



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement

Le 28/11/2024 à Poitiers

Par Mr Flavien LALUCE

Comment la douleur liée à la vaccination des enfants de 0 à 6 ans est-elle prise en charge par les médecins généralistes ?

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Jean XAVIER

Membres : Monsieur le Docteur Mickael MARTIN

Monsieur le Docteur Dorian TOUJOUSE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Clara BLANCHARD-BIARNES



UNIVERSITE de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



LISTES DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023-2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesneur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesneur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesneur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesneur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie

- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesneur pédagogique médecine**
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesneur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesneur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesneur 1^e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesneur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie –

Référente relations internationales

- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie

- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépatogastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
(05.49.45.43.43 - ☎ 05.49.45.43.05)

Remerciements :

À Monsieur le Professeur Jean XAVIER :

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider cette thèse et de juger ce travail. Recevez mes sincères remerciements et soyez assuré de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Mickael MARTIN :

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury et d'accepter de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

À Madame le Docteur Clara BLANCHARD-BIARNES :

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse. Merci pour tes précieux conseils et ta bienveillance durant toute la réalisation de ce travail..

À Monsieur le Docteur Dorian TOUJOUSE :

Merci pour ton amitié sincère et ton soutien indéfectible. Je suis heureux de te savoir dans mon jury de thèse.

À Monsieur le Docteur Bernard TINCRES :

Merci d'avoir fait tout ce chemin à mes côtés, de n'avoir jamais douté de moi et d'avoir apporté ta bonne humeur en tout temps. Je suis heureux que nous soutenions notre thèse ensemble.

À Madame le Docteur Marie HAMONET-DEWEZ, à Madame le Docteur Sylvie GREMILLON, et à Monsieur le Docteur Gabriel HOERTH :

Merci de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.
Merci pour la confiance que vous m'avez accordée et l'assurance que j'en retire aujourd'hui.

À toi Maman pour ton amour inconditionnel et ta lumière qui guide mes pas.

À toi mon époux pour le bonheur que tu m'apportes chaque jour, pour notre complicité, pour le chemin déjà parcouru et celui qui reste à venir...

À mes grands-parents pour leur générosité, leur tempérance et leurs conseils avisés sur la vie.

À vous mes amis : Iñas, Océane, Benjamin et Claire pour tous nos moments de partage et nos éclats de rire.

Liste des abréviations :

- IASP : International Association for the Study of Pain
- NFCS : Neonatal Facial Coding System
- CHEOPS : Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale
- EMLA : Eutectic Mixture of Local Anesthetics
- SUDOC : Système Universitaire de Documentation
- MeSH : Medical Subject Headings
- HAS : Haute Autorité de Santé
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Tables des matières :

Remerciements	5
Listes des abréviations	6
Tables des matières	7
I. Introduction	10
I.1 Vaccination	10
I.2 Douleurs chez l'enfant	10
I.3 Prise en charge	11
II. Méthode	12
II.1 Bibliographie	12
II.2 Méthodologie de l'étude	12
II.2.A. Type d'étude	12
II.2.B. Population	12
a. Sélection des participants	12
b. Recrutement	13
II.2.C. Recueil des données	13
a. Guide d'entretien	13
b. Déroulement des entretiens	14
c. Retranscription des données	14
d. Suffisance des données	15
II.2.D. Analyse qualitative des données	15
a. Analyse indépendante de chaque entretien	15
b. Confrontation des schémas explicatifs	15
II.2.E. Aspect éthique et réglementaire	16
III. Résultats : population de médecins généralistes	17
III.1. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens	17

III.2. Analyse thématique	18
III.2.A. Schéma explicatif	19
III.2.B. Caractéristiques de la douleur	20
III.2.C. Critères de réussites	21
III.2.D. Interaction avec l'enfant	22
III.2.E. Interaction avec les parents	23
III.2.F. Attitude du médecin	25
III.2.G. Vaccination mode d'emploi	26
III.3. Comparaison des résultats entre les deux populations	28
IV. Discussion	31
IV.1 Discussion des résultats et comparaison avec la littérature	31
IV.1.A) Contrôle de la douleur	31
IV.1.B) Attitude et disponibilité du médecin	32
IV.1.C) Caractéristiques de l'enfant	33
IV.1.D) Attitude Parentale	34
IV.1.E) Caractéristiques des Vaccins	34
IV.2 Force	35
IV.3 Limites	36
IV.4 Perspectives	37
V. Conclusion	38
VI. Références bibliographiques	39
VII. Annexes	42
VII.1. Formulaire d'information	42

VII.2. Formulaire de consentement	43
VII.3. Guide d'entretien	44
VII.4. Extrait d'analyse	45
VII.5. Extrait de Verbatim	48
VII.6 Extrait du journal de bord	51
VIII. Résumé	52

I. Introduction

La douleur est définie par l'Association Internationale d'Etude de la Douleur (International Association for the Study of Pain IASP) comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle » [1].

Les soins peuvent être sources de douleurs et notre devoir en tant que professionnel de santé est de les éviter lorsque cela est possible, ou de limiter au maximum en intensité et en durée lorsqu'elles sont inévitables.

I.1. VACCINATION

La vaccination est actuellement l'acte de prévention le plus efficace pour lutter contre certaines maladies infectieuses difficiles à traiter, à l'origine de complications graves ou de séquelles importantes. En France, 11 vaccins sont obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2018.

Selon le calendrier vaccinal simplifié 2024, les enfants devront recevoir 8 à 12 injections durant leurs 6 premières années ce qui en fait un acte très courant [2].

D'où l'importance que cet acte souvent considéré comme bénin se fasse dans les meilleures conditions possibles afin d'obtenir l'adhésion des parents et d'éviter un sentiment de détresse important chez l'enfant qui pourrait par la suite entraîner une phobie des aiguilles ou un évitement des soins [3]

I.2. DOULEURS CHEZ L'ENFANT

La réponse nociceptive est fonctionnelle dès le plus jeune âge, et même si ces voies sont immatures, elles peuvent transmettre une douleur au niveau cortical détectable dès le début du troisième trimestre de grossesse (soit 29 semaines d'aménorrhée).

L'enfant de 0 à 6 mois ne possède toutefois pas les capacités cognitives suffisantes à l'analyse fine de sa douleur et elle est plutôt vécue comme un mal-être général, ou elle est assimilée à de la colère ou de la tristesse.

A partir de 6 mois, on peut retrouver un début de localisation, une verbalisation « aïe », « bobo » ainsi qu'une crainte des situations douloureuses déjà vécues. Son évaluation par le soignant est souvent plus complexe et cela peut conduire à minimiser, ignorer voire nier la souffrance de l'enfant.

Pourtant des échelles d'hétéroévaluation existent et sont recommandées pour la douleur de l'enfant comme la NFCS pour les nouveaux nés, ou encore l'échelle CHEOPS pour les enfants de 0 à 6 ans.

Elles permettent de mieux évaluer les douleurs et donc de les prendre en charge.

I.3. PRISE EN CHARGE

De nombreuses méthodes existent et ont été évaluées comme efficace dans la réduction des douleurs liées à la vaccination. Elles peuvent être utilisées seules ou de manière combinée, en adéquation avec l'âge de l'enfant : l'allaitement au sein [4], l'ingestion d'une solution sucrée [5], le chant d'une berceuse [6], l'utilisation de moyens de distractions, l'application d'un anesthésique local (EMLA) en amont du geste [7], ainsi que l'administration systématique d'antalgiques après le vaccin.

Pourtant en pratique, ces dernières ne sont pas systématiquement utilisées [8], notamment en médecine générale [9], et les raisons derrière cette absence de prise en charge ont peu été documentées.

L'objectif de notre étude était de mettre en lumière la réalité de la pratique vaccinale de routine chez les médecins généralistes, en recueillant leurs perceptions, leurs expériences et leurs pratiques en matière de gestion de la douleur chez l'enfant.

Nous avons également souhaité recueillir l'opinion, les expériences et les attentes des parents concernant la vaccination de leur enfant [10]. Cette double approche, en permettant une analyse conjointe des perspectives des médecins et des parents, vise à mieux comprendre et équilibrer les vécus de chacun face à la vaccination [11].

II. Méthode

II.1. BIBLIOGRAPHIE

La recherche bibliographique a été faite en langue anglaise et française, elle a été effectuée pour nous permettre d'améliorer nos connaissances et d'élaborer la question de recherche, à l'aide des outils de recherche suivants : PubMed, Google Scholar, SUDOC, ainsi que certains sites officiels (ministère de la santé, HAS, OMS...). Les mots-clés MeSH que nous avons utilisés étaient : « Pain, Vaccination, Child, Infant, Preschool Child ».

II.2. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

II.2.A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, réalisées auprès de médecins généralistes des Deux-Sèvres (79) et de Charente-Maritime (17) et de parents d'enfant(s) de 0 à 6 ans ayant été vaccinés par un médecin généraliste habitants dans un de ces départements.

L'approche méthodologique était inspirée de la théorisation ancrée. Le but était de recueillir des récits de pratiques (habitudes professionnelles des médecins généralistes) ou de trajectoires individuelles (expériences vécues par les parents lors de la vaccination) afin de relier par la suite la structure de ces récits à des processus sociaux jusque-là invisibles ou méconnues.

II.2.B. Population

a. Sélection des participants

Pour les médecins généralistes, les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste en exercice, installé ou remplaçant dans les Deux-Sèvres (79) ou la Charente-Maritime (17), au moment du recueil des données. Les principaux critères d'exclusion étaient : médecin à la retraite ou n'exerçant plus actuellement, n'exerçant pas dans les départements suscités, n'ayant pas d'exercice pédiatrique ou n'ayant pas effectué de vaccination d'enfant dans l'année précédente.

La stratégie d'échantillonnage a consisté en un échantillon hétérogène afin de représenter au mieux la complexité de notre population. Nous avons donc recherché des médecins d'âge, de genre, de lieu d'exercice (rural/urbain) et de modalités d'exercice (remplaçant/installé) différents.

Pour les patients, les critères d'inclusion étaient d'être parent d'un ou plusieurs enfants âgés de 0 à 6 ans, ayant été vaccinés par un médecin généraliste dans les

deux dernières années, et vivant dans les Deux-Sèvres (79) ou la Charente-Maritime (17). Les principaux critères d'exclusion étaient : ne pas avoir d'enfants âgés actuellement de 0 à 6 ans, ne pas avoir fait récemment vacciner son enfant (dernière vaccination devant datée de moins de 2 ans), ne pas avoir fait vacciner son enfant par un médecin généraliste (pédiatre, paramédicaux, etc.), ne pas habiter les départements susmentionnés.

La stratégie d'échantillonnage a consisté en un échantillon hétérogène afin de représenter au mieux la complexité de notre population. Nous avons donc recherché des parents d'âge, de genre, de lieux de vie (ruraux/urbains) et de classes sociales (populaire, moyenne, aisée) différents.

b. Recrutement

Pour les médecins généralistes, le recrutement initial des participants s'est effectué par téléphone, par courriel et en face-à-face par l'enquêteur auprès des secrétaires. Il leur était demandé de transmettre aux médecins le formulaire d'information figurant en annexe n°1. Ce formulaire avait pour but de présenter les conditions de réalisation de l'étude et la thématique générale, pour susciter la curiosité des participants.

Après accord des participants, il était convenu d'un rendez-vous en présentiel dans un lieu familier (cabinet, domicile, salle des internes).

II.2.C. Recueil des données

Du côté médical, l'entretien individuel semi-dirigé était le plus adapté au recueil des données dans cette étude.

a. Guide d'entretien

Le guide d'entretien initial a été élaboré après réflexion des thésards et des recherches bibliographiques sur le sujet afin d'apporter une réponse à l'étude.

Il était composé de questions ouvertes afin de maximiser le type de données et la saturation de données.

Le guide d'entretien a été testé au préalable avec une co-interne ayant effectué des remplacements pour la partie médecin.

Il a été utilisé comme une trame, servant de point de repère pour les enquêteurs afin de garantir des entretiens de qualité en s'adaptant à chaque participant.

Pour le côté médecins, il englobait les thématiques suivantes : gestion de la consultation et du matériel, ressources humaines disponibles, adhésion thérapeutique, gestion de la douleur de l'enfant, gestion de l'anxiété du tiers, gestion du temps, les limites et les obstacles.

Le guide est disponible en Annexe 3. Il a été modifié conjointement au fil des interrogatoires. Les questions qui ont été ajoutées apparaîtront en caractère gras.

b. Déroulement des entretiens

Les entretiens réalisés par les deux enquêteurs ont été réalisés en présentiel : le même enquêteur selon le bras de l'étude : médical et patient. Les lieux des entretiens sont consignés dans un tableau en début de partie « résultats ».

Les entretiens se sont tous déroulés suivant le guide d'entretien :

- Présentation brève du sujet
- Rappel du souhait de recueillir le ressenti de leur expérience personnelle sans émettre un jugement
- Information sur l'anonymisation des enregistrements
- Signature du consentement et information de la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude

La première question « brise-glace » consistait à faire appel aux souvenirs du médecin généraliste et du parent au sujet de la dernière situation en rapport avec notre sujet et de l'orienter dans cette direction.

La reformulation et la relance ont été utilisées par les enquêteurs.

Les enquêteurs pouvaient s'aider d'un support écrit comportant le guide d'entretien, mais afin de favoriser la fluidité du discours, il a été mémorisé par les deux enquêteurs.

Afin de ne pas perturber l'échange et éviter une sélection de données, il n'y pas eu de notes écrites prises durant les entretiens.

c. Retranscription des données

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone puis retranscrits intégralement dans un délai de 7 jours, par les enquêteurs, sur le logiciel de traitement de texte Word ou Open office (logiciel de traitement de texte). Les éléments non verbaux ont été notés notamment les silences, les soupirs, les rires.

L'ensemble des entretiens ont permis de constituer le verbatim, véritable support nécessaire à l'analyse des données. Un extrait du verbatim est présenté en annexe 7.

L'anonymisation des données a été respectée en attribuant un numéro de pseudo-anonymisation pour les médecins généralistes et un numéro d'anonymisation complète pour les patients. De plus, nous avons équipé nos dictaphones d'une carte son pour modifier les voix des participants afin qu'elles ne soient pas reconnaissables.

Chaque entretien a été relu par l'enquêteur qui a souhaité s'imprégner des données et s'auto-critiquer afin d'améliorer l'aisance et la qualité des entretiens futurs.

d. Suffisance des données

Comme prévu dans une recherche qualitative, le nombre de participants n'était pas défini en amont.

Dans le cas de notre étude, c'est l'affirmation de la suffisance des données, qui a permis de cesser le recueil des données.

C'est-à-dire que les enquêteurs se sont arrêtés lorsque les entretiens n'ont plus permis de mettre en avant des thèmes supplémentaires. Il a ainsi été considéré que le phénomène étudié était suffisamment décrit et caractérisé par les participants.

II.2.D. Analyse qualitative des données

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du guide « Initiation à la recherche qualitative en santé » [12].

Les enquêteurs ont tenu un journal de bord tout au long de l'étude, véritable outil de réflexivité. Un extrait du journal est disponible en Annexe 6.

L'analyse a débuté le 07/03/2024.

a. Analyse indépendante de chaque entretien

Chaque verbatim a permis une extraction de données brutes pour transformer ces dernières en données de recherches analysables plus pertinentes que l'on nommera des thèmes.

Les thèmes ont ensuite été organisés entre eux pour former des groupes présentant des similarités, un tri a été effectué en fonction de la pertinence des thèmes en lien avec la question de recherche, avec suppression de ceux considérés comme hors sujet.

Un double codage a été effectué pour chaque entretien par les deux enquêteurs l'un après l'autre. Ils ont été assistés de la directrice de thèse permettant une triangulation des données.

Une représentation graphique des thèmes et super-thèmes a été réalisée pour chacune des deux populations. Elles ont été dénommées « schémas explicatifs » et sont disponibles en Annexe 4. Elle révèle les réflexions derrière les prises en charges des médecins et les attentes des patients.

b. Confrontation des schémas explicatifs

Les résultats des deux études ont été confrontés pour mieux mettre en balance les points communs et les différences entre les processus qui sous-tendent la prise en charge proposée par les médecins généralistes et ceux déterminent les attentes des parents.

Cette comparaison est disponible en fin de partie Résultats et a été prise en compte dans la partie « Discussion ».

II.2.E. Aspect éthique de l'étude

Tous les participants ont consenti librement à l'étude, après avoir été informés, par écrit de leurs droits. Le formulaire de consentement a été signé par tous les médecins généralistes et sera présenté en Annexe 2.

La procédure d'anonymisation a consisté à supprimer les noms propres et les données citant des caractéristiques susceptibles de reconnaître les participants (lieux, personnes).

Chaque médecin s'est vu attribuer un code associant deux lettres selon son lieu et son type d'exercice, ainsi qu'un chiffre.

Les enregistrements audios étaient conservés sur l'ordinateur des enquêteurs. Ils ont été détruits dès retranscription effectuée.

III) Résultats : population de médecins généralistes

III.1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE ET DES ENTRETIENS

Douze entretiens ont été menés par l'enquêteur, entre le 6 mars 2024 et le 9 juillet 2024.

Ils ont duré entre 15 et 35 minutes, soit une moyenne de 20 minutes par entretien.

L'enquêteur a initialement envoyé par mail le formulaire d'information dans 8 cabinets de Charente-Maritime et des Deux-Sèvres visant un total de 24 médecins. Seules 3 réponses favorables ont été recueillies. L'enquêteur a donc directement demandé à rentrer en contact avec les médecins par téléphone ou s'est déplacé sur site, ce qui a permis d'obtenir 9 autres réponses favorables. Les remplaçants ont été recrutés dans 3 des cabinets suscités et à l'hôpital à l'occasion de gardes conjointes (remplaçant à exercice mixte)

Les caractéristiques de la population étudiée et des entretiens sont présentées dans le tableau 1.

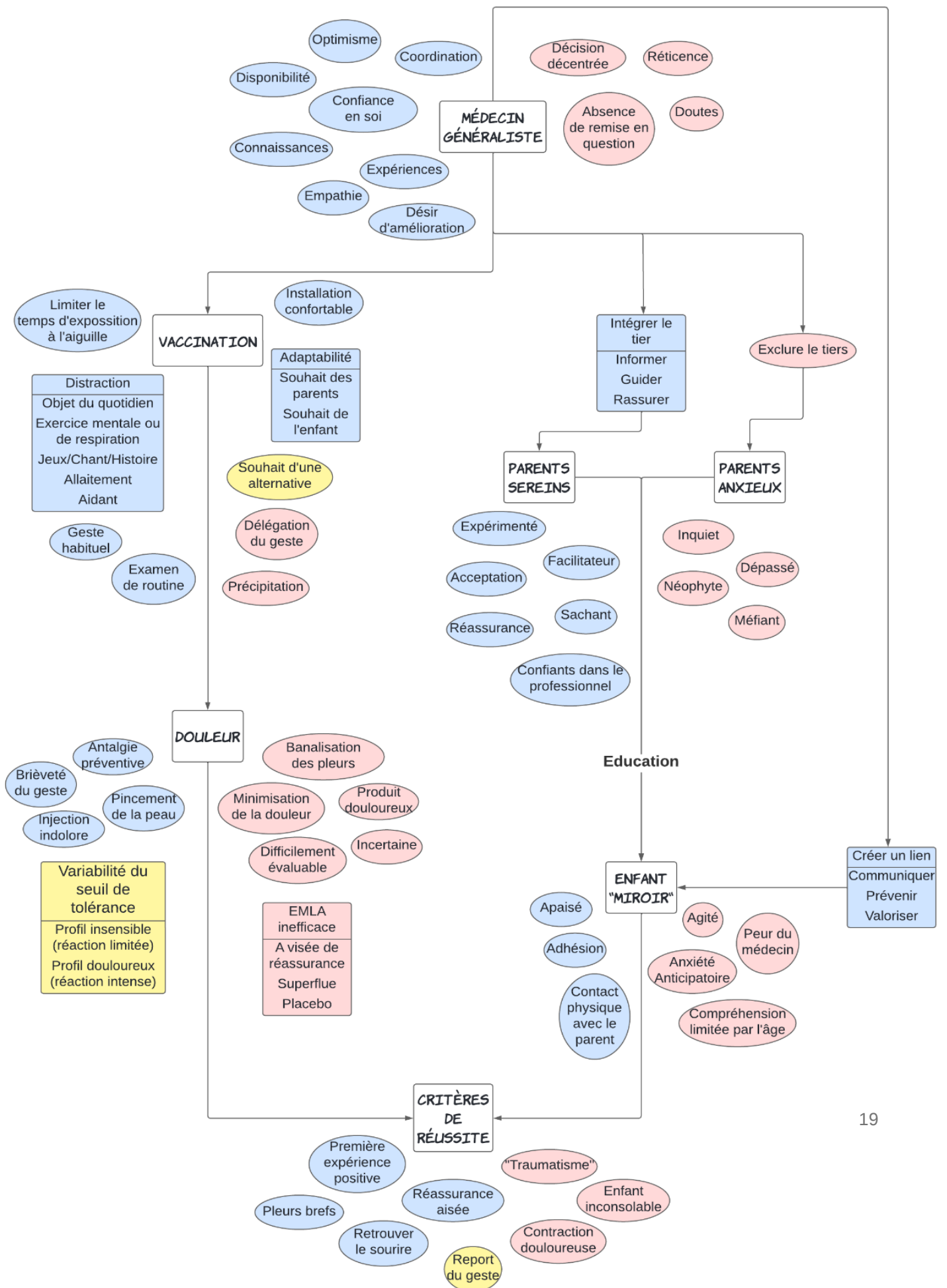
Pseudo anonymisation	Type d'exercice	Lieu d'exercice	Durée Entretien (minutes)	Lieu de l'entretien
ISR1	Installé	Semi-rural	35	Au cabinet, dans le bureau de consultation
IR1	Installé	Rural	25	Au cabinet, dans la salle de repos
IU1	Installé	Urbain	25	Au cabinet, dans le bureau de consultation
RR1	Remplaçant	Rural	25	A l'hôpital, dans la salle de pause des internes
IR2	Installé	Rural	20	Au cabinet, dans la salle de pause
ISR2	Installé	Semi-rural	20	Au cabinet, dans la salle de pause
ISR3	Installé	Semi-rural	15	Au cabinet, sur la terrasse
RSR1	Remplaçant	Semi-rural	15	Au cabinet, sur la terrasse
ISR4	Installé	Semi-rural	15	Au cabinet, dans le bureau de consultation
ISR5	Installé	Semi-rural	20	Au cabinet, dans le bureau de consultation
RU1	Remplaçant	Urbain	15	A son domicile
RSR2	Remplaçant	Semi-rural	15	A son domicile

III.2. ANALYSE THEMATIQUE

L'étude répondait à la question de recherche suivante : Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge la douleur liée à la vaccination chez les enfants de 0 à 6 ans, et quels sont les facteurs influençant leurs pratiques dans ce domaine ?

Plusieurs grands thèmes sont ressortis lors de nos entretiens ce qui nous a permis de constituer le schéma explicatif ci-après. L'énoncé des résultats viendra le compléter et l'illustrer.

III.2.A. Schéma explicatif



III.2.B. Caractéristiques de la douleur

Les médecins évaluent la douleur lors de la vaccination de manière subjective, sans recourir à une échelle d'hétéroévaluation. Ils la considèrent comme minimale (RU1, ISR1, ISR2, ISR3, ISR4, IR1) et le pleur qui s'en suit comme banal (RR1, RSR1, ISR1, ISR3, IR1) :

- IR1 : « Les petits pleurent, mais c'est strictement normal : Tu leur fais mal, il exprime leur mécontentement »
- RSR2 : « Les enfants il ne crie pas mais parfois ils font un bruit genre « Ah ! » mais en fait c'est juste de la peur, parce qu'il y a zéro douleur. »
- ISR1 : « Et puis de toute façon, il ne s'en rappelle pas. L'être humain en rappelle pas de ses 3 premières années... à quelques mois près. ».
- ISR3 : « Il ne doit pas forcément y avoir une douleur, mais plutôt une petite gêne quoi... ou un inconfort... »

La douleur est d'ailleurs vue comme inévitable pour certains des médecins interrogés surtout chez le nourrisson (RSR1, RSR2, ISR4, IR1), avec un sentiment d'impuissance chez l'une des interrogées (IR1) :

- IR1 : « Je dis toujours dit aux parents d'amener de l'eau sucrée ou d'allaiter un peu avant et un peu après ce qui permet à l'enfant de supporter un peu mieux la douleur, mais honnêtement je n'ai pas vu de différence »

Cette douleur est parfois jugée difficilement évaluable (ISR4) ou incertaine (RSR1, RSR2, ISR3, ISR4) :

- RSR1 : « Dès que tu plantes l'aiguille, là oui ça réagit derrière mais c'est plus le fait de l'appréhension que de la douleur en soit »

Les médecins rapportent que l'injection est indolore la plupart du temps (RU1, ISR1, ISR4, IR1, IR2), mais que c'est le produit contenu dans certains vaccins qui est douloureux (ISR2, ISR3, ISR5, IU1) :

- IR1 : « C'est le PREVENAR, et il est douloureux quoiqu'on fasse. »
- ISR3 : « Souvent l'HEXION, il ne pleure même pas. C'est quand il y a le produit du PREVENAR qu'il commence à pleurer. »

D'ailleurs ils jugent que les patchs EMLA sont superflus (IU1, RR1, RU1, ISR2, ISR3, ISR5, IR1, IR2) et ne leur attribuent que des vertus de réassurance (RSR2, ISR1, ISR2) ou de placebo (ISR1, IR1) :

- IU1 : « Je trouve qu'il y a deux effets : la douleur à l'arrachage du patch et la douleur du vaccin qui n'est finalement pas atténuée »
- RR1 : « Après si ça a une importance pour les parents, je les prescris mais moi je ne vois pas de différence... »

- *ISR1 : « Je prescris le patch EMLA plutôt à visée de réassurance puisque qu'en règle générale [...], le patch ne fait pas effet ! »*

Ils notent aussi une variabilité dans le seuil de tolérance à la douleur (ISR1, ISR2, ISR4, ISR5, IR1, IR2, IU1) avec des profils d'individus « insensibles » avec des réactions limitées et des profils « douloureux » avec des réactions intenses.

- *IR2 : « Et puis après c'est là qu'on voit un peu la différence de sensibilité à la pique des individus, parce qu'il y en a qui ont très peu de réaction et puis ceux-là ce sera toujours comme ça, et d'autres qui sont hyper sensible, et ce sera toujours comme ça aussi. »*
- *ISR1 : « On a des individus qui ont un seuil douloureux élevé, et donc ce cas-là ça ne les perturbe pas absolument pas la vaccination. On a des individus qui ont des seuils douloureux bas et lorsqu'on voit que la première vaccination s'est mal passée, on prend des précautions pour celle d'après »*

Pour la diminuer les médecins comptent avant tout sur la brièveté du geste (RU1, ISR2, ISR3), sur le fait de pincer la peau (RU1) ou parfois sur l'antalgie préventive (ISR2, IR2, IU1).

- *ISR2 : « Je conseille toujours au patient de donner une dose-poids de Doliprane une demi-heure à 1 heure avant le vaccin pour abaisser le seuil douloureux. »*
- *ISR3 : « « Moi j'aime bien que ça dure le moins de temps possible, je ne rends pas la chose anxiogène »*

Pour mieux comprendre la prise en charge de la douleur par les médecins généralistes, il faut aussi illustrer l'idéal vers lequel ils tendent.

III.2.C. Critères de réussites

Pour les médecins généralistes, la vaccination est réussite lorsque le pleur est bref (RU1, RR1, RSR2, ISR4, IU1), la réassurance aisée (ISR2, ISR5) et que l'enfant a retrouvé le sourire en fin de consultation (ISR2) :

- *ISR2 : « De nouveau il me sourit, [...] et l'expérience douloureuse était limitée à quelques minutes. »*
- *ISR4 : « Un enfant qui ne va pleurer que le temps du vaccin, et puis qui est rapidement consolable derrière... »*

Au contraire, une vaccination est ratée lorsque l'enfant se contracte lors de la pique (ISR5, IR2) ou lorsqu'il est inconsolable (ISR1, ISR5).

- *ISR5 : « Après on voit la différence, on a des bébés qui hurlent mais la maman le prend à peine dans les bras et hop c'est fini. Et puis y'en a d'autres qui vont*

hurler moins mais ça va durer, la maman aura beau le prendre dans les bras, il ne va pas se calmer. »

Un des points importants est la recherche d'une première expérience positive (RR1, IR1), afin de ne pas traumatiser l'enfant (IR1) et d'éviter l'anxiété anticipatoire par la suite.

- *IR1 : " L'accueil dépend de si c'est le premier vaccin, le premier enfant [...], si c'est le cas (1^{er} enfant/1^{er} vaccin), la consultation sera un petit peu différente. »*

Cela peut parfois mener à un report du geste lorsque l'enfant est trop agité/anxieux (ISR5)

- *ISR5 : « Quand tu as un gamin qui est complètement tétanisé, ben ça m'est arrivé de dire ben non je ne fais pas le vaccin, je le mets à la poubelle et le faire revenir une autre fois. »*

La réassurance de l'enfant est donc au centre de la vaccination et les interactions avec ce dernier sont par conséquent une partie importante de la prise en charge.

III.2.D. Interaction avec l'enfant

Les médecins généralistes trouvent que le meilleur moyen de réduire la douleur lors de la vaccination est de créer un lien avec l'enfant par la communication verbale ou non verbale (RU1, RSR2, ISR1, ISR4, ISR5, IU1), en le prévenant de ce qu'il va se passer (ISR4, ISR5, IR2, IU1) et en le valorisant à chaque étape (RSR1, ISR3, IR2, IU1) :

- *IR2 : « Je leur dis d'entrée de jeu, que je ne leur cache rien, je leur explique tout, je leur dis à chaque fois tout ce que je fais, il n'y pas de surprise et de mauvaise surprise ».*
- *ISR1 : « Je leur dis « je vois que tu as mal », je leur dis « qu'ils sont courageux », « que ça va probablement vite passer », « qu'on va faire un gros câlin », etc. ».*
- *ISR4 : « Moi j'aime bien jouer un petit peu avec eux, interagir avec eux ».*

Mais la création de ce lien peut être complexe lorsque la compréhension est limitée par l'âge (RSR1, ISR1, ISR5, IR2).

- *RSR1 : « Tu ne fais pas de préparation particulière. De toute façon, ils ne comprennent pas à deux mois... »*
- *ISR5 : « Après personnellement je ne vois pas trop ce que je peux faire de plus. Sur un bébé de moins de 6 mois je ne pense pas que les moyens de distraire soit efficace. »*

Ainsi ils trouvent qu'il est beaucoup plus simple et moins douloureux de vacciner un enfant apaisé (ISR4, IR2, IR1), dont on a obtenu l'adhésion quand c'est possible (IR2) et qui est en contact physique direct avec le parent (RU1, RR1, RSR2, ISR1, ISR2, IR2, IU1), surtout quand ce dernier est rassuré :

- *IR2 : « On essaye de les relaxer par le langage non verbal : le fait que les parents les bercent, les tenir contre eux, ça permet de les détendre ».*
- *RR1 : « Je le fais dans les bras des parents comme ça ils peuvent m'aider un peu, ça fait à la fois une contention et un câlin »*
- *ISR2 : « J'essaye à partir des 3 mois, dès qu'ils sont en âge de tenir leur tête, de vacciner dans les bras des parents, une jambe de chaque côté pour qu'il y ait un « vaccin câlin ». »*
- *ISR4 : « On voit que les bébés qui sont faciles, heureux, souriants, pour eux en général ce n'est pas compliqué. »*

Au contraire, les vaccinations seront plus douloureuses lorsque l'enfant est agité (ISR2) ou qu'une anxiété anticipatoire est présente (RSR1, RSR2, ISR1, ISR2, ISR3, ISR4, IU1) :

- *IU1 : « À un moment donné vers le 3^{ème} vaccin, ils nous repèrent et ça ne leur plaît pas trop. »*
- *IU1 : « J'avais des enfants qui pleuraient dès qu'on s'approchait ou dès qu'on leur touchait la cuisse »*
- *ISR1 : « Parfois on identifie que ça commence mal : le gamin est méfiant, il n'a pas envie, il refuse, on sait que ça va mal se passer »*
- *ISR4 : « Ce sont souvent les bébés qui ne sont globalement pas confortables où ça être plus difficile. »*

Un des participants a aussi mentionné qu'une « peur du médecin » pouvait être présente dans des milieux défavorisés (RU1).

Les médecins font le lien entre l'attitude de l'enfant et celle du parent en disant qu'elles sont souvent le miroir l'une de l'autre (RR1, RSR2, ISR1, ISR2, IR1, IU1) :

- *IU1 : « Quand j'ai des parents apaisés alors le bébé est apaisé. »*
- *RR1 : « Si les parents sont stressés pour les vaccins, les enfants sont plus stressés pour les vaccins, et du coup ils vont plus pleurer ».*

III.2.E. Interaction avec les parents

Puisqu'ils considèrent que l'attitude de l'enfant sera le reflet de celle des parents, les médecins insistent sur l'importance d'intégrer le tiers en l'informant (IR1, IR2), en le guidant (RR1, RSR1, RSR2, ISR1, ISR2, IU1), et en le rassurant (RU1, RR1, IR1) et surtout de ne pas l'exclure (ISR2, IU1).

- IU1 : « Moi je travaille surtout sur la relation parents-enfants en me disant que si les parents sont convaincus que c'est une bonne chose, le bébé est apaisé de moitié quelque part. C'est plus avec les parents qu'on va avoir un rôle à jouer »
- IR1 : « Cependant, j'en parle avec les parents, je leur demande comment eux le vivent, ce qu'ils en pensent et je les rassure ... sur le fait que c'est normal qu'on se fasse « engueuler ». »
- ISR2 : « Le fait d'être acteur du soin, ça leur permet en général d'être plus cool, plus participatif, et du coup de plus vite rassurer parce qu'ils jouent un rôle dans la réassurance. »

Ils distinguent deux types de parents : les anxieux et les sereins (RSR2, IR1) avec une influence sur le comportement de leurs enfants « en miroir » (RR1, RSR2, ISR1, ISR2, IR1, IU1).

- IU1 : J'ai plusieurs types de mamans : les mamans stressées qui doivent venir avec le papa, et les mamans détendues avec qui en règle générale ça se passe bien »
- RR1 : « Les parents qui sont le moins détendu ou qui n'arrivent pas à se détendre, n'arrivent pas à aider leurs enfants à se détendre ».
- RSR1 : « Quand les parents sont vraiment présents, et qu'ils ont un lien fort avec les enfants, tu le vois direct c'est beaucoup moins douloureux. ».
- ISR3 : « Ce sont déjà les parents qui arrivent anxieux, ça se passe moins bien que les parents qui arrive décidés et qui parle de la vaccination à leur enfant assez simplement. »

On distingue plusieurs caractéristiques chez les parents sereins : Ils sont expérimentés (RSR1, ISR1, IU1), sachants (RR1, IR1), facilitateurs (ISR1, IU1), dans l'acceptation (RSR1, ISR2), réassurants avec leur enfant (RSR1, ISR4) et ont confiance dans le professionnel de santé (ISR5) :

- IR1 : « Les autres qui la plupart du temps, ont déjà été vacciné eux-mêmes et qui donc ne sont pas plus inquiet que ça. »
- RSR2 : « Il y a des parents, ça ne leur fait ni chaud ni froid et tu vois que les gosses, ils ne sont pas du tout stressés. »

Chez les parents anxieux en revanche, on retrouve des inquiétudes (ISR3), de l'inexpérience (RR1, ISR1, ISR5, IU1), voire de la méfiance (ISR3). Ils peuvent aussi être dépassé par la situation (RSR1).

- RSR1 : « La maman qui était seule à eu du mal à gérer ».
- RSR2 : « Les parents qui sont trop : « oh mon pauvre chéri ! » ; l'enfant se dit : « bah s'il me réconforte c'est qu'il y a quelque chose qui ne va pas » donc il faut forcément qu'il réagisse ».

Pour les généralistes le rôle du parent est l'éducation c'est-à-dire lui permettre de développer une bonne attitude en l'informant quand c'est possible et d'être capable de le rassurer (RU1, RSR1, ISR3, ISR5, IU1).

- *IR1 : « Ils sont souvent préparés par les parents. Ils sont au courant et ça se passe bien »*
- *RSR1 : « Après c'est plus les petits, ça dépend de comment ils sont préparés à la maison »*

La réassurance des parents repose sur les compétences et l'attitude du médecin.

III.2.F. Attitude du médecin

L'attitude du médecin et sa capacité de réassurance sont vues comme essentielles pour ce geste. Ils considèrent donc que la connaissance et l'expérience sont un net avantage (RU1, ISR2, IU1) :

- *ISR1 : « Il faut « être rassuré pour être rassurant » ».*
- *RU1 : « Je pense que je suis à jour des recommandations. Je programme les prochains vaccins, je fais l'examen psychomoteurs de l'enfant, les courbes (poids, tailles, périmètre crânien), je regarde qu'il n'y ait pas de cassure, etc. et c'est tranquille. »*

Ils voient aussi la disponibilité et le temps comme une condition nécessaire pour totalement rassurer parents et enfant (RR1, ISR1)

- *ISR1 : « On a besoin que les soignants soient détendus surtout pour s'occuper des problèmes de drôle... »*

L'empathie est donc de mise (ISR1, IR1) :

- *IR1 : « On va partir sur les « peurs des parents », car tant qu'on ne les a pas identifiés, on ne peut pas les rassurer ».*

Les praticiens restent dans un désir d'amélioration de leur prise en charge de la douleur (RR1, ISR1, IR1).

Une bonne coordination avec les autres acteurs de santé est aussi un atout (ISR3).

- *ISR3 : « Ce qui est bien c'est qu'à Blaye toutes les ordonnances sont déjà faites. Il y a tous les vaccins jusqu'à leur 6 ans. »*

On note un optimisme général par rapport au geste (RR1, RSR2, ISR2, ISR4, IR2, IU1), ainsi que de la confiance en soi (RU1) :

- *ISR2 : « En général, ça se passe toujours très bien depuis plusieurs années que je pratique ce genre de technique vaccinale ».*
- *ISR4 : « « Moi ça se passe globalement bien les vaccinations ».*

Mais aussi une absence de remise en question (IU1, RU1, ISR3), et des réticences (ISR4, IR1) :

- *IU1 : « Je n'utilise pas d'échelle de douleurs pour les bébés car je n'en connais pas, je fais en fonction de ce que je vois »*
- *ISR4 : « C'est quelque chose que je n'aime pas : la vaccination. Je n'aime pas leur faire mal. C'est un très mauvais moyen de rentrer dans une relation avec un patient qu'on va suivre pendant longtemps. »*

Ces réticences s'accompagnent d'un souhait d'autres alternatives (ISR4), de mécanisme d'évitement en déléguant cette tâche (ISR1), ou de rationalisation avec un vécu de décision décentrée (IU1) :

- *IU1 : « Ce sont des vaccins obligatoires qui sont pour la santé à venir de l'enfant. De toute façon c'est une vaccination que je dois faire que ça lui plaise ou non »*
- *ISR1 : « Refiler le bébé au SASPAS [...]. Ça leur permet de gagner en expérience et moi ça m'évite de faire pleurer les chiards. »*

La présence de doutes peut parasiter la consultation (ISR1, RR1, ISR5, IR1, IU1).

- *ISR1 : « Mais en étant jeune remplaçant, pas trop sûr, [...] ça met tout le monde en stress et c'est tout de suite moins cool. »*

Bien que l'attitude du médecin soit importante pour rassurer parents et enfant, la manière de vacciner est aussi essentielle pour diminuer les douleurs.

III.2.G. Vaccination Mode D'emploi

Les médecins remarquent que celle-ci est d'autant plus aisée qu'elle est habituelle (RU1, ISR3, ISR4, IR1)

- *IR1 : « Plus il y a de vaccins, moins il y a d'inquiétudes ! »*
- *ISR1 : « Quand on est dans un schéma habituel ça met tout le monde en confiance. »*

Les médecins interrogés pratiquent souvent un examen de routine et ne vaccinent qu'en fin de consultation (IR2, ISR5). Mais ils disent aussi qu'ils doivent parfois se précipiter pour vacciner immédiatement afin d'éviter l'anxiété anticipatoire de l'enfant (RU1, ISR2, ISR3) :

- *IR2 : « C'est sûr que ça prend un peu de temps : on ne saute pas sur les gens avec l'aiguille, mais ça vaut le coup je trouve de vraiment préparer le terrain, que ce soit pour les adultes ou les enfants ».*
- *ISR2 : « Plus le temps est court avant l'injection, moins on laisse monter la mayonnaise, et plus c'est facile. »*

Dans cet optique, ils limitent aussi le temps d'exposition à la vue de l'aiguille (RSR1, IR2).

- *IR2 : « Et de ne pas regarder l'aiguille parce c'est normal, c'est un bout de métal qui va rentrer dans la peau donc c'est normal que tout le monde ait peur y compris les adultes ».*
- *ISR4 : « J'aime bien ne pas montrer l'aiguille. »*

Ils notent aussi que tout le monde (parent, enfant et médecin) doit être bien installé (RR1, ISR4, ISR5) :

- *ISR5 : « Je me dis que déjà pour éviter la douleur, il faut que le bébé soit bien installé, que le parent soit à l'aise pour le tenir et surtout que moi je sois à l'aise pour le piquer »*

Pour mieux rassurer, ils disent aussi s'adapter aux souhaits des parents (RR1, ISR1, ISR3, IU1) et de l'enfant (ISR1, ISR2, IR2, IU1) lorsqu'il est en mesure de s'exprimer :

- *IU1 : « S'ils souhaitent mettre des patchs [...], on met des patchs »*
- *IR2 : « Et puis je leur donne le choix de la position, soit il reste sur leur chaise, soit sur les genoux de leurs parents, soit il s'allonge »*

Pour diminuer la douleur, ils utilisent principalement la distraction (RU1, RSR1, RSR2, ISR1, ISR2, ISR4, ISR5, IR1, IR2, IU1) sous plusieurs formes : par un objet familier, par le jeu, par le chant, par les parents, par un exercice mental, par des exercices de respiration, par des marques d'affections. On note aussi parfois l'utilisation de l'allaitement pour les femmes qui le souhaitent (RR1) :

- *RSR2 : « Et dès que je vois que ça ne va pas, j'ai l'habitude de chanter. »*

III.3. COMPARAISON DES RESULTATS ENTRE LES DEUX POPULATIONS

Le tableau ci-après permet de comparer les deux populations selon les différents grands thèmes. Les paragraphes suivants explicites les ressemblances et différences constatées.

	Médecins (Prise en Charge)	Parents (attentes)
Douleurs (1)	Absence de réponse	Réassurance
Douleurs (2)	Minimisation	Légitimation
Vaccination	S'adapter aux parents	Adaptabilité
Intégrer le tier (1)	Informer	Information préalable
Intégrer le tier (2)	Guider	Consigne lors du geste
Intégrer le tier (3)	Rassurer	Mise en confiance
Enfant (1)	Apaiser	Apaiser
Enfant (2)	Contact physique	Contact physique
Enfant (3)	Adhésion	Adhésion
Créer un lien (1)	Communiquer	Explications adaptées
Créer un lien (2)	Prévenir	Paroles rassurantes
Créer un lien (3)	Valoriser	Interactions avec le médecin
Enfants agités (1)	Douloureux	Stressé
Enfants agités (2)	Incertitude	Incertitude
Vaccination (1)	Installation confortable	Installation confortable
Vaccination (2)	Brièveté du geste	Brièveté du geste
Vaccination (3)	Distraktion (Histoire, Chant, Objet)	Distraktion (Idem + Ecrans)
Vaccination (4)	Adaptabilité	Adaptabilité
EMLA (1)	Superflues	Rassurant
EMLA (2)	Inefficace	Inefficace
EMLA (3)	Placebo	Utile
EMLA (4)	Injection indolore Produit douloureux	Injection indolore Produit douloureux
Variabilité	Profil douloureux Profil insensible	Pas de réelle différence
Critères de réussite (1)	Première expérience positive	Première expérience positive
Critères de réussite (2)	Eviter le traumatisme	Eviter le traumatisme
Critères d'échec (1)	Réaction importante	Réaction importante
Critères d'échec (2)	Enfant inconsolable	Enfant inconsolable

Lors de la vaccination des enfants de 0 à 6 ans, lorsque l'on compare les attentes des parents à la prise en charge de la douleur par les médecins, on remarque plusieurs points :

Les parents reprochent aux médecins un manque de considération pour la douleur de leur enfant et une absence de réponse face à celle-ci. Ils n'exigent pas d'anti-douleurs mais souhaiteraient plus de réassurance avant, pendant et après le geste.

Parents et médecins se rejoignent sur la nécessité d'être empathique, mais lorsque les médecins ont plutôt tendance à minimiser les douleurs de l'enfant, les parents souhaiteraient plutôt qu'elle soit légitimée.

Les médecins disent que prendre en charge la douleur de l'enfant c'est avant tout intégrer le tiers en l'informant, en le guidant et en le rassurant pour que les parents soient sereins et que l'enfant le soit aussi par effet « miroir ». Or les principaux griefs des parents sont le manque d'information au préalable, la mise à l'écart lors de la consultation, et la présence d'une appréhension persistante avant le geste. Les parents souhaiteraient un temps d'échange préalable, des consignes pour pouvoir participer au geste et une mise en confiance par le médecin qui vaccine leur enfant.

Les médecins et les parents trouvent que l'apaisement de l'enfant, le contact physique avec le parent et l'obtention de l'adhésion de l'enfant sont des facteurs qui peuvent diminuer les douleurs.

Dans cette optique, les médecins disent essayer de créer un lien avec l'enfant en communiquant, en le prévenant à chaque étape et en le valorisant. On retrouve ces notions dans les attentes des parents avec l'utilisation d'une communication apaisante, la nécessité d'interactions entre le médecin et l'enfant (choix du pansement, questions sur son quotidien), et la présence d'explications adaptées à l'âge.

Les médecins identifient les enfants agités ou qui présentent de l'anxiété anticipatoire comme plus plaintif et potentiellement plus douloureux, mais les parents ont dit avoir des doutes sur la cause de ces pleurs et pensent qu'elles peuvent être plus dû à un stress qu'à une douleur. On retrouve là une incertitude quant à la réalité de la douleur de l'enfant, qui était présente chez certains médecins.

Sur la vaccination en elle-même, l'avis des médecins et des parents convergent sur la nécessité d'une installation confortable et d'un geste le plus bref possible. Ils apprécient la distraction pour diminuer la douleur et ont mentionné les mêmes moyens (histoire, jouet, objet habituel), mais les parents auraient souhaité l'utilisation d'écran pour « hypnotiser » leur enfant.

Certains médecins ont dit s'adapter aux souhaits des parents, alors que plusieurs parents regrettent le manque d'adaptabilité de leur médecin « qui fait à sa manière sans les consulter ».

Si tous les médecins répondants ont émis des doutes sur l'efficacité de l'EMLA et ont dit le prescrire uniquement à visée de réassurance, les parents étaient divisés sur la question. Certains parents le pensent efficace, d'autres non nécessaires et

d'autres encore sont conscients que le médecin a pu le prescrire pour les rassurer mais préfèrent l'avoir.

Ceux qui ont jugées les patchs inefficaces (parents et médecins), nous ont décrit que la douleur n'était pas vraiment liée à l'injection mais plutôt au produit contenu dans le vaccin et qu'il n'y avait donc aucun bénéfice à anesthésier le revêtement cutané.

Les médecins ont soutenu l'idée qu'il pouvait exister des profils d'enfant plus ou moins douloureux avec des seuils de tolérance différents à la douleur. Cette notion n'a été retrouvé que chez un seul parent ayant plusieurs enfants, les autres n'ayant pas noté de différences.

Médecins comme parents partageaient certains critères de réussite comme une première expérience positive et l'évitement de tout traumatisme, ainsi que des critères d'échec comme une réaction importante et un enfant inconsolable en fin de consultation.

IV) Discussion

IV.1. DISCUSSION DES RÉSULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

La comparaison du vécu des deux populations permet de constater de nombreuses concordances entre les attentes des parents et les prises en charge proposées par les médecins généralistes : une attitude empathique, la création d'un lien avec l'enfant, l'intégration du tiers à la consultation, et une vaccination brève après une installation confortable.

On note toutefois certaines discordances notamment entre le souhait des parents d'une légitimation de la douleur de leur enfant et le peu de moyens effectivement mis en œuvre par les médecins généralistes pour la contrôler.

IV.1.A Contrôle de la douleur

Des stratégies multifactorielles incluant des moyens de contrôle de la douleur, une éducation de l'enfant et un accompagnement des parents ont démontré leur aptitude à réduire significativement les douleurs lors de la vaccination [13].

Ces moyens de contrôle efficaces sont nombreux et diverses : la distraction en soufflant [14-15-16], l'allaitement [17-18], l'application de froid et de vibration [19-20], les solutions sucrées [21-22], les berceuses par la mère [23] ou même plus récemment l'utilisation de casques de réalité virtuelles [24].

Toutefois une étude de 2010 [9] retrouvait que seul 11% des médecins prescrivait un moyen de contrôle de la douleur et/ou de l'anxiété, alors qu'ils les évaluaient à 5.7 sur une échelle visuelle analogique de 0 à 10 lors de l'injection.

Des habitudes de prescription similaires étaient présentes chez les infirmières [25] dans une étude de 2023, avec une utilisation quasi-exclusive de la distraction pour diminuer les douleurs, sans autre moyen de la gestion de la douleur. Cette absence de prise en charge était justifiée par le manque de connaissances, le manque de moyens et le manque de temps.

Les médecins interrogés dans notre étude utilisaient eux aussi préférentiellement la distraction. Les autres moyens étaient plus rares. Les freins les plus sérieux à leur utilisation étaient : la minimisation de la douleur, l'assimilation pour tout ou partie de celle-ci à de l'anxiété anticipatoire et le bon déroulement habituel la plupart du temps avec la distraction seule.

Un projet de 2024 sur l'amélioration de la qualité du contrôle de la douleur lors de la vaccination des enfants pour lutter contre le COVID-19 [26], a montré que les soignants qui ont utilisé des méthodes de contrôle de la douleur pendant l'étude les

ont finalement adoptés dans leur pratique et sont devenus des « agents du changement ».

L'utilisation systématique de moyens de contrôle adaptés à l'âge passe donc par la modification progressive des habitudes de prescription. Dans le système de santé français, cela pourrait passer par la formation initiale des internes et des étudiants infirmières à l'utilisation de ces méthodes afin qu'ils puissent les adopter dès le début de leurs carrières et les transmettre par la suite.

IV.1.B Attitude et disponibilité du médecin

Une étude de 2015 [27] est en accord avec l'avis des médecins généralistes interrogés selon lequel la disponibilité est un moyen efficace de réduire la douleur.

On parle ici de disponibilité « émotionnelle » (caractérisée dans l'étude par le réconfort physique et/ou le fait de bercer l'enfant) qui était significativement corrélée à des scores de douleur plus bas.

Toutefois la plupart des médecins généralistes nous ont plutôt parlé de disponibilité « temporelle », dans le sens où « une bonne vaccination prend du temps », même si peu d'entre eux ont mentionné qu'ils prévoyaient des consultations longues pour ce geste.

Dès lors, il n'est pas difficile de supposer un lien entre la disponibilité émotionnelle et temporelle. En effet, ce geste n'est valorisé par aucune cotation particulière dans la nomenclature actuelle ce qui n'incite probablement pas les médecins à rajouter du temps supplémentaire à leur consultation pour réconforter ou rassurer l'enfant.

De plus, une autre étude de 2018 [28], montrent que les comportements défensifs de l'enfant pour faire face à la vaccination, avant la pique (verbalisation, évitement, humour, inspiration profonde) et après la pique (FLACC : Face, Legs activity, Cry, Consolability), étaient fortement corrélés à l'attitude du soignant. On pouvait ainsi prédire le comportement de l'enfant à court et long terme lors de futures vaccinations en fonction de l'attitude du soignant à celle des 12 mois.

Cette importance de l'attitude du soignant se retrouve dans le discours des médecins et des parents interrogés, qui insistent sur les avantages de l'expériences (avoir beaucoup pratiqué ce geste), de la confiance en soi et de la capacité d'empathie. Ces qualités essentielles de soignant ne sont toutefois pas évaluées lors de la formation des étudiants en médecine de premier et deuxièmes cycles, ou seulement de manière indirecte.

IV.1.C Caractéristiques de l'enfant

Les médecins interrogés ont identifié plusieurs populations d'enfants avec des seuils de tolérance différents : très sensible, tolérance moyenne ou insensible. Les études ne soutiennent pas cette idée, mais identifient plusieurs trajectoires de régulation de la détresse liée à la douleur lors de la vaccination avec 75% d'enfants qui arrive à réguler leurs émotions en moins de 2 minutes, et 25% qui n'y arrivent pas (*high distress trajectory*) [29].

Les facteurs qui pouvaient prédire l'appartenance à cette trajectoire d'anxiété importante étaient un état d'agitation important de l'enfant avant la vaccination, l'abondance de réassurance de l'enfant après la pique par le soignant durant la première minute, moins de discours rassurant pour aider l'enfant à faire face à la douleur lors de la 2^{ème} minute (*coping promoting verbalisation*), et plus de discours anxiogène durant la 2^{ème} minute (*distress promoting verbalisation*).

L'importance est donc d'éviter cette trajectoire en s'assurant que les médecins adoptent des stratégies qui facilitent la gestion de l'anxiété lié à la vaccination par l'enfant. C'est le propos d'une étude de 2022 qui a prouvé que l'utilisation du programme CARD : Confort, Ask, Relax, Distract, permet une réduction des douleurs et laisse un souvenir plus positif aux enfants et aux parents [30].

Dans le cas où l'enfant aurait déjà emprunté cette trajectoire de régulation des émotions, une autre étude de 2001 montre qu'ils existent des facteurs prédictifs qui permettent d'identifier les enfants sujets à de l'anxiété anticipatoire et à du stress pendant le geste. Ils suggèrent qu'ils pourraient bénéficier d'intervention préventive spécifique [31].

Notre étude retrouve des informations concordantes dans le discours des médecins et des parents :

- L'agitation de l'enfant et l'anxiété anticipatoire sont vu comme des éléments qui majorent les douleurs.
- Avoir une première expérience positive et éviter tout traumatisme sont des critères de réussite.
- La création d'un lien avec l'enfant permet de diminuer les douleurs.

Mais les médecins ont mentionné des profils de tolérance à la douleur et pas des trajectoires de régulations des émotions.

On peut donc supposer que les médecins sont capables de repérer les enfants empruntant cette trajectoire d'anxiété importante dans leur patientèle, mais qu'ils l'ont assimilé à une sensibilité exacerbée à la douleur ou que les interrogés ont été influencés par la formulation de la question du guide d'entretien.

IV.1.D) Attitude Parentale

Les médecins ont fait un lien entre l'anxiété des parents et celle de l'enfant avec un comportement en miroir. Cette notion se retrouve dans une étude de 2016 [32], qui conclut que le comportement des parents est le facteur le plus influent sur la présence ou non d'une anxiété anticipatoire, et qu'intégrer le tiers est un « facteur critique » dans la bonne gestion des douleurs liées à l'anxiété anticipatoire.

Notre étude permet d'en savoir plus sur les différentes caractéristiques que les médecins retrouvent chez les parents sereins (expérimentés, sachants, confiants, etc.) et les parents anxieux (néophytes, méfiants, dépassés). Elle a aussi complexifié cette notion d'intégration du tiers en lui donnant plusieurs parties : rassurer, guider, et l'informer.

Une étude de 2015 [33] vient appuyer notre schéma car elle retrouve que la présence du parent, une information préalable avant le jour de la vaccination et une nouvelle information le jour du geste, permettent de diminuer la peur et la douleur lors de la vaccination.

Avec quelques questions, au premier mois de vie de l'enfant par exemple, on pourrait donc mieux repérer ces parents anxieux ou qui hésitent à faire vacciner leurs enfants [34] et leur proposer en priorité une consultation d'information préalable avant la vaccination du 2^{ème} mois.

IV.1.E) Caractéristiques des vaccins

Une étude de 2017 prouve que la douleur ressentie par les enfants peut varier avec des vaccins pourtant similaires : Le Priorix est ainsi moins douloureux que le MMR II [35]. Mais on ne retrouve pas d'étude qui évaluerait la douleur ressentie en fonction du vaccin administré.

Comme ont pu le remarquer les médecins et les parents interrogés : une autre étude de 2016 [36] montre que la brièveté du geste est efficace pour réduire la douleur lors de la vaccination, mais pas pour tous les vaccins ! En effet, on note une réduction de la douleur pour le DTaP-IPV-Hib, mais pas pour le pneumocoque. Si c'est le produit du vaccin qui « brûle » comme nous permet de suspecter notre étude, cela pourrait expliquer cette efficacité variable de la brièveté du geste.

Il serait intéressant de vérifier si certains vaccins, notamment le vaccin pneumococcique, sont plus douloureux que d'autres, afin de concentrer les moyens de contrôle de la douleur sur ces vaccinations spécifiques ou de recommander un changement de produit au laboratoire qui les fabriquent.

Une revue de littérature de 2022 [37] estime que la peur des aiguilles et de la douleur était un obstacle à la vaccination pour 8% des enfants. Limiter le temps d'exposition à l'aiguille pourrait donc être utile comme le suggèrent les médecins inclus dans notre étude.

IV.2. FORCES

Cette étude, portant sur la prise en charge de la douleur lors de la vaccination des enfants de 0 à 6 ans par les médecins généralistes, fait suite à une revue de littérature sur l'efficacité contrastée de l'EMLA lors de la vaccination des enfants. Elle concluait à la présence d'un cri retardé ou plus bref dans la plupart des études sélectionnées, mais jamais à une absence de douleur.

L'autrice s'interrogeait sur l'utilité de l'EMLA en pratique et les réflexions derrière sa prescription, ainsi que plus généralement sur la gestion de la douleur en cabinet de médecine générale.

Notre étude a permis de recueillir l'avis des médecins généralistes sur la prescription d'EMLA et de mettre en lumière le rôle qu'elle occupe selon eux dans la gestion de la douleur.

La méthode qualitative était la plus adaptée pour recueillir les données subjectives du vécu et de l'expérience des participants. Le processus global a démarré par une cotation des données, pour aboutir à un schéma explicatif. L'approche par théorisation ancrée était la plus appropriée, car centrée sur la recherche de phénomènes sociologiques derrière le vécu et les expériences diverses de plusieurs individus [12].

La réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés a favorisé la spontanéité et l'individualité des réponses dans le but de mieux comprendre les processus communs derrière chaque univers singulier.

Le respect des règles de scientificité a été une des forces de cette étude :

- La qualité des entretiens était garantie par des données recueillies via un guide d'entretien testé à l'avance, évolutif, qui s'est enrichi au fil des entretiens. Ce guide n'était pas connu des participants. L'ordre des questions n'a pas été suivi afin de conserver le cheminement de pensée du participant. Les conditions étaient favorables et propices au dialogue. Le recueil des données s'est fait volontairement dans un laps de temps court afin de garder la même temporalité pour tous les participants.

- Le principe de confrontation et de discussion de l'analyse entre chercheurs, appelé triangulation des données, a été respecté. Elle a été appliquée pour l'analyse indépendante de tous les entretiens. Cela a permis d'enrichir la réflexion et de participer à la validité interne de notre étude [38].

- Nous avons veillé à ce que la suffisance des données soit atteinte. Elle a renforcé la validité externe de notre étude, c'est-à-dire que l'échantillon était ciblé et a atteint une diversité suffisante pour répondre à notre problématique.

IV.3. LIMITES

En recherche qualitative, la qualité du recueil et la qualité de l'analyse dépendent des compétences et de l'expérience des chercheurs. Or, l'enquêteur était novice dans ce domaine. Avec plus d'expérience, certains entretiens auraient pu être plus complets si l'enquêteur avait fait davantage de relances lors du recueil. De même, son aisance s'est améliorée au fil des entretiens, les premiers n'ayant pas bénéficié de la même fluidité que les derniers. Pour la même raison, certaines données auraient pu être plus finement exploitées.

En recherche qualitative, on recherche un maximum de variabilité au niveau des réponses. Le recrutement a donc été effectué dans deux départements distincts en fonction des lieux de stages de l'enquêteur. Si les deux départements sont proches géographiquement et semblent comparables sur une pyramide des âges, ils diffèrent aussi par certains paramètres (niveau de vie, densité de population, etc.) et en termes d'offre de soin. Toutefois des médecins d'autres départements plus éloignés non inclus dans l'étude auraient pu apporter des réponses inédites.

De même, l'enquêteur a essayé de recruter des médecins généralistes travaillant en PMI mais s'est heurté à de nombreux refus. Leur retour d'expériences sur un exercice sensiblement différent aurait pu bénéficier à l'étude.

Lors du recueil des données et malgré la tentative de rester le plus neutre possible, la manière d'interroger ou la tournure des questions ont pu influencer le discours des participants.

De plus devant la difficulté de recruter des remplaçant dans l'étude, deux entretiens au total ont été réalisés auprès de connaissances de l'enquêteur, ce qui a facilité l'obtention de leur accord. Bien que cela ait pu nuire à la neutralité de la discussion, cela a aussi permis l'obtention d'un climat de confiance propice à l'échange.

L'existence du dictaphone a induit une retenue dans le discours. On note plusieurs entretiens où les participants ont rajouté des informations uniquement en fin d'entretien, une fois le dispositif d'enregistrement vocal arrêté.

Les données analysées de manière interprétative ont constitué un biais, lié à la subjectivité de l'enquêteur. Ils sont cependant inhérents à la démarche qualitative. Pour plus de transparence, la méthodologie de l'étude a été minutieusement décrite.

IV.4. PERSPECTIVES

Notre étude ouvre la porte à des projets d'introduction systématique de moyens de contrôle de la douleur adaptés à l'âge lors de la vaccination des enfants pendant la formation des internes en médecine générale (notamment lors du stage de pédiatrie) pour déterminer si ces habitudes persistent dans le temps et si elles se transmettent aux autres médecins.

Elle suggère aussi que des moyens pourraient être mise en œuvre pour dépister les parents anxieux ou réfractaires en amont de la première vaccination pour leur proposer un entretien d'information préalable. La constitution d'un outil de dépistage rapide de ces parents et son évaluation sur le terrain pourraient faire l'objet d'une ou plusieurs autres thèses.

D'autres études sont nécessaires pour déterminer la part de douleur imputable au produit contenu dans les vaccins, notamment pour le vaccin pneumococcique.

V) Conclusion

La douleur lors de la vaccination des enfants 0 à 6 ans est évaluée au jugé sans échelle par les médecins généralistes. Elle est perçue comme minime et la prise en charge repose avant tout sur la réassurance et la distraction. L'expérience est donc un atout dans ce geste.

Or bien que la loi de financement de la sécurité sociale de décembre 2022, ait introduit une 4ème année de médecine générale, elle a aussi diminué le nombre de mois de formation obligatoire en pédiatrie de 6 à 3 mois.

À la suite de ce passage éclair en pédiatrie, les internes de médecine générale seront-ils suffisamment à l'aise avec ce geste pour mettre parents et enfants totalement en confiance ? Passeront-ils suffisamment de temps en consultation pour être introduits à des moyens de contrôle de la douleur variés et adaptés à l'âge, afin qu'ils puissent les inclure par la suite dans leur pratique ?

Ce sont des prérequis indispensables pour éviter toute future défiance envers la vaccination, et au vu de la recrudescence des cas de rougeole et d'infection invasive à méningocoques en 2023, c'est un enjeu de santé publique majeur qui ne saurait être ignoré.

VI) Références bibliographiques

1. International Association for the Study of Pain (IASP) [En ligne]. IASP Announces Revised Definition of Pain - International Association for the Study of Pain (IASP) ; [cité le 1 déc 2023]. Disponible : <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>.
2. Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. Le calendrier des vaccinations – Ministère de la Santé et de la Prévention ; [cité le 1 déc 2023]. Disponible : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
3. Jacobson RM, Swan A, Adegbenro A, Ludington SL, Wollan PC, Poland GA. Making vaccines more acceptable — methods to prevent and minimize pain and other common adverse events associated with vaccines. *Vaccine*. 2001;19(17-19):2418-27.
4. Viggiano C, Occhinegro A, Siano MA, Mandato C, Adinolfi M, Nardacci A, et al. Analgesic effects of breast- and formula feeding during routine childhood immunizations up to 1 year of age. *Pediatr Res*. 2021;89(5):1179-84.
5. Kassab M, Almomani B, Nuseir K, Alhouary A. Efficacy of Sucrose in Reducing Pain during Immunization among 10- to 18-Month-Old Infants and Young Children: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020;50:e55-61.
6. Bekar P, Efe E. Effects of mother-sung lullabies on vaccination-induced infant pain and maternal anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*. 2022;65:e80-6.
7. Sridharan K, Sivaramakrishnan G. Pharmacological interventions for reducing pain related to immunization or intramuscular injection in children: A mixed treatment comparison network meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *J Child Health Care*. 2018;22(3):393-405.
8. Taddio A, Riddell RP, Ipp M, Moss S, Baker S, Tolkin J, et al. A Longitudinal Randomized Trial of the Effect of Consistent Pain Management for Infant Vaccinations on Future Vaccination Distress. *J Pain*. 2017;18(9):1060-6.
9. Brady K, Avner JR, Khine H. Perception and Attitude of Providers Toward Pain and Anxiety Associated With Pediatric Vaccine Injection. *Clin Pediatr (Phila)*. 2011;50(2):140-3
10. Kurup L, He HG, Wang X, Wang W, Shorey S. A descriptive qualitative study of perceptions of parents on their child's vaccination. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4857-67.
11. OpenAI. (2024). ChatGPT (September 2024 version) [Large language model]. OpenAI.
12. Lebeau JP. Initiation a la recherche qualitative en sante. [Paris] : Global Media Sante ; 2021. 192 p.
13. Boivin JM, Poupon-Lemarquis L, Iraqi W, Fay R, Schmitt C, Rossignol P. A multifactorial strategy of pain management is associated with less pain in scheduled vaccination of children. A study realized by family practitioners in 239 children aged 4-12 years old. *Family Practice*. 2008;25(6):423-9.

14. Sparks L. Taking the « Ouch » Out of Injections for Children: Using Distraction to Decrease Pain. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2001;26(2):72-8.
15. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Zabaleta Rueda A, Urberuaga Pascual A, Aizpurua Galdeano P, Juaristi Irureta S, Larrea Tamayo E. Nonpharmacological pain management in vaccination. Perception of paediatricians, patients and guardians. *Anales de Pediatría (English Edition)*. 2022;97(3):199-205.
16. French GM, Painter EC, Coury DL. Blowing away shot pain: a technique for pain management during immunization. *Pediatrics*. 1994;93(3):384-8.
17. Shah V, Taddio A, McMurtry CM, Halperin SA, Noel M, Pillai Riddell R, et al. Pharmacological and Combined Interventions to Reduce Vaccine Injection Pain in Children and Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *The Clinical Journal of Pain*. 2015;31(Supplement 10):S38-63.
18. Erkul M, Efe E. Efficacy of Breastfeeding on Babies' Pain During Vaccinations. *Breastfeeding Medicine*. 2017;12(2):110-5.
19. Sapçi E, Bilsin Kocamaz E, Gungormus Z. Effects of applying external cold and vibration to children during vaccination on pain, fear and anxiety. *Complementary Therapies in Medicine*. 2021;58:102688.
20. Lee VY, Caillaud C, Fong J, Edwards KM. Improving vaccine-related pain, distress or fear in healthy children and adolescents—a systematic search of patient-focused interventions. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2018;1-11.
21. Nieto García A, Berbel Tornero O, Monleón Sancho J, Alberola-Rubio J, López Rubio ME, Picó Sirvent L. Evaluación del dolor en niños de 2, 4 y 6 meses tras la aplicación de métodos de analgesia no farmacológica durante la vacunación. *Anales de Pediatría*. 2019;91(2):73-9.
22. Hatfield LA, Gusic ME, Dyer AM, Polomano RC. Analgesic Properties of Oral Sucrose During Routine Immunizations at 2 and 4 Months of Age. *Pediatrics*. 2008;121(2):e327-34.
23. Bekar P, Efe E. Effects of mother-sung lullabies on vaccination-induced infant pain and maternal anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*. 2022;65:e80-6.
24. Chang ZY, Kang GCY, Koh EYL, Fong RJK, Tang J, Goh CK, et al. Immersive Virtual Reality in Alleviating Pain and Anxiety in Children During Immunization in Primary Care: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Front Pediatr*. 2022;10:847257.
25. Mabbott AP, Bedford H. Pain management in infant immunisation: A cross-sectional survey of UK primary care nurses. *Prim Health Care Res Dev*. 2023;24:e71.
26. Killian HJ, Deacy A, Edmundson E, Raab L, Schurman JV. If we know better, why don't we do better? A rapid quality improvement project to increase utilization of comfort measures to reduce pain and distress in children in a

- COVID-19 mass vaccination clinic. *Journal of Pediatric Nursing*. 2024;76:e93-100.
27. Atkinson NH, Gennis H, Racine NM, Pillai Riddell R. Caregiver Emotional Availability, Caregiver Soothing Behaviors, and Infant Pain During Immunization. *J Pediatr Psychol*. 2015;40(10):1105-14.
 28. Campbell L, Pillai Riddell R, Cribbie R, Garfield H, Greenberg S. Preschool children's coping responses and outcomes in the vaccination context: child and caregiver transactional and longitudinal relationships. *Pain*. 2018;159(2):314-30.
 29. Shiff I, Greenberg S, Garfield H, Pillai Riddell R. Trajectories of distress regulation during preschool vaccinations: child and caregiver predictors. *Pain*. 2022;163(3):590-8.
 30. Taddio A, Morrison J, Gudzak V, Logeman C, McMurtry CM, Bucci LM, et al. CARD (Comfort Ask Relax Distract) for community pharmacy vaccinations in children: Effect on immunization stress-related responses and satisfaction. *Can Pharm J (Ott)*. 2023;156(1 Suppl):27S-35S.
 31. Jacobson RM, Swan A, Adegbenro A, Ludington SL, Wollan PC, Poland GA. Making vaccines more acceptable — methods to prevent and minimize pain and other common adverse events associated with vaccines. *Vaccine*. 2001;19(17-19):2418-27.
 32. Racine NM, Pillai Riddell RR, Flora DB, Taddio A, Garfield H, Greenberg S. Predicting preschool pain-related anticipatory distress: the relative contribution of longitudinal and concurrent factors. *Pain*. 2016;157(9):1918-32.
 33. Pillai Riddell R, Taddio A, McMurtry CM, Shah V, Noel M, Chambers CT. Process Interventions for Vaccine Injections: Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Quasi-Randomized Controlled Trials. *The Clinical Journal of Pain*. 2015;31(Supplement 10):S99-108.
 34. Shen SC, Dubey V. Addressing vaccine hesitancy: Clinical guidance for primary care physicians working with parents. *Can Fam Physician*. 2019;65(3):175-81.
 35. Willame C, Henry O, Lin L, Vetter V, Baril L, Praet N. Pain caused by measles, mumps, and rubella vaccines: A systematic literature review. *Vaccine*. 2017;35(42):5551-8.
 36. Taddio A, Wong H, Welkovich B, Ilersich AL, Cole M, Goldbach M, et al. A randomized trial of the effect of vaccine injection speed on acute pain in infants. *Vaccine*. 2016;34(39):4672-7.
 37. Taddio A, McMurtry CM, Logeman C, Gudzak V, De Boer A, Constantin K, et al. Prevalence of pain and fear as barriers to vaccination in children – Systematic review and meta-analysis. *Vaccine*. 2022;40(52):7526-37
 38. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *exercer* 2008;84:142-5

VII) Annexes

VII.1. FORMULAIRE D'INFORMATION

LALUCE Flavien
Interne
Flav.l40@hotmail.fr
0668497474

Chère consœur, Cher confrère,

Je me présente LALUCE Flavien, originaire de Gironde, je suis interne de médecine générale à l'Université de Poitiers et actuellement en 5ème semestre. Dans le cadre de ma thèse d'exercice, j'étudie **la prise en charge de la douleur lors de la vaccination des enfants de 0 à 6 ans par les médecins généralistes**, sous la direction du Dr BLANCHARD Clara. Ce travail s'étend sur les Deux-Sèvres (79) et la Charente-Maritime (17) et repose sur une étude qualitative auprès de médecins généralistes installés et remplaçants.

Pour cela, j'envisage de réaliser moi-même des entretiens enregistrés semi-dirigés d'environ 30 à 45 minutes. L'anonymat des données sera respecté.

En tant que généraliste, je sollicite votre aide. Dans un premier temps, un contact téléphonique par appel ou SMS me semble plus approprié, au cours duquel, si vous acceptez de participer à l'étude, nous pourrions convenir d'un rendez-vous.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande.

Bien confraternellement,

Interne LALUCE Flavien

VII.2. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

*Vu le Code civil, en particulier son article 9,
Vu le Code de l'éducation,
Vu le Code de la propriété intellectuelle,
Vu la Loi Informatique et libertés,
Vu le Règlement général sur la protection des données,*

Civilité	M. ☐	Mme. ☐
NOM, Prénom		
Code de pseudonymisation		
Adresse électronique		

Dans le cadre de notre étude sur la vaccination des enfants de 0 à 6 ans par leurs médecins généralistes, Laluec Flavien organise un entretien et souhaite vous enregistrer dans le but de montrer les phénomènes qui sous-tendent la prise en charge de la douleur lors de la consultation.

L'exploitation et la conservation des données collectées se feront avec votre accord, exclusivement dans les conditions définies ci-dessous. Les enregistrements ne seront pas conservés au-delà de la période indiquée.

Vous disposez de droits d'accès à vos données, de rectification et de retrait de votre consentement.

Titre de l'étude	Prise en charge de la douleur par les médecins généralistes lors de la vaccination des enfants de 0 à 6 ans		
But du projet (finalité)	Ouvrir une fenêtre sur la réalité de la vaccination en routine chez les médecins généralistes, ainsi que sur leurs perspectives et leurs expériences.		
Investigateur(s) et personne(s) responsables(s) du projet	Nom	Prénom	Fonction
	Laluec	Flavien	Interne
Captation		Voix ☒	
Exploitation	Durée	1 heure	
	Lieu(x) / contexte(s) (le cas échéant)		
	Support		Numérique ☒
Conservation	Durée	3 mois	
	Support		Numérique ☒
Exercice des droits (accès, rectification, effacement)	Délégué à la protection des données - dpo@univ-poitiers.fr		

Je soussigné(e) _____, reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour la captation et l'exploitation de ma voix, à titre gratuit, selon les modalités ainsi définies.

Fait à _____, le _____
Signature

VII.3. GUIDE D'ENTRETIEN

Questionnaire pour les médecins généralistes

- 1) Avez-vous récemment vacciné un enfant de moins de 6 ans ? Comment s'est déroulé la consultation ?
- 2) **Comment a réagi le patient ? L'avez-vous interprété comme de la douleur ?**
- 3) Y-a-t-il une différence de perception de la douleur d'un enfant à l'autre ?
- 4) Quels autres moyens auriez-vous pu utiliser pour diminuer la douleur liée à la vaccination ?
- 5) **« Qu'est-ce qu'une vaccination qui se passe bien pour vous ? »**
- 6) A posteriori, qu'auriez-vous aimé changer à votre consultation ?

Questionnaire pour les parents

- 1) Votre enfant a-t'il été vacciné récemment ? Comment s'est déroulé la consultation ?
- 2) Comment a réagi votre enfant ? L'avez-vous interprété comme de la douleur ?
- 3) **« Avez-vous perçu des différences entre vos enfants lors de la vaccination ? »**
- 4) Pensez-vous que le médecin a pris en compte la douleur de votre enfant ? Par quels moyens ?
- 5) Dans une consultation idéale selon vous, qu'auriez-vous souhaité de plus ?
- 6) **« Qu'est-ce qu'une vaccination qui se passe bien pour vous ? »**

VII.4. EXTRAIT D'ANALYSE

Entretien IR2

Citations	Cotation ouverte	Cotation axiale
« La consultation pour les moins de 6 ans, on peut avoir un dialogue qui arrive à les mettre en confiance à priori »	Réassurance par le professionnel	Créer un lien (réassurance)
« Bien sûr en présence des parents »	Nécessité du parent	Intégrer le tiers
« Je leur dis d'entrée de jeu, que je ne leur cacher rien, je leur explique tout, je leur dis à chaque fois tout ce que je fais, il n'y pas de surprise et de mauvaise surprise »	Information et explication du geste	Information préalable
« Je leur détaille toutes les étapes de l'opération, le petit coton sur le bras, qu'est-ce que ça va lui faire »	Description complète du déroulé	Créer un lien (Prévenir)
« J'utilise un petit coton que je glace avec une bombe à froid pour endormir un petit peu la peau ».	Anesthésie locale partielle	Douleurs partiellement évitable
« Et puis je leur donne le choix de la position, soit il reste sur leur chaise, soit sur les genoux de leurs parents, soit il s'allonge »	Laisser l'enfant choisir	S'adapter aux désirs de l'enfant
« Je leur demande aussi de se concentrer sur leur respiration, d'apprendre à respirer de façon lente, progressive, tranquille... »	Exercice de relaxation	Enfant apaisé Distraction de l'enfant par Sophrologie
« Et de ne pas regarder l'aiguille parce c'est normal, c'est un bout de métal qui va rentrer dans la peau donc c'est normal que tout le monde ait peur y compris les adultes »	Limitée l'exposition à l'objet inquiétant	Anxiété anticipatoire
« Et je leur dis que les adultes ne sont pas plus courageux que les enfants d'ailleurs. »	Réassurance par le professionnel par comparaison avec les aînés	Valorisation de l'enfant
« Je n'ai jamais eu d'échec ou d'enfant qui parte en courant. »	Rareté de « l'événement indésirable »	Optimisme
« Alors les nouveau-nés, les moins de 3 mois, je n'ai pas besoin de leur donner d'explications les pauvres... »	Compréhension impossible	Compréhension limitée par l'âge
« On essaye de les relaxer par le langage non verbal : le fait que les parents les	Recherche d'alternative à la communication	Proximité avec le parent

bercent, les tenir contre eux, ça permet de les détendre. »		Adaptation du professionnel
« Je mets quand même toujours un peu de froid sur la peau car ça endort un petit peu la sensation de pique... »	Anesthésie locale partielle	Douleurs partiellement évitable
« Après je les préviens les enfants plus âgées, et surtout les parents, que le PREVENAR par exemple celui-là, certes la pique ça pique mais c'est surtout le liquide qui fait mal »	Variabilité entre les vaccins	Produit douloureux Douleur inévitable
« Et puis après c'est là qu'on voit un peu la différence de sensibilité à la pique des individus »	Variabilité de la sensation en fonction des individus	Seuil de tolérance variable
« Parce qu'il y en a qui ont très peu de réaction et puis ceux-là ce sera toujours comme ça, et d'autres qui sont hyper sensible, et ce sera toujours comme ça aussi. »	Individus résistant versus individus sensible	Profil « douloureux » Profil « insensible »
« Et qui se prolonge à l'âge adulte. Il y a des adultes pour qui la pique c'est terrible, et ça leur fait vraiment mal ce n'est pas une blague. ».	Adulte toujours sensible à la pique	Profil « douloureux »
« J'ai vu des gamins, j'avais l'impression d'avoir piquer à côtés, ils ne bronchaient pas d'un millimètre. »	Enfant résistant à la douleur	Profil « insensible »
« Enfin la douleur il a pu l'exprimer ensuite. Sur le moment où il y a l'effraction cutanée lié à la pique, il n'y pas eu le moindre tressaillement »	Pique indolore Douleur à posteriori	Injection non douloureuse Douleur complexe
« Ça veut dire que le froid avait peut-être fait son effet »	Anesthésie locale efficace probable	Douleur évitable Incertitude du professionnel
« Que le petit speech « Relaxe toi », ça a peut-être aidé aussi »	Réassurance par le professionnel	Enfant apaisé
« Qu'il a effectivement bien joué le jeu »	Faire participer l'enfant	Adhésion de l'enfant
« Il n'a pas regardé l'aiguille comme ça il n'était pas terrorisé par la vue de l'aiguille »	Limitée l'exposition à l'objet inquiétant	Eviter le traumatisme

VII.5) EXTRAIT DE VERBATIM

Entretien ISR1

« Avez-vous récemment vacciné un enfant de moins de 6 ans ? Comment s'est déroulé la consultation ? »

Oui et bien ! Je n'avais pas prescrit d'antalgiques... Je ne prescris pas d'antalgiques avant, sauf parfois au gamin dont on voit au moment où on fait la prescription que rien que l'idée du vaccin « pose un problème » auquel cas il arrive que je prescrive un patch EMLA.

En général, c'est plutôt un problème de parent. C'est rare que ça pose un problème aux parents sans en poser un au gamin qui va être réactionnelle par rapport à ses parents.

Et c'est vrai que je prescris le patch EMLA plutôt à visée de réassurance puisque qu'en règle générale, tous les vaccins qui vont être en zone profonde, sous cutanée profond ou intra-musculaire, le patch ne fait pas effet. Il ne fait effet qu'à l'effraction de la peau, mais ça rassure. Après sur le moment d'injecter, ils le sentent quand même avec le patch.

Il arrive que je le prescrive pour un enfant qui a déjà eu une réaction très douloureuse à la première injection, mais sur la première vaccination à deux mois, je ne fais jamais ça.

Je les fais installer d'une façon que le parent trouve la plus confortable : soit sur le dos, soit sur le ventre contre le parent. Puis ma technique c'est plutôt de parler à l'enfant, de dire aux parents de le caresser pendant que je le fais., etc. Après les techniques que je vais employer vont être différentes en fonction de l'âge.

On a des individus qui ont un seuil douloureux élevé, et donc ce cas-là ça ne les perturbe pas absolument pas la vaccination, et on a des individus qui ont des seuils douloureux bas et lorsqu'on voit que la première vaccination s'est mal passée, on prend des précautions pour celle d'après, mais on ne peut pas trop savoir à l'avance. Moi j'ai l'impression que ce type de douleur est trop brutale et trop aigue pour qu'un paracétamol fasse quoique ce soit dessus.

Ma technique, ça va être de détourner l'attention soit par l'attitude des parents, soit par ce que je vais dire/raconter à l'enfant à des âges plus élevés à partir de 3 ans-6ans...

Ce n'est d'ailleurs pas tellement ce qu'on va dire mais plutôt le ton qu'on va employer pour le dire.

A 6 ans, par exemple moi je leur demande s'ils ont un maître ou une maîtresse, s'ils savent compter, et là il commence à se concentrer à répondre à des questions : C'est de l'hypnose.

Ce sont des techniques hypnotiques adaptées à ces consultations-là, on fait le vaccin pendant ce temps-là et puis ça se passe bien dans 9 cas sur 10.

Après il y a 1 fois sur 10, où le vaccin se passe mal, mais le vaccin est fait. Quand ça se passe bien soit ils ne sentent pas, ou alors ils font juste un petit geste car ils ont remarqué qu'ils ont été piqués et puis voilà ça s'arrête, on peut les féliciter. Quand ça se passe mal, on va avoir un gamin qui va avoir mal au moment de l'injection, et qui va éventuellement manifester qu'il a mal soit en pleurant soit en étant pas très bien dans les 5 mins qui suivent sur la fin de la consultation. Il y a eu sur toute ma carrière uniquement une dizaine de fois où ça se passe très mal : le gamin se défend, on ne peut pas le toucher, faut lui courir après. Moi je me souviens d'une gamine où à 4 ans, elle s'est arrêtée et elle s'est mise à me parler et maintenant on est super copain, mais avant ses 4 ans je lui courrais derrière.

J'avais même proposé aux parents de changer de médecin (pas uniquement pour le vaccin), mais car je me disais que manifestement ma tête ne lui revient pas, ça ne passe pas, moi je souffre pour elle quand je vois son comportement avec moi, si vous voulez, voyez un autre médecin... Les parents ont dit « non, non c'est vous notre médecin ».

C'est une gamine pour laquelle je demandais aux parents de la peser et de la mesurer car je ne pouvais pas le faire, ni même m'approcher d'elle. Alors une fois dans les bras des parents, je pouvais l'ausculter à l'arrache, mais heureusement pour elle qu'elle allait bien, parce que c'est extrêmement difficile.

Après on a tous nos habitudes, et quand on est dans un schéma habituel ça met tout le monde en confiance.

C'est pour ça aussi que en ayant un peu d'expérience et l'habitude de nos patients, quand on est le médecin de la famille tout le monde est à l'aise. Tu as déjà vacciné trois frères et il y a le 4^{ème} qui arrive : ça passe quoi. Mais en étant jeune remplaçant, pas trop sûr, commençant à chercher si c'est une IM ou une SC, regardant dans les bouquins, ça met tout le monde en stress et c'est tout de suite moins cool. Il faut « être rassuré pour être rassurant ».

Mais on ne décide pas d'être rassuré, on l'est. Donc parfois parce que c'est ce jour-là, parce qu'on a un mauvais feeling, c'est tendu, on va être moins rassurant que d'habitude mais c'est la date du vaccin et il va falloir le faire quoi. On essaie de déclencher le moins de traumatisme possible mais parfois il faut passer par-dessus. Après ça arrive qu'on doive repousser en disant « écoutez je ne lui fais pas aujourd'hui, revenez la semaine prochaine, on verra » mais ça a dû m'arriver une fois quoi...

Et puis de toute façon, il ne s'en rappelle pas. L'être humain en rappelle pas de ses 3 premières années... à quelques mois près.

Alors que mon vaccin des 6 ans, celui-là je me le rappelle bien ! J'ai eu peur, j'étais contracté et j'ai eu super mal ! Donc je m'en rappelle et j'en tiens compte. Je veille toujours à ce que le muscle de mes patients soit décontracté au moment où je vais piquer en IM, parce que sur un muscle durci... Bonjour hein !

« Comment a réagi le patient ? L'avez-vous interprété comme de la douleur ? »

Je ne la mesure pas mais je la verbalise. Je leur dis « je vois que tu as mal », je leur dis « qu'ils sont courageux », « que ça va probablement vite passer », « qu'on va faire un gros câlin », etc. Et en sortant je leur demande s'ils ont toujours mal : « ça va mieux le bras ? ». Et là lui peut verbaliser que « oui ça va mieux ». Et dans le cas contraire, je leur dis de bouger un peu le bras...

Je l'évalue au faciès surtout chez les petits, et s'il réagit fort la prochaine fois je lui marque un patch, surtout si les parents sont jeunes. Le parent qui en a déjà 3, bon lui il est déjà rassurant donc il n'a pas besoin de patch.

Et comme deux mois plus tard, j'ai changé, l'enfant a changé, etc. Je reprends à un épisode 1. Mais cette fois, si j'ai déjà identifié qu'il avait besoin d'un patch, et bien il va arriver avec un patch des deux côtés.

D'ailleurs 1 fois sur 3, les parents n'ont pas mis le patch où il fallait et donc on ne va pas piquer dans le patch... Et une fois qu'on l'a fait et que le gamin a bien réagi on va dire « Vous voyez, on ne va pas lui mettre la prochaine fois, car là je n'ai pas piqué dedans et ça s'est bien passé. ». Du coup les parents sont rassurés : « Ah ben oui il n'a pas besoin de patch » et puis voilà.

« Quels autres moyens auriez-vous pu utiliser pour diminuer la douleur liée à la vaccination ? »

Moi je pense que pour ce qui est de mon expérience, ce que je fais me suffit. Et puis j'ai une très bonne technique pour diminuer la douleur, c'est de refile le bébé au SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée). Ça leur permet de gagner en expérience et moi ça m'évite de faire pleurer les chiards.

C'est bien parce que si jamais ça s'est mal passé, moi si j'ai besoin de regarder l'oreille une semaine plus tard, ce n'est pas moi qui ai fait mal... C'est l'autre qui était le méchant !

Après pour le gamin ce n'est pas cool, mais pour moi c'est plus cool, comme ça c'est plus moi qui fais mal ! Ce sont les petites lâchetés du quotidien ça.

« A posteriori, qu'auriez-vous aimé changer à votre consultation ? »

Parfois on identifie que ça commence mal : le gamin est méfiant, il n'a pas envie, il refuse, on sait que ça va mal se passer. Eh bien il faudrait avoir du temps ou la possibilité de dire « On verra la semaine prochaine ». Mais le vaccin a déjà été sorti du frigo, il y a deux heures ; il va falloir en prescrire un... Et puis surtout on n'a pas le temps ! S'il y a un truc à changer, c'est le temps dont on dispose pour la consultation !

On est à l'arrache sur quasiment toutes les consultations. Je fais des journées à 25 consultations et je ne gagne pas ma vie en faisant ça. Mais j'étais crevé parce qu'il a

5-6 motifs, des dossiers à rallonge, des trucs pas possibles, etc. Des consultations qui deviennent énormes et on n'a pas le temps de tout faire. Je suis constamment en retard.

Les parents quand il arrive avec le gamin, ils ont toutes les questions qui vont avec, et les deux autres frères qui te retournent la salle de consultation, donc je n'ai pas le temps de m'occuper de la douleur, surtout si je suis énervé, tendu, à la bourre... On a besoin que les soignants soient détendus surtout pour s'occuper des problèmes de drôle...

VII.6. EXTRAIT DU JOURNAL DE BORD

INITIAL

Avril 2023 : Première lecture du livre : initiation à la recherche qualitative. La théorie me semble un peu flou. Difficile de se faire aux nombreuses différences avec ce que j'ai appris en LCA durant mon internat (recherche d'un maximum de différence dans la population, interrogatoire semi-dirigée, évolution du guide d'entretien, etc..), et j'ai du mal à saisir à quoi devront ressembler mes résultats.

Juin 2023 : Recherche bibliographique : Il y a énormément d'article sur comment réduire les douleurs lors de la vaccination mais quasi aucun sur l'avis des médecins sur la réalité de leur pratique. Uniquement des thèses quantitatives centrées sur des points bien précis. Il y a bien une niche qui n'a pas encore été exploré.

Juillet-Décembre 2023 : Stage difficile émotionnellement pour moi et mon collègue n'est pas disponible du fait de gros soucis personnels. On fait une pause.

Décembre 2023 : Après une discussion avec mon co-thésard. On décide de s'y remettre et de déclarer officiellement notre thèse.

Janvier 2024 : Reprise du processus de recherche : On se partage les taches, j'écris l'introduction et Bernard fera la méthodologie.

Février 2024 : Après une conférence en visio avec ma directrice de thèse, on décide de partir sur de la théorisation ancrée pour fournir deux schémas qui reflèteront « la pensée globale des médecins généraliste » et « les attentes des parents d'enfant vacciné ».

Mars 2024 : Validation de nos premiers écrit par Clara. Elle nous encourage à démarrer les entretiens...

APRES L'ENTRETIEN avec ISR1 :

J'étais stressé, cela s'entends nettement quand je réécoute l'enregistrement audio. Heureusement, je ne pense pas que cela ait perturbé ISR1. Il avait besoin de se « défouler » : Il a parlé pendant une vingtaine de minute sans interruption et il a très cash. Il a fait tout le travail à ma place.

Le « résultat » dépasse mes attentes. L'entretien est riche, il y a beaucoup de sujets différents abordés et j'ai plein de pistes à explorer.

Après cet entretien : Je trouve que le guide d'entretien fonctionne bien : les questions sont suffisamment ouvertes pour laisser place au médecin de s'exprimer sur tout ce qui lui passe par la tête. Il y a eu une longue tirade sur la dégradation de la condition financière des médecins généralistes et sur le manque de soutien du gouvernement. Je ne sais pas si c'est un avis isolé ou une pensée commune qui influe sur la qualité de la vaccination ?

APRES L'ENTRETIEN avec RSR2 :

Je me suis beaucoup amusé. RSR2 m'a parlé de sa technique de distraction super efficace. Rien que pour l'entendre chanter « les petits poissons dans l'eau », ça valait le coup de batailler pour obtenir cet entretien. Sa réponse n'apporte pas de nouveau thème mais elle en a abordé beaucoup qui ont déjà été évoqués. Je pense que je vais pouvoir démarrer l'analyse des résultats.

VIII) Résumé

INTRODUCTION

La vaccination est l'acte de prévention le plus efficace pour lutter contre certaines maladies infectieuses à l'origine de complications graves ou de séquelles importantes. Elle peut être source de douleurs, mais de nombreuses méthodes existent et ont été évaluées comme efficaces dans la réduction des douleurs liées à la vaccination. Pourtant en pratique, ces dernières ne sont pas utilisées de manière systématique, notamment en médecine générale.

OBJECTIF

Le but de notre étude était d'ouvrir une fenêtre sur la réalité de la vaccination en routine chez les médecins généralistes, ainsi que sur leur perspective et leurs expériences.

MÉTHODE

Une étude qualitative a été menée sur un échantillon raisonné de douze médecins de Charente-Maritime et des Deux-Sèvres. Nous avons utilisé une approche méthodologique inspirée de la théorisation ancrée en réalisant des entretiens semi-dirigés, et ce jusqu'à la suffisance des données, avec triangulation des résultats.

RÉSULTATS

La douleur lors de la vaccination des enfants 0 à 6 ans est évaluée au jugé sans échelle. Elle est perçue comme minime par les médecins généralistes, et serait principalement dû au produit contenu dans le vaccin plutôt qu'à l'injection.

La prise en charge repose donc avant tout sur de la réassurance. Elle passe par l'intégration du parent à la consultation et la création d'un lien avec l'enfant.

La distraction et la brièveté du geste sont aussi des méthodes communément utilisées car jugées efficaces. L'antalgie préventive n'est en revanche pas systématique et l'EMLA est vu comme superflu ou prescrit à visée de réassurance.

Les critères de réussite des médecins sont l'obtention d'un pleur bref et d'une réassurance aisée. Leur but est d'éviter le traumatisme et l'anxiété anticipatoire lors des prochaines vaccinations.

DISCUSSION

Ces résultats nous montrent que la douleur lors de la vaccination des enfants de 0 à 6 ans est minimisée, et que la formation à l'utilisation d'échelle d'hétéroévaluation est un prérequis, avant même d'envisager des incitations à compléter la prise en charge par d'autres méthodes de réduction de la douleur.



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



VIII) Résumé

INTRODUCTION

La vaccination est l'acte de prévention le plus efficace pour lutter contre certaines maladies infectieuses à l'origine de complications graves ou de séquelles importantes. Elle peut être source de douleurs, mais de nombreuses méthodes existent et ont été évaluées comme efficace dans la réduction des douleurs liées à la vaccination. Pourtant en pratique, ces dernières ne sont pas utilisées de manière systématique, notamment en médecine générale.

OBJECTIF

Le but de notre étude était d'ouvrir une fenêtre sur la réalité de la vaccination en routine chez les médecins généralistes, ainsi que sur leur perspective et leurs expériences.

MÉTHODE

Une étude qualitative a été menée sur un échantillon raisonné de douze médecins de Charente-Maritime et des Deux-Sèvres. Nous avons utilisé une approche méthodologique inspirée de la théorisation ancrée en réalisant des entretiens semi-dirigés, et ce jusqu'à la suffisance des données, avec triangulation des résultats.

RÉSULTATS

La douleur lors de la vaccination des enfants 0 à 6 ans est évaluée au jugé sans échelle. Elle est perçue comme minime par les médecins généralistes, et serait principalement dû au produit contenu dans le vaccin plutôt qu'à l'injection.

La prise en charge repose donc avant tout sur de la réassurance. Elle passe par l'intégration du parent à la consultation et la création d'un lien avec l'enfant.

La distraction et la brièveté du geste sont aussi des méthodes communément utilisées car jugées efficaces. L'antalgie préventive n'est en revanche pas systématique et l'EMLA est vu comme superflu ou prescrit à visée de réassurance.

Les critères de réussite des médecins sont l'obtention d'un pleur bref et d'une réassurance aisée. Leur but est d'éviter le traumatisme et l'anxiété anticipatoire lors des prochaines vaccinations.

DISCUSSION

Ces résultats nous montrent que la douleur lors de la vaccination des enfants de 0 à 6 ans est minimisée, et que la formation à l'utilisation d'échelle d'hétéroévaluation est un prérequis, avant même d'envisager des incitations à compléter la prise en charge par d'autres méthodes de réduction de la douleur.