser un geste était variable. Des médecins allongeaient l'enfant pour davantage de

sécurité, d'autres le laissaient dans les bras ou assis sur les genoux d'un parent pour plus de réassurance.

Hallstrom (21) et Lacey (22) observent que la position allongée provoque davantage de douleur et de peur chez le nourrisson et l'enfant durant la vaccination, par rapport à la position assise ou portée dans les bras du parent. Lors de la pose de cathéters veineux périphériques, les enfants tenus dans les bras de leurs parents sont moins anxieux par rapport aux enfants allongés (23). Par ailleurs, les contraintes excessives avant de réaliser un geste chez l'enfant majorent son anxiété et la douleur ressentie (24).

Cependant, nous pouvons nous interroger sur la sécurité lors de la réalisation de gestes dans ces différentes positions. En effet dans notre étude, la préférence de la position allongée par les médecins était associée à davantage de sécurité.

Dans les études sus-citées, aucun événement à type de piqûre d'aiguille accidentelle n'a été constaté (22). La position verticalisée ne modifiait pas de manière significative le nombre de tentatives nécessaires à la pose de cathéters veineux périphériques (23).

Ainsi, il est recommandé de ne pas allonger l'enfant et d'éviter les contraintes physiques lors de la réalisation d'une procédure douloureuse, notamment dans le cadre de la vaccination (25). Dans son guide de pratique clinique, Taddio (25) suggère que l'enfant soit tenu par le parent dans la position la plus confortable pour les deux (étreinte dans les bras du parent ou assis sur les genoux du parent).

Les différentes positions confortables pour réaliser des procédures douloureuses chez l'enfant sont présentées dans une vidéo didactique à destination des parents et des professionnels de santé (26).

## **2. Le comportement du médecin : le langage non verbal**

La procédure douloureuse doit être réalisée dans une ambiance calme. En effet, un comportement serein du soignant majore la détente de l'enfant, alors qu'une attitude tendue aggrave son anxiété (27).

Dans notre étude, les médecins rejoignaient cet avis. Ils soulignaient l'importance de l'atmosphère globale de la consultation, de leur comportement et leur état d'esprit avant et pendant la réalisation du geste.

## **D. L'approche psychologique**

### **1. Les explications : vers une préparation pré procédurale**

En amont de la consultation, des médecins de notre étude expliquaient aux parents le geste prévu, son déroulement et ses bénéfices, notamment dans le cadre de la vaccination. Des médecins exposaient également à l'enfant les méthodes antalgiques prévues.

Dans la littérature, une préparation pré procédurale adéquate de l'enfant et des parents diminue l'anxiété et la douleur induite avant une ponction veineuse (28), une procédure dentaire (29) ou une chirurgie (30). Néanmoins, dans le cadre de la vaccination, les données sur l'efficacité d'une préparation préalable de l'enfant par les parents sont encore peu nombreuses et peu concluantes (31). À partir des résultats sur la préparation aux autres procédures douloureuses, Schechter (31) en déduit des recommandations pour la vaccination. L'explication faite aux parents doit inclure les raisons de la vaccination, les bénéfices attendus, la douleur prévisible et les méthodes pour accompagner l'enfant. Pour l'enfant, le discours doit être adapté à son âge et son niveau de développement. L'explication du geste doit être donnée au plus près de sa réalisation pour les enfants d'âge préscolaire qui n'ont pas encore la notion de temporalité. Pour les enfants plus grands, l'explication peut être faite quelques jours avant le geste, en tenant compte de son inquiétude et de son état d'esprit.

Avant la réalisation du geste, les pratiques concernant les explications données à l'enfant étaient hétérogènes. Des médecins n'expliquaient qu'aux enfants de plus de deux ans, d'autres expliquaient quelque soit l'âge. Selon *Sparadrap* (32), « les bébés, même s'ils ne comprennent pas le sens des mots, perçoivent l'intention bienveillante de l'adulte qui s'adresse à eux ». Nous avons également relevé

différentes manières d'annoncer la douleur prévisible : prévenir d'une possible douleur, ou annoncer l'absence de douleur.

Chambers (33) montre que les suggestions positives de type « ça ne fera pas mal » avant de réaliser un vaccin ne sont pas corrélées à une diminution de la douleur auto-déclarée chez l'enfant. Selon Wood (34) qui reprend les bases de l'hypnose ericksonienne, le cerveau de l'enfant n'entend pas la négation. Des déclarations négatives comme « tu n'auras pas mal », ou « n'aies pas peur » peuvent donc être perçues de manière affirmative.

Ainsi, il est recommandé d'expliquer le geste à l'enfant quelque soit son âge, en utilisant des formulations positives sans mentir ni minimiser la douleur potentielle (33) (35)(36).

## **2. La distraction : une place majeure chez l'enfant**

Dans notre étude, des médecins utilisaient la distraction de manière unanime et sous diverses formes pour gérer la douleur procédurale de l'enfant. La distraction était employée à la fois avant, pendant, et après la réalisation du geste.

Les revues systématiques de Birnie (37) et de Chambers (33) observent l'efficacité de la distraction pour réduire la douleur et la détresse chez l'enfant durant des procédures douloureuses liées aux piqûres d'aiguilles et lors de la vaccination. La distraction de l'enfant peut se faire sous de nombreuses formes (faire des bulles, lire un livre, petits jouets, etc ...), et doit être adaptée à l'âge de l'enfant. Par ailleurs, la distraction lors de la réalisation de sutures réduit la perception parentale de la douleur chez les enfants de moins de 10 ans et diminue l'anxiété chez les enfants de plus de 10 ans (38). La distraction audiovisuelle (DVD) chez des enfants de 3 à 10 ans réduit les scores de douleur avant et après la réalisation de sutures, associée à une anesthésie locale et à une réassurance parentale (39).

Au total, la distraction est efficace pour diminuer la douleur et l'anxiété lors de la réalisation de procédures douloureuses chez l'enfant. Son utilisation doit cependant

être utilisée en complément des méthodes pharmacologiques, notamment lors de la réalisation de sutures.

### **3. L'hypnose : un nouvel outil en médecine générale ?**

Des médecins de notre étude suggéraient l'utilisation de l'hypnose conversationnelle et l'apprentissage de l'auto-hypnose à l'enfant avant une vaccination.

Les enfants sont en effet plus réceptifs que l'adulte à l'hypnose (40). Selon Wood (34), l'hypnose a de multiples indications chez l'enfant, notamment pour entrer en contact avec lui ou l'aider s'il a une phobie (des aiguilles par exemple). Elle permet aussi d'améliorer la communication en évitant les injonctions paradoxales. L'hypnose conversationnelle peut être facilement enseignée lors des formations initiales des professionnels de santé (40). L'hypnose réduit également la douleur et la détresse de l'enfant pendant les procédures liées aux aiguilles (37), mais les études ont été réalisées principalement chez des enfants atteints de cancers. La généralisation à l'ensemble des enfants nécessite donc des données supplémentaires.

Ainsi, l'hypnose conversationnelle semble être un atout intéressant dans le cadre de la médecine générale pour faciliter la communication avec l'enfant et le mettre en confiance avant toute procédure douloureuse. En revanche, davantage de données sont nécessaires pour déterminer l'efficacité de cette technique à réduire la douleur lors des gestes douloureux en médecine générale.

## **E. L'approche pharmacologique**

### **1. Les antalgiques per os : une utilisation minime**

Dans notre étude, les antalgiques per os étaient peu utilisés pour gérer la douleur procédurale de l'enfant. Des médecins ont exclusivement évoqué la prise prophylactique de paracétamol per os avant la réalisation ou le changement de pansements dans le cadre de brûlures ou de plaies. Le paracétamol était également prescrit en « si besoin » après la réalisation d'un vaccin, d'une suture ou d'un pansement chez l'enfant.



La prise prophylactique de paracétamol ou ibuprofène après une vaccination n'est pas recommandée (41). La littérature suggère en effet une diminution des taux d'anticorps lors de la prise de paracétamol prophylactique après les vaccinations de l'enfant (42)(43). L'administration de paracétamol après la vaccination chez l'enfant n'est donc recommandée qu'en cas de réactions post-vaccinales importantes.

## **2. Les anesthésiques locaux : une utilisation hétérogène et une efficacité controversée**

Dans notre étude, les pratiques et les ressentis étaient contrastés vis-à-vis de l'anesthésie locale en crème ou en patch dans le cadre de la vaccination. Des médecins prescrivaient systématiquement des patches d'anesthésiques locaux. D'autres ont vu leur pratique évoluer avec une utilisation initiale finalement abandonnée. Cette évolution était la conséquence d'une absence d'efficacité observée durant la vaccination par les médecins, mais également par les parents.

Pourtant, de nombreuses études montrent l'efficacité de l'anesthésie locale en crème ou patch pour les injections intramusculaires (44), sous-cutanées (45), pour la vaccination (41), et pour les ponctions veineuses chez le nourrisson et l'enfant (46). Par ailleurs, l'association de l'EMLA® avec une solution sucrée est plus efficace que l'EMLA® seul dans la prévention de la douleur liée aux injections sous-cutanées chez le nouveau-né (47).

L'absence d'efficacité rapportée par les médecins et les parents dans notre étude peut être liée à une utilisation isolée des anesthésiques locaux dans le cadre de la vaccination. De plus, les critères d'évaluation de la douleur procédurale de l'enfant utilisés dans les études sont peut-être différents de ceux utilisés par les médecins généralistes. Enfin, les médecins de notre étude ont soulevé le côté aléatoire de la bonne utilisation des patches d'EMLA®. Ils constataient parfois une durée et un site d'application par les parents non optimaux pour obtenir un maximum d'efficacité.

En revanche, l'ensemble des médecins de notre étude réalisant des exérèses de *molluscum contagiosum* chez l'enfant utilisait l'anesthésie locale en crème. Ils constataient une bonne efficacité de celle-ci pour réduire la douleur liée à l'exérèse.

D'après la littérature, la crème EMLA® est efficace pour réduire la douleur liée au curetage de cinq *molluscum contagiosum* minimum chez des enfants de 3 à 14 ans (48)(49).

### **3. Le MEOPA : un gaz difficilement accessible en médecine générale**

Les études montrant l'efficacité du MEOPA pour réduire la douleur procédurale et l'anxiété de l'enfant sont nombreuses. Elles concernent diverses procédures douloureuses telles que les poses de voies veineuses, les ponctions lombaires et les sutures (50)(51). Le MEOPA peut également être indiqué pour les changements de pansements chez l'enfant dans le cadre de brûlures ou de plaies (52)(53)(54). Les études exposent la très bonne tolérance de ce dispositif chez l'enfant (55)(56).

Dans notre étude, les médecins généralistes évoquaient le MEOPA comme efficace chez l'enfant, notamment pour la réalisation de sutures. Cependant, malgré leur souhait, aucun des médecins interrogés ne disposait de MEOPA au sein de son cabinet, y compris les médecins exerçant au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles. Selon eux, il s'agissait de la conséquence d'une réglementation difficilement applicable en médecine de ville et d'un coût important. Nous retrouvons ces problématiques dans la littérature (57).

L'utilisation de MEOPA en dehors des structures de soins est strictement réglementée (58)(59)(60). Le professionnel de santé utilisant le MEOPA doit avoir préalablement réalisé une formation validante reconnue, avec réévaluation annuelle de ses compétences. La preuve de cette formation est demandée au professionnel de santé préalablement à la délivrance par le fournisseur. La pièce dédiée à l'utilisation du MEOPA doit disposer d'une aération correcte ou d'un système de ventilation efficace. Le dispositif doit présenter un tuyau spécifique pour l'évacuation des gaz. Les conditions de stockage et d'administration du produit nécessitent une température ambiante supérieure à 0°C et inférieure à 50°C. La durée de conservation est de 18 mois.

Le coût global avec les consommables a été estimé lors d'un travail de recherche entre 500 et 900 euros selon le système d'administration (valve à la demande ou ballon)(61). À ce montant s'ajoute le prix de la formation obligatoire. Il n'existe actuellement aucune prise en charge financière du MEOPA par le régime de l'assurance maladie de la sécurité sociale (57). Il reste donc entièrement à la charge du cabinet médical ou du médecin. Cet investissement est d'autant plus difficile à valoriser qu'il n'existe pas d'acte dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ni dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) (62) permettant une cotation lors de l'utilisation du MEOPA en médecine générale.

#### **4. La solution sucrée : une méthode non médicamenteuse**

Des médecins de notre étude utilisaient la solution sucrée chez le nourrisson et chez l'enfant plus grand à partir de deux ans dans le cadre de la vaccination. Ils constataient l'efficacité de cette méthode pour réduire la douleur de l'enfant et n'ont pas évoqué de freins ni de limites à son utilisation.

Dans la littérature, l'efficacité de la solution sucrée (saccharose) pour réduire la douleur chez le nourrisson durant des procédures douloureuses (ponction au talon, ponction veineuse et injection intramusculaire) est largement démontrée (63). La solution sucrée (saccharose à 25% ou 50%) est également efficace pour réduire la douleur lors de la vaccination chez l'enfant jusqu'à l'âge de 12 mois (64)(65)(66)(67). Une autre étude observe un effet antalgique de la solution sucrée chez l'enfant plus grand jusqu'à l'âge de 18 mois, mais avec des concentrations plus élevées de saccharose de l'ordre de 75% (68).

Ainsi, la solution sucrée est une méthode efficace et facile d'utilisation en médecine générale pour réduire la douleur liée à la vaccination pour les nourrissons non allaités jusqu'à l'âge de 12 mois. Au delà de 12 mois, les données de la littérature sont moins probantes, et la concentration de la solution sucrée doit être supérieure à 50%.

## F. L'allaitement maternel : une approche multimodale

L'allaitement maternel pendant le geste est une stratégie de gestion de la douleur procédurale de l'enfant associant les trois approches : physique, psychologique et pharmacologique. Il y a le contact peau à peau de l'enfant avec la mère, la réassurance et le bercement de l'enfant tenu contre sa mère. Les substances contenues dans le lait (goût sucré) ou libérées par l'absorption du lait maternel (cholécystokinine,  $\beta$ -casomorphine) agissent sur la voie opioïde (69). Dans la littérature, l'efficacité de l'allaitement maternel est largement démontrée pour réduire la durée des pleurs et les scores de douleur du nourrisson durant les ponctions au talon, les ponctions veineuses et la vaccination (70)(71)(72). Il n'a pas été observé de problèmes de succion ou de déglutition, ni de vomissements ou de changements respiratoires chez les nourrissons allaités durant la réalisation des procédures douloureuses.

L'allaitement maternel paraît donc être une stratégie efficace, sûre et peu coûteuse pour diminuer la douleur procédurale chez le nourrisson, et ainsi utilisable en médecine générale.

Dans notre étude, des médecins utilisaient l'allaitement maternel durant la vaccination. Ils notaient une efficacité pour réduire les pleurs et la douleur chez le nourrisson, ce qui rejoint les résultats de la littérature. Cependant, pour plusieurs de ces médecins, la mise au sein des nourrissons allaités lors de la réalisation d'un geste douloureux ne faisait pas partie de leur pratique initiale. En effet, des médecins femmes ont découvert cette méthode, proposée par un confrère lors de la vaccination de leurs propres enfants. Une autre médecin en a pris connaissance en lisant des recommandations scientifiques.

Il semblerait donc que l'allaitement maternel soit une stratégie peu connue et employée de façon non majoritaire en médecine générale. Elle apparaît en revanche efficace pour l'ensemble des médecins généralistes l'utilisant.

### **G. Les stratégies non abordées dans notre étude : le Buzzy® et les sutures à la colle biologique**

L'utilisation du Buzzy® et les sutures à la colle biologique (adhésifs tissulaires) n'ont pas été évoquées dans notre étude. Cela peut être lié à un oubli de la part des médecins lors des entretiens, une méconnaissance des produits, ou une barrière financière à leur utilisation en médecine générale (notamment pour les adhésifs tissulaires).

Les sutures à la colle biologique chez l'enfant diminuent la douleur et la durée de l'intervention avec un résultat esthétique similaire aux sutures classiques par fil (73). La colle biologique s'emploie pour des plaies superficielles, ce qui rejoint le spectre des sutures réalisées en cabinet de ville.

Le Buzzy® est un dispositif en forme d'abeille associant trois stratégies antalgiques : le froid via les ailettes, les vibrations utilisant le système du « gate control », et la distraction (74). Il réduit la douleur de l'enfant liée aux ponctions veineuses (75). Son efficacité dans la réduction de la douleur liée à la vaccination ou aux procédures avec piqûres d'aiguilles n'est pas encore clairement établie (76).

### **H. Les pratiques intéressantes relatives à la médecine générale**

Dans notre étude, des médecins généralistes ont soulevé l'intérêt de programmer certains gestes douloureux (vaccination, exérèse de *molluscum contagiosum*, changement de pansement). La programmation menait à une meilleure anticipation de la douleur de la part des médecins, des parents et de l'enfant. Cela permettait ainsi une optimisation de la prise en charge de la douleur au moment de la réalisation du geste. La programmation des gestes douloureux chez l'enfant semble pouvoir s'intégrer dans l'organisation d'un cabinet de médecine générale, via des plages de consultations dédiées ou des durées de rendez-vous adaptées, comme suggéré dans notre étude par des médecins.

Notre étude a observé une autre pratique intéressante des médecins : annuler le geste et reporter sa réalisation s'ils constataient une compliance insuffisante des

participants (enfant et/ou parents). Cette stratégie semble s'inscrire pleinement dans la pratique de la médecine générale. En effet, l'organisation du suivi en médecine générale permet de reconvoquer rapidement l'enfant.

## **I. La place des parents et de l'enfant : les rendre acteurs**

### **1. La place des parents et leurs vécus : le rôle de l'éducation**

Notre étude a mis en évidence l'importance de la place des parents. Cependant, les médecins généralistes étaient mitigés vis-à-vis du rôle des parents lors de procédures douloureuses chez l'enfant. En effet, ils percevaient les parents soit comme une aide pouvant rassurer l'enfant, soit comme un frein potentiel en étant réfractaires à la réalisation du geste, ou en communiquant leur anxiété à l'enfant. Des médecins pouvaient être amenés à éloigner les parents hors de la consultation lorsqu'ils estimaient leur influence délétère. D'autres médecins percevaient le rôle des parents comme négligeable.

La littérature rapporte que la présence parentale lors de la réalisation d'un vaccin chez les enfants de moins de 10 ans diminue l'anxiété de l'enfant (25). Une distraction ou un accompagnement adaptés de la part des parents permettent également de diminuer la détresse générale de l'enfant durant la vaccination (33). De plus, l'éducation préalable des parents augmente le recours aux méthodes antalgiques lors de la vaccination (77). Les parents sont moins anxieux lorsqu'ils assistent à la procédure douloureuse (sutures, réalisation de pansement, ponction veineuse), et ils estiment que leur présence a aidé leur enfant (78). La présence parentale n'a pas d'influence négative sur le bon déroulement du geste ou l'anxiété du soignant (78)(79). En revanche dans son étude, Bearden (80) observe un lien entre l'anxiété pré procédurale des parents et l'anxiété et la douleur procédurales de l'enfant.

Au total, les parents peuvent être une aide potentiellement importante lors de la réalisation d'un geste douloureux chez leur enfant, à condition de les avoir préalablement préparés et éduqués. Leur vécu est également amélioré lorsqu'ils assistent à la procédure douloureuse.

## **2. L'expérience de médecin-parent**

Les expériences des médecins généralistes face à la vaccination de leurs propres enfants étaient variées. Des médecins choisissaient de vacciner leur enfant, d'autres prenaient le rôle d'accompagnant chez un confrère médecin, et d'autres préféraient ne pas accompagner leur enfant. Notre étude rapportait une volonté de dissocier le geste douloureux du rôle de parent, ou le souhait d'une expertise externe, notamment pour les premiers vaccins. Par ailleurs, il existait une différence dans la prise en charge des médecins entre leurs patients et leurs propres enfants. Pour un médecin, certaines techniques de réassurance réalisées en amont, notamment l'hypnose, n'étaient pas réalisables chez ses propres enfants. De plus, des médecins confiaient entièrement la gestion de la vaccination de leurs enfants à un confrère, sans intervenir dans le choix des méthodes antalgiques.

Un travail de recherche récent (81) met en évidence cette hétérogénéité des pratiques et des ressentis des médecins généralistes concernant la vaccination de leurs propres enfants.

## **3. Le vécu de l'enfant face à la douleur procédurale**

Les médecins de notre étude observaient que le vécu de l'enfant était essentiellement à type d'appréhension, conséquence de la spécificité de la douleur procédurale qui est une douleur anticipée par l'enfant.

Selon Annequin (82), la peur et la douleur sont étroitement liées, comme l'illustrent les études sur l'effet nocebo. La peur renforce la douleur ressentie via la sécrétion de cholécystokinine, et dans ce contexte, l'administration d'un anxiolytique permet de diminuer la douleur ressentie. La littérature souligne donc l'intérêt d'anticiper et de prendre en charge la composante anxieuse pour diminuer la douleur ressentie au moment du geste. Il est par ailleurs conseillé de rendre acteur l'enfant en le faisant participer au soin et en sollicitant son avis (par exemple choix du bras pour le vaccin ou choix du pansement) (83). Valoriser l'enfant après le soin est également une étape importante pour améliorer son vécu, comme suggéré par des médecins dans notre étude.

## **J. Les vécus et représentations des médecins généralistes**

Dans notre étude, les représentations personnelles des médecins généralistes concernant la douleur procédurale chez l'enfant étaient diverses. Pour un même geste, la reconnaissance de l'existence d'une douleur induite différait. Des médecins considéraient par exemple la douleur de la vaccination suffisamment courte pour être tolérable. L'âge de l'enfant influençait également la perception de la douleur. Pour des médecins, la douleur procédurale concernait essentiellement le nourrisson et à partir d'un certain âge, l'enfant était perçu comme capable de « supporter » cette douleur provoquée. À l'inverse, d'autres médecins insistaient sur leur besoin de non douleur chez tout enfant. Enfin, la réalisation de gestes potentiellement douloureux chez l'enfant était vécue différemment par les médecins. Des médecins n'éprouvaient aucune difficulté : le geste s'inscrivait dans une routine professionnelle, ou son bénéfice attendu prédominait sur le ressenti du médecin. D'autres médecins ressentaient de la peur ou de l'empathie.

Kane avance son regard anthropologique sur les représentations de la douleur chez l'enfant par les soignants (84). La représentation qu'ont les soignants de l'enfant va influencer la prise en charge de sa douleur. Elle note d'un côté une représentation de l'enfant comme un être à éduquer, lequel doit apprendre à modérer ses plaintes et sera valorisé pour sa résistance à la douleur. D'un autre côté, il y a la représentation de l'enfant innocent, pour lequel la présence d'une douleur paraît inadmissible.

La prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant par les médecins généralistes semble donc empreinte de leurs croyances et représentations personnelles.

## **K. Les bénéfices**

Notre étude a relevé des bénéfices immédiats et sur le long terme à la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant. Les bénéfices concernaient à la fois l'enfant, les parents et le médecin.

Pour l'enfant, il existait une diminution de l'angoisse et de la douleur ressentie, à l'origine d'un meilleur vécu de l'acte. Les médecins constataient un impact positif sur



le vécu des parents durant la procédure douloureuse. Sur le long terme, l'anticipation anxieuse de l'enfant et des parents lors de gestes ultérieurs était diminuée.

Pour les médecins, le bénéfice immédiat était de favoriser un bon déroulement du geste. Sur le long terme, les médecins observaient un impact positif sur la relation de confiance avec l'enfant et sur sa représentation du monde médical. Le déroulement des futurs gestes ou examens cliniques était facilité. La relation des médecins avec les parents était également améliorée. L'ensemble de ces bénéfices conduisait à un meilleur suivi de l'enfant par la suite.

Dans la littérature, nous retrouvons le lien entre l'absence de prise en charge adéquate de la douleur procédurale chez l'enfant et l'évitement des soins médicaux ou la non observance du calendrier vaccinal (85)(86). Par ailleurs, prendre en charge la douleur procédurale réduit la durée de l'acte médical et augmente son taux de réussite (87). La confiance de l'enfant envers le soignant est également renforcée, notamment dans le cadre de la vaccination (85).

## **L. Les freins**

Malgré les bénéfices, des médecins étaient limités dans leur gestion de la douleur procédurale par le manque de temps ou le contexte d'urgence. Des médecins ont rapporté aussi une méconnaissance des stratégies de prise en charge.

Sur le plan pharmacologique, des médecins généralistes ont évoqué des barrières à l'utilisation des anesthésiques locaux en patchs. Les limites énoncées étaient le bas âge du nourrisson, l'exclusivité de prescription par les spécialistes pédiatres, la douleur au retrait du patch ou la mauvaise application par les parents (durée d'application insuffisante ou mauvais site d'application).

L'autorisation de mise sur le marché des anesthésiques locaux en patchs ou crème existe chez le nouveau-né à terme à partir de 37 semaines d'aménorrhée, avec une posologie de 0,5 g à 1 g par site, pour un total de 1 g toutes les 12 heures (88)(46). Ils ne sont pas soumis à une prescription spécialisée (89). Par ailleurs, une éducation

préalable des parents à la bonne application des anesthésiques locaux en patchs ou crème devrait permettre d'optimiser leur utilisation.

La difficulté d'accessibilité au MEOPA en médecine de ville était une limite importante observée dans notre étude. Les différentes barrières et problématiques relatives à son accès en médecine générale ont été développées dans le paragraphe II.E.3.

Enfin, les parents étaient perçus comme un frein potentiel à la prise en charge de la douleur procédurale de leur enfant. Comme détaillé au paragraphe II.I.1., les études retrouvées dans la littérature ne vont pas dans ce sens.

### **M. L'évolution de la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale**

Dans notre étude, l'évolution de la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale était contrastée. Des médecins constataient une absence d'évolution de leur pratique et des méthodes antalgiques disponibles. D'autres médecins notaient une évolution positive, avec notamment une reconnaissance et une meilleure prise en compte de la douleur chez l'enfant. Notre étude notait cependant la nécessité de continuer à évoluer.

Les moteurs d'évolution étaient divers. L'adaptation de la formation théorique initiale et les formations médicales continues favorisaient l'évolution des pratiques. Des médecins ont également modifié leur exercice grâce à leurs expériences pratiques, aux expériences de confrères notamment les étudiants en stage, et leurs expériences personnelles de parent. L'apprentissage de nouvelles stratégies de prise en charge de la douleur de l'enfant se faisait aussi par les parents. Les associations spécifiques type *Sparadrap* étaient perçues comme des moteurs potentiels d'évolution des pratiques et de sensibilisation des professionnels de santé et des parents.

### III. Perspectives : les pistes de réflexion soulevées

Notre étude révèle la prépondérance des méthodes non médicamenteuses pour prendre en charge la douleur procédurale de l'enfant lors de la réalisation de gestes courants. Ces stratégies paraissent adaptées et accessibles en médecine générale, mais supposent d'y avoir été sensibilisé au cours de la formation médicale.

Au niveau pharmacologique, faciliter l'accessibilité du MEOPA en médecine de ville semble être un point d'évolution important. Cela permettrait de rediriger en cabinet de ville la réalisation de sutures chez l'enfant tout en ayant une antalgie adaptée. Le MEOPA pourrait aussi être utile dans le cadre de changements délicats de pansements chez l'enfant (brûlures, plaies).

L'adaptation des durées de consultations pour les nourrissons et les enfants en bas âge, la programmation de certains actes douloureux et la création de créneaux d'urgence sont des perspectives organisationnelles intéressantes. Elles permettent une meilleure anticipation de la douleur procédurale et ainsi une optimisation de sa prise en charge par les médecins généralistes et également les parents.

Le rôle des assistants médicaux a également été évoqué. À ce jour, la création de ce poste en cabinet de ville est en discussion. Leur formation initiale et leurs missions ne sont pas clairement établies. Il pourrait être intéressant de les former et les intégrer aux stratégies de prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant, notamment via les techniques non médicamenteuses et psychologiques.

Enfin, les parents peuvent être une aide majeure à condition d'avoir été préalablement préparés. L'éducation et la sensibilisation des parents aux stratégies de prise en charge sont primordiales. Les sites dédiés comme *Sparadrap* ou *Pédiadol* sont des atouts à utiliser pour enseigner aux parents et diffuser l'information.

## **CONCLUSION**

La prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale se conçoit en triades. Elle s'articule en trois temps (avant, pendant et après le geste), entre trois acteurs (le médecin généraliste, le couple parents/enfant et l'acteur pharmacologique), et autour de trois approches (physique, psychologique et pharmacologique).

Les médecins généralistes sont confrontés à la douleur procédurale de l'enfant à travers la réalisation de différents gestes. Les vécus des parents et de l'enfant sont variables lors de la réalisation d'un acte, et doivent être pris en compte. Intégrer les parents et l'enfant à la prise en charge est essentiel pour l'optimiser.

L'anticipation est un temps primordial. Elle s'envisage en amont via les consultations « de routine » chez l'enfant, faisant du suivi en médecine générale un atout.

Les stratégies de prise en charge sont multiples et les méthodes non médicamenteuses prépondérantes. L'association des stratégies antalgiques permet de tendre vers une prise en charge optimisée et individualisée, à l'origine de bénéfices immédiats et sur le long terme pour tous les acteurs.

Il semble exister une évolution positive dans la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale, mais celle-ci doit être confortée. Les pratiques des médecins généralistes restent en effet hétérogènes, influencées par leurs représentations personnelles de la douleur et leurs expériences, ou limitées par le temps, les parents et les difficultés d'accès au MEOPA.

Optimiser l'utilisation des stratégies existantes en médecine générale se conçoit en sensibilisant les médecins lors de leur formation initiale. L'influence des étudiants en stage auprès des MSU semble également être un moteur d'évolution. L'éducation des parents aux stratégies de prise en charge est essentielle. Une formation spécifique des éventuels assistants médicaux pourrait aussi être intéressante. Les sites d'information dédiés sont des outils à exploiter dans cet objectif de sensibilisation et de formation. Enfin, faciliter l'accès du MEOPA en médecine de ville

et intégrer une cotation spécifique à la CCAM permettrait de réaliser plus couramment certains gestes chez l'enfant (sutures, pansements) avec une antalgie adéquate.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Baeyer CL von, Marche TA, Rocha EM, Salmon K. Children's memory for pain: overview and implications for practice. *The Journal of Pain*. 1 juin 2004;5(5):241-9.
2. Anand KJ, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med*. 19 nov 1987;317(21):1321-9.
3. Taddio A, Katz J, Ilersich AL, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *The Lancet*. 1 mars 1997;349(9052):599-603.
4. Young KD. Pediatric procedural pain. *Ann Emerg Med*. févr 2005;45(2):160-71.
5. Annequin D, Aubrun F, Boureau F, Donnadiou S, Eledjam JJ, Fouassier P, et al. Les douleurs induites. Paris: Institut UPSA de la douleur; 2005.
6. Afssaps. Recommandations de bonne pratique : prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. France; 2009.
7. Armengaud J-B, Lafaille C, Arnaud C, Gatterre P, Poupard R, Lecarpentier T, et al. Utilisation de l'iPad aux urgences lors de gestes douloureux. *Réalités Pédiatriques*. 1 janv 2013;176:1-5.
8. Muller A. Prise en charge des douleurs induites par les soins: Enquête auprès de 79 enfants se présentant aux urgences de l'hôpital de Sélestat [Thèse d'exercice]. France: Université de Strasbourg; 2018.
9. Carbajal R, Courtois E, Droutman S, Magny JF, Merchaoui Z, Durrmeyer X, et al. SFNP-16 – Epidémiologie des gestes douloureux et stressants en réanimation néonatale, Epippain2. *Archives de Pédiatrie*. 1 mai 2014;21(5, Supplement 1):629.
10. Valleteau de Moulliac J. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. *Bull Acad Natl Med*. juin 2013;197(6):1143-52.
11. Gallais J-L. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. *Documents de Recherches en Médecine Générale-SFMG*. Juin 1997;(45).
12. Bakhache P, Virey B, Bienenfeld C. Knowledge and practices regarding infant vaccination: results of a survey of French physicians. *Eur J Pediatr*. 1 avr 2019;178(4):533-40.
13. Dalvai, Charlotte. Prise en charge de la douleur lors de la vaccination des nourrissons : enquête qualitative menée auprès de 13 médecins généralistes en Alsace [Thèse d'exercice]. France: Université de Strasbourg; 2018.
14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart, Laurent. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.

15. Kuper A, Lingard L, Levinson W. Critically appraising qualitative research. *BMJ (Clinical research ed)*. 2008;337:a1035.
16. Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ (Clinical research ed)*. 2008;337:a288.
17. Trottier ED, Doré-Bergeron MJ, Chauvin-Kimoff L, Baerg K, Ali S. La gestion de la douleur et de l'anxiété chez les enfants lors de brèves interventions diagnostiques et thérapeutiques. *Paediatrics & Child Health*. 9 déc 2019;24(8):522-35.
18. Cohen LL, Blount RL, Jansevics Cohen R, Ball CM, McClellan CB, Bernard RS. Children's expectations and memories of acute distress: short- and long-term efficacy of pain management interventions. *J Pediatr Psychol*. 1 sept 2001;26(6):367-74.
19. Krauss BA, Krauss BS. Managing the Frightened Child. *Annals of Emergency Medicine*. juill 2019;74(1):30-5.
20. Krauss BS, Calligaris L, Green SM, Barbi E. Current concepts in management of pain in children in the emergency department. *The Lancet*. 2 janv 2016;387(10013):83-92.
21. Hallstrom BJ. Contact comfort: its application to immunization injections. *Nurs Res*. avr 1968;17(2):130-4.
22. Lacey CM, Finkelstein M, Thygeson MV. The impact of positioning on fear during immunizations: supine versus sitting up. *J Pediatr Nurs*. juin 2008;23(3):195-200.
23. Sparks LA, Setlik J, Luhman J. Parental holding and positioning to decrease IV distress in young children: a randomized controlled trial. *J Pediatr Nurs*. déc 2007;22(6):440-7.
24. Stephens BK, Barkey ME, Hall HR. Techniques to comfort children during stressful procedures. *Adv Mind Body Med*. 1999;15(1):49-60.
25. Taddio A, McMurtry CM, Shah V, Riddell RP, Chambers CT, Noel M, et al. Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*. 22 sept 2015;187(13):975-82.
26. Children's Mercy Kansas City. Comfort Positioning at Children's Mercy [Internet]. United States, Kansas City; 2015 [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=YPi3xT6UCOs>
27. Fournier-Charrière E, Tourniaire B, Groupe PÉDIADOL. Douleur de l'enfant: l'essentiel. Paris; 2015.
28. Kolk AM, Hoof R van, Dop MJCF. Preparing children for venepuncture. The effect of an integrated intervention on distress before and during venepuncture. *Child: Care, Health and Development*. 2000;26(3):251-60.
29. Melamed BG, Yurcheson R, Fleece EL, Hutcherson S, Hawes R. Effects of film modeling on the reduction of anxiety-related behaviors in individuals varying in level of previous

- experience in the stress situation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1978;46(6):1357-67.
30. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA. Preoperative psychological preparation of the child for surgery: an update. *Anesthesiol Clin North Am*. déc 2005;23(4):597-614, vii.
  31. Schechter N, Zempsky W, Cohen L, McGrath P, McMurtry CM, Bright N. Pain Reduction During Pediatric Immunizations: Evidence-Based Review and Recommendations. *Pediatrics*. 1 juin 2007;119:e1184-98.
  32. L'information, alliée indispensable du soin [Internet]. Sparadrap. [cité 12 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/professionnels/informer-lenfant-et-ses-proches/linformation-alliee-indispensable-du-soin>
  33. Chambers CT, Taddio A, Uman LS, McMurtry CM. Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunizations: A systematic review. *Clinical Therapeutics*. janv 2009;31:S77-103.
  34. Wood C, Bioy A. L'hypnose chez l'enfant : quelles indications ? *Réalités pédiatriques*. 2006;112:1-5.
  35. Galland F, Herrenschmidt S. En pratique, comment informer l'enfant et ses proches ? [Internet]. Sparadrap. 2009 [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.sparadrap.org/professionnels/informer-lenfant-et-ses-proches/en-pratique-comment-informer-lenfant-et-ses-proches>
  36. Gravier E, Galland F. Diminuer la peur et la douleur des vaccins en PMI [Internet]. Sparadrap. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/diminuer-la-peur-et-la-douleur-des-vaccins-en-pmi>
  37. Birnie KA, Noel M, Chambers CT, Uman LS, Parker JA. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 4 oct 2018;10:CD005179.
  38. Sinha M, Christopher N, Fenn R, Reeves L. Evaluation of Nonpharmacologic Methods of Pain and Anxiety Management for Laceration Repair in the Pediatric Emergency Department: In Reply. *Pediatrics*. 1 mai 2006;117:1162-8.
  39. Ha YO, Kim HS. The effects of audiovisual distraction on children's pain during laceration repair. *Int J Nurs Pract*. sept 2013;19 Suppl 3:20-7.
  40. Wood C, Duparc N, Leblanc V, Cunin-Roy C. L'hypnose : une réponse possible à la prise en charge des douleurs de l'enfant et de l'adolescent. *Enfance*. 2006;Vol. 58(1):26-39.
  41. Taddio A, Appleton M, Bortolussi R, Chambers C, Dubey V, Halperin S, et al. Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *CMAJ*. 14 déc 2010;182(18):E843-55.



42. Chen RT, Clark TA, Halperin SA. The yin and yang of paracetamol and paediatric immunisations. *Lancet*. 17 oct 2009;374(9698):1305-6.
43. Prymula R, Siegrist C-A, Chlibek R, Zemlickova H, Vackova M, Smetana J, et al. Effect of prophylactic paracetamol administration at time of vaccination on febrile reactions and antibody responses in children: two open-label, randomised controlled trials. *Lancet*. 17 oct 2009;374(9698):1339-50.
44. Cassidy KL, Reid GJ, McGrath PJ, Smith DJ, Brown TL, Finley GA. A randomized double-blind, placebo-controlled trial of the EMLA patch for the reduction of pain associated with intramuscular injection in four to six-year-old children. *Acta Paediatr*. nov 2001;90(11):1329-36.
45. Mucignat V, Ducrocq S, Lebas F, Mochel F, Baudon JJ, Gold F. Effet analgésique de la crème Emla®, du saccharose et de leur association pour les injections sous-cutanées chez le nouveau-né prématuré : étude prospective de 265 injections. *Archives de Pédiatrie*. 1 août 2004;11(8):921-5.
46. Avez-Couturier J, Wood C. Douleur chez l'enfant. *Rev Prat*. avr 2014;28(920):329-34.
47. Biran V, Gourrier E, Cimerman P, Walter-Nicolet E, Mitanchez D, Carbajal R. Analgesic effects of EMLA cream and oral sucrose during venipuncture in preterm infants. *Pediatrics*. juill 2011;128(1):e63-70.
48. de Waard-van der Spek FB, Oranje AP, Lillieborg S, Hop WC, Stolz E. Treatment of molluscum contagiosum using a lidocaine/prilocaine cream (EMLA) for analgesia. *J Am Acad Dermatol*. oct 1990;23(4 Pt 1):685-8.
49. Rosdahl I, Edmar B, Gisslén H, Nordin P, Lillieborg S. Curettage of molluscum contagiosum in children: analgesia by topical application of a lidocaine/prilocaine cream (EMLA). *Acta Derm Venereol*. 1988;68(2):149-53.
50. Annequin D, Carbajal R, Chauvin P, Gall O, Tourniaire B, Murat I. Fixed 50% nitrous oxide oxygen mixture for painful procedures: A French survey. *Pediatrics*. avr 2000;105(4):E47.
51. Pedersen RS, Bayat A, Steen NP, Jacobsson M-LB. Nitrous oxide provides safe and effective analgesia for minor paediatric procedures – a systematic review. *Dan Med J*. 2013;60(6):1-8.
52. Paediatric Burns Service. Paediatric Burns Service Guidelines [Internet]. Australia: Government of South Australia; 2020 juin [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.wch.sa.gov.au/services/az/divisions/psurg/burns/documents/WCHN\\_paediatric\\_burns\\_service\\_guidelines\\_june-2020.pdf](https://www.wch.sa.gov.au/services/az/divisions/psurg/burns/documents/WCHN_paediatric_burns_service_guidelines_june-2020.pdf)
53. Evaluation et stratégie de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans [Internet]. France: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé; 2000 [cité 29 avr 2019] p. 25. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenf4.pdf>

54. Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) : mise au point et actualisation [Internet]. Pédiadol. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <https://pediadol.org/melange-equimoleculaire-oxygene-protoxyde-dazote-meopa-mise-au-point-et-actualisation/>
55. Zier JL, Liu M. Safety of high-concentration nitrous oxide by nasal mask for pediatric procedural sedation: experience with 7802 cases. *Pediatr Emerg Care*. déc 2011;27(12):1107-12.
56. Onody P, Gil P, Hennequin M. Safety of inhalation of a 50% nitrous oxide/oxygen premix: a prospective survey of 35 828 administrations. *Drug Saf*. 2006;29(7):633-40.
57. Maillard F, Annequin D. Le MEOPA, quel avenir en ambulatoire, quel financement ? Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement. 1 sept 2018;19(4):166-73.
58. Cavalier J, Courne M, de Verdelhan A, Lavergne V, Legras J, Vermillard V. Plan de gestion de risque concernant la sortie de la réserve hospitalière de certaines spécialités à base de mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) [Internet]. France: Afssaps; 2010 janv [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.airliquidehealthcare.fr/sites/als\\_fr/files/plan\\_de\\_gestion\\_de\\_risques\\_meopa\\_ville.pdf](https://www.airliquidehealthcare.fr/sites/als_fr/files/plan_de_gestion_de_risques_meopa_ville.pdf)
59. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. 2015 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0253370.htm>
60. Cochois I. Sécurité d'emploi des MEOPA (oxygène et protoxyde d'azote) : les règles indispensables à connaître [Internet]. Vidal. 2016 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/20018-securite-d-emploi-des-meopa-oxygene-et-protoxyde-d-azote-les-regles-indispensables-a-connaître.html>
61. Hansberger L. L'utilisation du Mélange Oxygène-Protoxyde d'Azote (MEOPA) dans le cadre de la prise en charge de la douleur liée aux soins en HAD chez l'adulte en France en 2014. Étude préliminaire pour sa mise en place à l'HAD du littoral Boulogne-Montreuil dans le Nord Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. France: Université du droit et de la santé Lille 2; 2015.
62. Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) [Internet]. Ameli. 2021 [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/remuneration/nomenclatures-codage/ngap>
63. Stevens B, Yamada J, Ohlsson A, Haliburton S, Shorkey A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 juill 2016;7:CD001069.
64. Harrison D, Stevens B, Bueno M, Yamada J, Adams-Webber T, Beyene J, et al. Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and 12 months of age: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. 1 juin 2010;95(6):406-13.

65. Hatfield L, Gusic M, Dyer A-M, Polomano R. Analgesic Properties of Oral Sucrose During Routine Immunizations at 2 and 4 Months of Age. *Pediatrics*. 1 mars 2008;121:e327-34.
66. Thyr M, Sundholm A, Teeland L, Rahm V-A. Oral glucose as an analgesic to reduce infant distress following immunization at the age of 3, 5 and 12 months. *Acta Paediatr*. févr 2007;96(2):233-6.
67. Ramenghi LA, Webb AV, Shevlin PM, Green M, Evans DJ, Levene MI. Intra-Oral Administration of Sweet-Tasting Substances and Infants' Crying Response to Immunization: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *NEO*. 2002;81(3):163-9.
68. Yilmaz G, Caylan N, Oguz M, Karacan CD. Oral sucrose administration to reduce pain response during immunization in 16-19-month infants: a randomized, placebo-controlled trial. *Eur J Pediatr*. nov 2014;173(11):1527-32.
69. Blass EM. Mothers and their infants: peptide-mediated physiological, behavioral and affective changes during suckling. *Regul Pept*. 8 oct 1996;66(1-2):109-12.
70. Harrison D, Reszel J, Bueno M, Sampson M, Shah VS, Taddio A, et al. Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 oct 2016;10:CD011248.
71. Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 12 déc 2012;12:CD004950.
72. Abdel Razek A, AZ El-Dein N. Effect of breast-feeding on pain relief during infant immunization injections. *International Journal of Nursing Practice*. avr 2009;15(2):99-104.
73. Farion KJ, Osmond MH, Hartling L, Russell KF, Klassen TP, Crumley E, et al. Tissue adhesives for traumatic lacerations: a systematic review of randomized controlled trials. *Acad Emerg Med*. févr 2003;10(2):110-8.
74. Annequin D. Moyens atypiques et peu connus permettant de mieux contrôler la douleur aiguë provoquée par des soins, des actes chez l'enfant. In: 22e Journée La douleur de l'enfant Quelles réponses ? Paris; 2015. p. 89-96.
75. Baxter AL, Cohen LL, McElvery HL, Lawson ML, von Baeyer CL. An integration of vibration and cold relieves venipuncture pain in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. déc 2011;27(12):1151-6.
76. Ballard A, Khadra C, Adler S, Trottier ED, Le May S. Efficacy of the Buzzy Device for Pain Management During Needle-related Procedures. *The Clinical Journal of Pain*. 1 juin 2019;35(6):532-43.
77. Pillai Riddell R, Taddio A, McMurtry CM, Shah V, Noel M, Chambers CT, et al. Process Interventions for Vaccine Injections: Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Quasi-Randomized Controlled Trials. *Clin J Pain*. oct 2015;31(10 Suppl):S99-108.

78. Carbajal R, Bonin L, Simon N, Karam T, Briere A. Présence des parents auprès de leurs enfants lors des gestes agressifs aux urgences. In: 7e journée La douleur de l'enfant, quelles réponses ? France; 1999. p. 39-42.
79. Bauchner H, Vinci R, Bak S, Pearson C, Corwin MJ. Parents and procedures: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. nov 1996;98(5):861-7.
80. Bearden DJ, Feinstein A, Cohen LL. The Influence of Parent Preprocedural Anxiety on Child Procedural Pain: Mediation by Child Procedural Anxiety. *J Pediatr Psychol*. juill 2012;37(6):680-6.
81. Hanel P. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais soignent-ils leurs propres enfants ? [Thèse d'exercice]. France: Université du droit et de la santé Lille 2; 2021.
82. Annequin D. Plus on a peur, plus on a mal ? In: 14e Journée Unesco La douleur de l'enfant Quelles réponses ? Paris; 2007. p. 2-7.
83. Galland F, Cohen-Salmon D, Gravier E, Holzmann C. Donner le choix aux enfants [Internet]. Sparadrap. 2012 [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/donner-le-choix-aux-enfants>
84. Kane H. Comment les soignants se représentent la douleur de la vaccination : regard anthropologique. In: 14e Journée Unesco La douleur de l'enfant Quelles réponses ? Paris; 2007. p. 27-30.
85. Taddio A, Chambers CT, Halperin SA, Ipp M, Lockett D, Rieder MJ, et al. Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. *Clin Ther*. 2009;31 Suppl 2:S152-167.
86. Ali S, McGrath T, Drendel A. An Evidence-Based Approach to Minimizing Acute Procedural Pain in the Emergency Department and Beyond. *Pediatric emergency care*. 31 déc 2015;32:36-42.
87. Taddio A, Soin HK, Schuh S, Koren G, Scolnik D. Liposomal lidocaine to improve procedural success rates and reduce procedural pain among children: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 21 juin 2005;172(13):1691-5.
88. Protocole d'utilisation de la crème anesthésiante [Internet]. Pédiadol. [cité 5 sept 2020]. Disponible sur: <https://pediadol.org/protocole-dutilisation-de-la-creme-anesthesiante-3/>
89. EMLAPATCH [Internet]. Vidal. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/emlapatch-3303.html#35755>

## ANNEXES

### Annexe 1 : Grille d'entretien et son évolution

#### Grille d'entretien initiale

##### 1. Recueil des données socio-démographiques

- Âge, sexe
- Année d'installation
- Localisation géographique
- Activité médicale (nombre d'actes quotidiens, pourcentage de pédiatrie)
- Formation complémentaire (DU, FMC ...)
- Statut de maître de stage universitaire ou non

##### 2. Entretien semi-dirigé

- Que vous évoque le thème de la douleur induite par les soins lors de vos consultations de pédiatrie ? (*Y êtes-vous souvent confronté ? Quel est votre ressenti face à ces situations ? Selon vous, quelles sont les spécificités de la douleur induite par les soins chez l'enfant ?*)
- Quels actes que vous estimez « potentiellement douloureux » pratiquez-vous lors de vos consultations de pédiatrie ? (*Quels actes estimez-vous non douloureux ? Comment évaluez-vous la douleur induite chez l'enfant lors des différents soins que vous dispensez ?*)
- Comment gérez-vous ces actes douloureux lors de vos consultations de pédiatrie ? (*Quels moyens utilisez-vous ? Connaissez-vous d'autres moyens théoriques ?*)
- Selon vous, quels sont les motivations et les bénéfices à leur utilisation ? Quels sont les obstacles et les facteurs limitants ? (*Que pensez-vous de l'évolution des techniques de prise en charge de la douleur en pédiatrie ? Qu'est-ce qui vous semble intéressant, ou moins intéressant ?*)
- Lors de vos consultations, quels sont les facteurs qui influencent cette prise en charge de la douleur ? (*Comment réagissez-vous lorsque l'on vous demande une prescription de patchs d'anesthésiques locaux par exemple ? Comment voyez-vous la place des parents ?*)
- Quel a été votre ressenti au moment de la vaccination de vos propres enfants et/ou petits-enfants ? (*Par qui ont-ils été vaccinés ? Avez-vous eu des demandes particulières ? Des craintes ?*)

**NB** : Les questions en italique correspondent aux potentielles questions de relance.

### **Grille d'entretien deuxième version**

#### Entretien semi-dirigé

- Que vous évoque le thème de la douleur induite par les soins lors de vos consultations de pédiatrie ? *(Quelles sont pour vous les particularités de la douleur induite par les soins chez l'enfant ? Quels sont pour vous les différences / les parallèles avec la douleur spontanée chez l'enfant ? )*
- Quels actes que vous estimez « potentiellement douloureux » pratiquez-vous lors de vos consultations de pédiatrie ? *(Comment évaluez-vous la douleur induite chez l'enfant lors des différents soins que vous dispensez ?)*
- Quel(s) est (sont) votre (vos) ressenti(s) / vécu(s) dans les situations de douleur induite chez l'enfant pendant vos consultations ? *(Quel ressenti avant la réalisation d'un geste potentiellement douloureux par exemple ? Quel vécu pendant la réalisation du geste ? )*
- Comment gérez-vous les actes douloureux lors de vos consultations de pédiatrie ?
- Qu'attendez-vous de votre gestion de la douleur induite par les soins ? Quels bénéfices ? Quels sont les facteurs limitant votre gestion de la douleur ?
- Lors de vos consultations, quels sont les facteurs qui vont influencer cette prise en charge de la douleur ?
- Comment a évolué votre pratique / votre mentalité / votre ressenti concernant la douleur induite par les soins chez l'enfant durant vos consultations ? *(Selon vous, qu'est-ce qui a fait évoluer votre pratique / votre mentalité / votre ressenti ?)*
- Quelle a été votre expérience de parent pendant la vaccination de vos enfants ?

**NB** : Les questions en italique correspondent aux potentielles questions de relance.

### **Grille d'entretien troisième version**

#### Entretien semi-dirigé

- Que vous évoque le thème de la douleur induite par les soins lors de vos consultations de pédiatrie ? (*Quelles sont les particularités de la douleur induite par les soins chez l'enfant selon vous ?*)
- Quels actes que vous estimez « potentiellement douloureux » pratiquez-vous lors de vos consultations de pédiatrie ? (*Quels sont les freins à la réalisation de gestes chez l'enfant pendant vos consultations ? Comment évaluez-vous la douleur induite chez l'enfant lors des différents soins que vous dispensez ?*)
- Quel(s) est (sont) votre (vos) ressenti(s) / vécu(s) dans les situations de douleurs induites chez l'enfant pendant vos consultations ? (*Quel ressenti avant la réalisation d'un geste potentiellement douloureux par exemple ? Quel vécu pendant la réalisation du geste ?*)
- Selon vous, quel(s) est (sont) le(s) vécu(s) de l'enfant ? Et du (des) parent(s) ? (*Comment voyez-vous la place des parents dans ce genre de consultation ?*)
- Comment gérez-vous les actes douloureux lors de vos consultations de pédiatrie ? (*Quels sont les facteurs qui vont influencer votre gestion de la douleur induite par les soins ?*)
- Qu'attendez-vous de votre gestion de la douleur induite par les soins ? (*Quels bénéfices ? Quels sont les facteurs limitant votre gestion de la douleur induite par les soins ?*)
- Comment a évolué votre pratique / votre mentalité / votre ressenti concernant la gestion de la douleur induite par les soins chez l'enfant durant vos consultations ? (*Quels ont été les moteurs d'évolution de votre pratique ? Selon vous, comment a évolué la gestion de la douleur induite par les soins chez l'enfant d'une façon générale dans le monde médical ?*)
- Quelles pistes d'amélioration pour la gestion de la douleur induite par les soins chez l'enfant en médecine générale imaginez-vous ?
- Quelle a été votre expérience pendant la vaccination de vos enfants ?

**NB** : Les questions en italique correspondent aux potentielles questions de relance.

## Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement

Faculté de Médecine et de Maïeutique  
56 rue du Port 59046 LILLE

Nom de l'étudiant : DUBUS  
Prénom de l'étudiant : Hélène  
Contact : [crd2m@univ-catholille.fr](mailto:crd2m@univ-catholille.fr)  
[helene.dubus@hotmail.fr](mailto:helene.dubus@hotmail.fr)



### Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de la thèse que je dois réaliser au cours de mes études, je réalise un travail de recherche médicale non interventionnelle intitulée :

« *Gestion de la douleur induite par les soins chez l'enfant en consultation de médecine générale dans le Nord et le Pas-De-Calais* »

Cette recherche a pour objectif de recueillir votre avis et votre expérience concernant la prise en charge de la douleur liée aux soins pédiatriques lors de vos consultations de médecine générale. Ce recueil de données auprès de nombreux médecins généralistes permettra de réfléchir aux moyens d'améliorer cette prise en charge, et d'apporter une information de qualité à ce sujet à la fois aux parents, et aux différents professionnels de santé.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens, c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectué
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux
- Que ce travail a fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements et, le cas échéant, au CPP

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur. Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière pseudonymisée. Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil de 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 et aux articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès de la personne qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par l'investigateur et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait à ..... Le.....

Document fait en 2 exemplaires, dont 1 remis à la personne interrogée.



**Annexe 3 : Formulaire d'opposition****FORMULAIRE D'OPPOSITION**

*« Gestion de la douleur induite par les soins chez l'enfant en consultation de médecine générale dans le Nord et le Pas-De-Calais »*

Cette recherche a pour objectif de recueillir votre avis et votre expérience concernant la prise en charge de la douleur liée aux soins pédiatriques lors de vos consultations de médecine générale. Ce recueil de données auprès de nombreux médecins généralistes permettra de réfléchir aux moyens d'améliorer cette prise en charge, et d'apporter une information de qualité à ce sujet à la fois aux parents, et aux différents professionnels de santé.

Je soussignée, Mr/Mme \_\_\_\_\_

**m'oppose à participer** à l'étude et à ce que mes données soient utilisées à des fins de recherche

\*\*\*\*\*

Merci de nous retourner ce formulaire par courrier à l'adresse suivante :

*Médecine Générale  
Faculté de Médecine & Maïeutique  
56 rue du Port  
59000 LILLE*

Ou par mail :

*crd2m@univ-catholille.fr*

**Annexe 4 : Verbatim de l'entretien 10**

**I :** *On va partir du grand thème, donc si je vous dis : « la douleur induite par les soins, la douleur provoquée par les soins ... »*

**M10 :** ... ouais ...

**I :** *« ... euh, chez l'enfant, pendant vos consultations », qu'est-ce que ça vous évoque dans un premier temps comme ça ? Les premières choses qui vous viennent à l'esprit ?*

**M10 :** Euh ... {silence} bon l'enfant qui {rires}, l'enfant qui se met à pleurer quand on l'examine, mais ça je dirai que c'est plus de la peur que de la douleur. Euh ... j'aurai pas de notion d'induire vraiment une douleur chez un enfant euh ... en, je dirai euh ... en consultation de médecine générale un peu de base. Sauf si jamais on le recoud, ou si jamais voilà on fait des actes un petit peu plus invasifs, ou une ablation de *molluscum*, ou des choses comme ça. Par contre, la douleur chez l'enfant, je dirai que c'est pas ce qui arrive en ... {silence} en, en premier dans une ... dans une consultation de pédiatrie quoi.

**I :** *D'accord.*

**M10 :** Voilà.

**I :** *Ok. Au niveau des actes du coup, par contre vous me parlez d'actes que vous pouvez pratiquer qui peuvent induire potentiellement une douleur. Quels types d'actes du coup vous réalisez ?*

**M10 :** Alors quels types d'actes peuvent, bon les vaccins ...

**I :** ... ouais ...

**M10 :** Euh ... recoudre mais ça on le fait de moins en moins. On faisait beaucoup au début, maintenant on le fait de moins en moins. Euh ... l'ablation de *molluscum*, après euh la douleur proprement dite, est-ce qu'il y a autre chose ou ... {souple}. Le reste des examens qu'on fait en médecine générale euh, il y a pas beaucoup de douleur quoi. La principale elle est, on va dire oui ça reste le vaccin.

**I :** *D'accord le vaccin principalement ...*

**M10 :** ... la plus courante.

**I :** *Ouais la plus courante.*

**M10 :** La plus courante.

**I :** *Et du coup comment vous les gérez ces actes potentiellement douloureux ? Euh, est-ce que vous avez des techniques particulières pour ...*

**M10 :** ... alors euh ... bon d'abord on rassure l'enfant énormément. Euh ... moi je lui dis pas que ça va faire mal parce que sinon forcément il va pleurer. Euh ... on essaye euh ... donc moi j'essaie toujours que l'enfant soit sur les genoux de, de, d'un de ses parents, pour le rassurer. Euh ... voilà. Bon de, de faire ces actes-là, on essaye de les faire le plus rapidement possible pour que l'enfant {silence} se débâte pas trop {rires} on va dire. Et puis ensuite à la fin, quand il a été sage ou même quand il a pas été sage, il y a un petit bonbon à la {rires}, à la clef, qui est là {montre un bocal avec des bonbons sur son bureau}, et les enfants connaissent tous la boîte à bonbons {rires}. « Docteur je peux avoir un bonbon ? »

**I :** {Rires}. *Chez A\*\*\*\*\*, A\*\*\*\*\* a repris la même chose, c'est vrai elle a une boîte à bonbons aussi.*

**M10 :** Ah oui voilà {sourire}. Voilà {rires}. Voilà je lui avais peut-être donné le, le truc. Ça, ça marche très très bien {sourire}. Pour qu'ils aient pas trop trop peur en revenant la prochaine, la fois suivante quoi. Voilà. Bon alors après les grosses

douleurs, bon le vaccin c'est quand même très fugace, euh ... bon après dès qu'il y a par exemple je sais pas moi, une fracture, ou quelque chose comme ça, c'est pas nous qui gérons cette douleur-là, parce que c'est, c'est, c'est les urgences de l'hôpital. Donc ... ou une grosse plaie ou quelque chose comme ça qui peut faire assez mal, c'est, c'est, c'est pas nous qui gérons euh ... vraiment cette douleur-là. Quand l'enfant arrive pour nous voir après, il est ... euh ... le gros de la douleur est déjà passé en fait. Voilà.

**I :** *D'accord, donc essentiellement vaccins, vous c'est ... vous pensez surtout vaccins.*

**M10 :** *Essentiellement ouais, vaccins.*

**I :** *Sutures vous m'avez dit un petit peu ?*

**M10 :** *Sutures un petit peu, mais on en fait moins. Enfin moi perso j'en fais moins.*

**I :** *D'accord.*

**M10 :** *Euh ... et molluscum.*

**I :** *Et molluscum ouais.*

**M10 :** *Mais bon, ils, ils ont de l'EMLA® pour les molluscum.*

**I :** *D'accord ok.*

**M10 :** *Donc théoriquement on gère avec ça. Moi j'ai jamais enlevé des molluscum sans EMLA®. Euh par contre les vaccins, si on les fait sans EMLA®. Ou quand les parents nous demandent, on, on en donne, mais ... mais euh moi j'en propose pas spontanément.*

**I :** *Pas systématiquement, c'est plutôt à la demande ?*

**M10 :** *Nan. Nan, pas systématiquement parce que c'est vrai que c'est tellement fugace que ... {souple}. Voilà.*

**I :** *Vous avez l'impression qu'il y a un effet quand vous mettez de l'EMLA® pour avoir fait avec et sans EMLA® ?*

**M10 :** *Pas toujours. Pas toujours. Si les parents le mettent pas bien. Euh ... si ils l'ont pas mis suffisamment euh à l'avance, si ils l'ont pas mis au bon endroit, si euh ... donc en fait globalement, alors quand les mamans en demandent, j'en mets pour leur faire plaisir {sourire}, mais c'est vraiment pour leur faire plaisir {rires}, parce que moi j'estime que ... bon il y en a pas tant besoin que ça quoi.*

**I :** *D'accord.*

**M10 :** *Voilà.*

**I :** *Ok, plus le côté avant comme vous m'avez dit, de rassurer, voilà la mise en condition plutôt ...*

**M10 :** *... ouais voilà. De l'enfant.*

**I :** *Ok. Et vous quand vous devez pratiquer un geste potentiellement douloureux, donc on va rester sur vaccins, molluscum, et sutures de façon un peu plus occasionnelle, comment euh ... vous le vivez ? Quel est votre ressenti avant de faire le geste ? Pendant, après ? Est-ce que ... {silence}*

**M10 :** *{Silence} euh ...*

**I :** *... vous avez un état d'esprit particulier, ou un ressenti particulier ?*

**M10 :** *Bah c'est vrai, c'est, c'est vrai qu'on n'aime pas faire crier les enfants hein. Euh ... quand ils hurlent euh, les gens dans la salle d'attente {rires} derrière disent : « Bah qu'est-ce que vous avez fait à ce petit bébé {rires} ? » Voilà, donc c'est pas quelque chose qui, qui nous plait, on n'est pas des bourreaux hein, forcément. Donc, c'est toujours un petit peu ... mais quand l'enfant est rassuré, ça va beaucoup mieux quoi. {Silence}. Voilà, maintenant mon état d'esprit euh ... {souple} bon c'est pas*

spontanément qu'on fait mal à un enfant hein, forcément. Ni même à un adulte d'ailleurs {rires}, c'est pareil hein. Mais malheureusement parfois on n'a pas tellement le choix.

**I :** *Hum hum.*

**M10 :** Ouais.

**I :** *Et est-ce que vous avez l'impression que votre pratique elle a évolué par rapport au début euh ... et maintenant ?*

**M10 :** Au niveau de la douleur ?

**I :** *Au niveau de votre gestion peut-être d'un acte potentiellement douloureux, donc votre façon de, d'encadrer le, le geste, vaccins, sutures ou molluscum. Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a eu une évolution dans votre pratique ?*

**M10 :** {Silence}. Pas vraiment.

**I :** *Pas spécialement.*

**M10 :** Non. Pas vraiment. {Silence}. Pas vraiment parce que ... de rassurer, d'être gentille avec l'enfant, d'être un peu maternelle etc, euh ... bon ça on l'a ou on l'a pas je dirai euh ... peut-être un côté un peu plus féminin que masculin d'ailleurs. Peut-être. Et après euh ... après bon l'EMLA® ça existe quand même depuis très longtemps donc ... non j'ai pas l'impression qu'il y ait eu, qu'il y ait eu une avancée {silence} énorme dans ces trucs-là. Alors à, à l'hôpital si, ils ont quand même pas mal évolué, évolué avec du MEOPA, avec des choses comme ça mais ... nous en, en cabinet pas tellement quoi.

**I :** *En ville, ça a pas bougé euh ...*

**M10 :** ... je, je trouve pas, ou je sais pas à moins que mes confrères fassent autrement, mais euh ...

**I :** ... non non, enfin en tout cas vous, votre pratique elle a pas ...

**M10 :** ... non, non ..

**I :** ... euh ça a pas bougé euh ...

**M10 :** ... non.

**I :** Ok.

**M10 :** Non j'ai pas l'impression que ça ait énormément évolué. {Silence}.

**I :** *Ok. Et on va rebondir un petit peu sur les parents. Dans ce genre de consultation, les parents .... la place des parents vous la voyez comment ? Voilà toujours vaccins, sutures, molluscum, enfin quand vous devez faire un geste un petit peu invasif chez l'enfant.*

**M10 :** Euh ... bah la place des parents elle est quand même importante, de ce que va dire euh ... en général c'est la maman à l'enfant. Bon ça c'est un enfant déjà un peu plus grand, mais ce que ... comment va réagir le, la maman par rapport au, au ... au geste chez l'enfant. Donc soit elle le rassure, soit elle râle un peu dessus, soit elle laisse carrément tout faire et le gosse on passe son temps à lui courir après dans le cabinet, puis arrive un moment on dit : « Bon maintenant vous allez le tenir parce que ça suffit ... » {rires}. Voilà, euh bon ... c'est, c'est, c'est vrai que, selon le, le, la manière dont réagit euh ... le parent qui est là, l'enfant lui réagit, réagit de manière complètement différente. Voilà.

**I :** *Donc le, le, le parent a une influence quand même pas mal sur le ...*

**M10 :** ... ah oui ...

**I :** ... sur le ...

**M10 :** ... ah oui oui. Énorme ...

**I :** ... sur le déroulement finalement ...

**M10** : ... sur le déroulement de la consultation. Tout à fait.

**I** : *Et vous les gérez comment les parents du coup ? Est-ce que vous faites des choses en particulier ?*

**M10** : {Silence}. Bah alors les, les, on essaye de dire aux, aux parents : « Non mais vous savez ça va pas durer longtemps, c'est pas ... il aura plus mal après, ça va aller ... dès que vous aurez euh ... quitté le cabinet il aura plus mal etc ... ». Euh voilà, on essaye de rassurer aussi un petit peu ... pour la douleur. Après il y a des autres douleurs mais que nous on gère pas euh ... tout de suite. Comme je vous disais, c'est par exemple la douleur de fracture.

**I** : *Ouais.*

**M10** : Qui est une douleur beaucoup plus importante. Euh, où nous on peut les voir après, et à ce moment-là on explique aux parents comment est-ce qu'on donne un traitement antalgique, qu'il faut le donner systématiquement toutes les quatre heures pour pas laisser réinstaller la douleur, euh ... pour, pour que, pour que le, le, le, le parent sache bien comment gérer la douleur de son enfant. Mais ça c'est après, pour quand il rentre chez lui quoi. C'est plus ici au cabinet. {Silence}. Voilà.

**I** : *D'accord. Euh ... et vous la vaccination de vos propres enfants, comment vous l'avez vécue ? Est-ce que c'est vous qui les avez vaccinés, un autre médecin ?*

**M10** : C'est moi qui les ai vaccinés.

**I** : *C'est vous, ouais.*

**M10** : C'est même moi qui vaccine pas mal de mes petits-enfants {sourire}.

**I** : *D'accord {sourire}.*

**M10** : Parce qu'A\*\*\*\*\* {rires}, par exemple A\*\*\*\*\* elle voulait pas le faire. Bon chez M\*\*\*\*\* elle l'a fait quand même, parce que les dates {rires}, après, j'étais partie en vacances. Mais souvent elle me dit : « Ah bah non, moi je veux pas le faire, fais-le », donc je le fais. Alors les, les, les enfants, les enfants, les petits, mes petits-enfant que je vaccine euh ... j'aime bien qu'ils viennent ici au cabinet. Parce que c'est complètement différent que quand ils viennent à la maison, où là c'est la grand-mère etc, tandis qu'ici c'est plus le docteur, c'est beaucoup plus protocolaire, ils attendent dans la salle d'attente. D'ailleurs ils sont, ils sont un petit peu intimidés {sourire}. Voilà donc ... mais euh ... je dirais bon ... pareil tout ce côté de, de, de, de rassurer etc, je lui dis : « Bah je te fais un peu mal, mais je te fais un gros bisou derrière », {rires} voilà. Je fais pas des gros bisous à mes petits patients {sourire}, mais je pourrais leur faire si jamais c'était mes petits-enfants {sourire}. Voilà {rires}.

**I** : {Rires}. *D'accord, et puis vous, oui vous les faites venir au cabinet pour que ça ...*

**M10** : ... oui ...

**I** : *... que ça différencie le côté ...*

**M10** : ... exactement, exactement. Plutôt que de le faire le dimanche midi euh ... quand ils viennent déjeuner, en leur disant : « Aaaaargh, reste-là dans le canapé, je vais te piquer », et courir après la seringue. Nan c'est pas, c'est pas du tout le but du jeu quoi. {Rires}. Alors après par contre à la, à la maison par exemple vous, vous me parlez des petits-enfants, ça peut être plus la chute euh ... le, le, la chute de vélo, les choses comme ça, qu'on a, qu'on a à gérer, donc là il y a ... c'est, c'est, oui c'est un petit peu différent ici du ... du cabinet. Mais bon, toujours ce côté rassurer je crois, énormément. Ouais, ouais.

**I** : *Rassurer en premier, en premier lieu ...*

**M** : ... en premier, en premier lieu oui.

**I :** *Vous l'évaluez comment la douleur de l'enfant ? Est-ce que vous ... {silence}. Par quoi passe l'évaluation de la douleur chez l'enfant durant vos consultations ?*

**M10 :** Alors, on, on peut demander chez un grand enfant, sur une échelle de 1 à 10, mais en fait ils savent pas ... tellement répondre. Donc la douleur de l'enfant finalement, finalement on l'évalue pas tant que ça. On la, alors on leur fait, on a des petites réglettes là, où on leur fait montrer avec leur doigt, mais pour eux à mon avis c'est complètement abstrait. Donc euh ... {silence}. {Soupire} C'est, ça, ça m'est déjà arrivé de faire évaluer une douleur en ... en comparaison. Je dis : « Voilà bah tu vois la dernière fois tu t'es, tu t'es brûlé, ben est-ce que c'était pareil, pas pareil ? Est-ce que c'était très important, pas important ? » Enfin voilà des, des choses comme ça pour que l'enfant il puisse avoir un point de comparaison. Mais après chez des petits, deux-trois ans euh ... c'est compliqué pour eux hein de, de ... de nommer une, de, de, de quantifier une douleur quoi. {Silence}. Voilà. Après euh, bah oui on se rend compte que l'enfant a mal euh ... {silence} alors il exprime pas du tout pareil que l'adulte forcément hein, il l'exprime que par des pleurs. Euh ... il va pas tellement l'exprimer par un ... une parole. Euh ... donc euh ... donc c'est là où intervient le, le parent, le, le, le parent quoi. Enfin moi je trouve beaucoup.

**I :** *Et justement vous ... les particularités de la douleur chez l'enfant, vous disiez : « C'est pas pareil que chez un adulte ». Est-ce que pour vous il y a des, des particularités chez l'enfant justement ? La notion de douleur chez l'enfant est-ce qu'il y a des différences avec la douleur chez l'adulte, des ...*

**M10 :** ... alors il y a certainement des différences oui, maintenant euh ... de là à vraiment la quantifier nous on a du mal.

**I :** *Ouais.*

**M10 :** On a du mal à quantifier vraiment si un enfant a très très mal, peu mal euh, alors on se dit : « Bon ça, ça fait très très mal ; ça, ça fait un peu moins mal ». Mais c'est vrai qu'on a du mal nous à ... à, à se dire euh ... à se demander si c'est très très important ou non quoi. Si c'est très très important ou non parce que c'est vrai que les enfants réagissent tous de manière différente. Et puis je pense qu'il y a surtout une peur qui est mêlée très fort euh ... à ce sentiment de douleur, et que du coup on a du mal à faire, à, souvent à faire la part des choses entre la peur, d'où l'explication, rassurer etc, et véritablement la douleur.

**I :** *Ok, donc vraiment une angoisse finalement, enfin voilà chez l'enfant vous voyez qu'il y a surtout une grosse part de ...*

**M10 :** Bon maintenant, un enfant souffre hein, un enfant a mal, un enfant qui a un cancer il a mal, un enfant qui, qui a euh ... voilà des gros, des grosses pathologies comme ça forcément il a très, très très mal, mais ... mais c'est vrai qu'on ... {silence}. Peut-être que finalement euh ... quand on lui a bien expliqué, il supporte mieux la douleur qu'un l'adulte. Peut-être. Je sais pas. Je le verrai peut être un peu comme ça.

**I :** *D'accord, ouais.*

**M10 :** Quand on a bien expliqué à l'enfant euh ... le pourquoi du comment euh, que ce, euh ... je, je pense qu'il va peut-être mieux tolérer une douleur. Voilà. Je sais pas, ou je me fais des idées, je me souviens plus quand moi j'étais enfant mais ... {rires}

**I :** *Le côté un peu euh ... prendre en charge le côté anxiété finalement ...*

**M10 :** ... ouais, je pense ...

**I :** *... en rassurant ça enlève une partie enfin vous avez l'impression...*

**M10** : ... je pense que ça peut enlever une grosse partie de la douleur ouais.

**I** : *Ok. C'est intéressant ouais {sourire}.*

**M10** : {Rires}.

**I** : *Est-ce que vous avez une expérience de ... de, de consultation où vous avez fait un, un geste potentiellement douloureux qui vous aurait marquée ? Voilà comme ça qui vous viendrait à l'esprit. Une consultation un peu marquante sur le sujet, ou pas spécialement ?*

**M10** : Euh ... non pas spécialement.

**I** : *Pas spécialement.*

**M10** : Non. Non. Non pas spécialement. Euh ... j'ai pas souvenir de ... {silence} non. Non. Non. {Silence}.

**I** : *C'est plutôt du, oui comme vous disiez au début, finalement au quotidien dans vos consultations, vous retrouvez pas forcément euh ... la douleur chez l'enfant c'est pas ce qu'il y a de plus ... enfin la douleur provoquée même chez l'enfant, c'est pas ce qu'il y a de plus courant dans vos consultations ?*

**M10** : Non. Bah non. Non. Non ici en médecine de ville euh ... on va rarement réduire une fracture, on fait pas des choses comme ça qui sont terriblement douloureuses. Donc ça c'est pas nous qui le faisons c'est, je, je, je sais pas si vous voyez des médecins hospitaliers, parce que des médecins des urgences, ou des pédiatres des urgences, parce que eux, alors là par contre eux c'est, je pense beaucoup plus leur quotidien quoi. {Silence}. Je pense que c'est plus leur quotidien, leur quotidien de, de, de, de poser une voie veineuse, enfin des, des, des, des choses comme ça quoi. Nous on fait pas ça ici en médecine de ville. Donc finalement, on a moins l'impression d'être invasif à ce niveau-là au niveau des enfants.

**I** : *Au niveau des enfants.*

**M10** : Ouais.

**I** : *Ok. Non bah très bien. Très bien. Je sais pas si vous avez d'autres choses à ajouter sur le ... sur le sujet ? Qui vous viennent à l'esprit.*

**M10** : Hum ... non. Euh ... non. Euh ... pas particulièrement. Pas particulièrement. Je sais pas si j'ai répondu à vos attentes mais ...

**I** : *Bah oui tout à fait. Bah si, si, vous avez répondu {rires} à mes questions. Parfait {sourire}.*

## Annexe 5 : Critères COREQ

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J for Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.

No	Item	Guide questions/description
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
<b>Domain 2: study design</b>		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
<b>Domain 3: analysis and findings</b>		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?



**AUTEUR : Nom : DUBUS**

**Prénom : Hélène**

**Date de soutenance : 8 juillet 2021**

**Titre de la thèse : Prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais**

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + spécialité : DES de Médecine Générale**

**Mots-clés : médecine générale, douleur liée aux interventions, enfant, gestion de la douleur**

**Résumé :**

**Contexte :** La prise en charge de la douleur est devenue un objectif central de l'exercice de la médecine pédiatrique. La douleur procédurale, prévisible par définition, est une entité sur laquelle les professionnels de santé peuvent agir. La médecine générale s'inscrit dans ce cadre. Les consultations de pédiatrie y sont nombreuses, ainsi que la réalisation d'actes potentiellement douloureux. L'objectif de l'étude était d'analyser la prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale.

**Méthode :** Une étude qualitative a été menée sur douze entretiens semi-dirigés de médecins généralistes installés dans le Nord et le Pas-de-Calais. L'échantillon a été recruté en variation maximale. La suffisance des données a été atteinte. Les entretiens ont été analysés de façon thématique après codage ouvert.

**Résultats :** La prise en charge de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale s'articule autour de trois approches : physique, psychologique et pharmacologique. Elle s'organise à travers plusieurs temporalités (avant, pendant et après la réalisation du geste) entre trois acteurs : le médecin généraliste, le couple parents/enfant, et l'acteur pharmacologique. La phase d'anticipation est essentielle. Les stratégies de prise en charge sont nombreuses et les techniques non médicamenteuses prépondérantes. Les pratiques des médecins généralistes sont hétérogènes et influencées par leurs représentations de la douleur et leurs expériences pratiques. Des bénéfices immédiats existent pour tous les acteurs. L'anxiété et la douleur de l'enfant sont diminuées, le vécu de l'acte par les parents est amélioré, le déroulement du geste est facilité. Sur le long terme, la relation de confiance entre le médecin et l'enfant est renforcée, à l'origine d'un meilleur suivi de l'enfant. Les gestes ultérieurs sont facilités et moins anxiogènes. Le temps, le contexte d'urgence, les parents et les difficultés d'accès au MEOPA peuvent être des freins à une prise en charge optimisée.

**Conclusion :** Les stratégies de gestion de la douleur procédurale de l'enfant en médecine générale sont multiples et complémentaires. Elles doivent être anticipées et intégrer les parents et l'enfant. Elles sont à l'origine de divers bénéfices pour tous les acteurs. Éduquer et sensibiliser les parents aux stratégies de prise en charge est essentiel pour l'optimiser.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Dominique TURCK**

**Assesseurs : Madame le Professeur Sylvie NGUYEN THE TICH,**

**Monsieur le Docteur Jan BARAN, Madame le Docteur Justine AVEZ-COUTURIER**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Éric LEGRAND**