

**UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE
PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE
ANNEE 2012**

**THESE
DOCTORAT EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE
N°2012PA06G063**

**Prise en charge de la douleur de l'otite
moyenne aiguë :
Représentation des médecins
généralistes**

Par **Emeline SARLANDIE de LA ROBERTIE**
Née le 15 avril 1982 à Perpignan
Présentée et soutenue publiquement le **mardi 4 décembre 2012**

Jury

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Professeur Anne-Marie Magnier
PRESIDENT DE THESE : Monsieur le Professeur Emmanuel Grimprel
ASSESEUR : Monsieur le Professeur Jean Lafortune
ASSESEUR : Madame le Docteur Esther Soyeux

“Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours.”
Louis Pasteur

Remerciements

A Monsieur le Professeur Emmanuel Grimprel, président du jury.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. Vos compétences sur le sujet éclaireront notre travail.

A Madame le Professeur Anne-Marie Magnier.

Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Vos compétences, votre disponibilité et votre exigence m'ont permis d'évoluer dans mon travail et d'apprendre à chercher le Mieux. Un bel apprentissage de vie !

A Monsieur le Professeur Jean Lafortune.

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Je suis honorée de votre présence dans mon jury de thèse.

A Madame le Docteur Esther Soyeux.

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie spécialement de m'avoir guidée et éclairée lors de la construction de ce sujet.

Aux Médecins généralistes, participants des "focus group".

Merci pour votre disponibilité. Sans vous, rien n'aurait été possible !

Aux Médecins-Enseignants du DERMG de St Antoine.

Pour votre investissement auprès des étudiants, je vous remercie de nous transmettre votre amour de la médecine et de nous former à la recherche critique d'informations.

Aux Professeurs de médecine toulousains.

Je vous remercie pour votre enseignement fondamental, et au lit du patient, alors que nous faisons nos premiers pas en tant que soignant.

À tous les Médecins séniors qui nous accueillent en tant que jeunes externes puis internes !

A ma famille.

Je vous remercie de m'avoir encouragée tout au long de ce difficile apprentissage que sont les études médicales.

Un grand merci à ma relectrice attitrée qui se reconnaîtra !!!!

A mes amis.

Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ces années !

A mes co-internes et amies de promo.

Pour tout ce que nous avons partagé d'efforts et de challenges pour devenir médecin !

Merci !

Professeurs des universités – Praticiens hospitaliers

1	ACAR	Christophe	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
2	AGUT	Henri	Virologie	PITIE SALPETRIERE
3	ALAMOWITCH	Sonia	Neurologie	TENON
4	<i>ALLILAIRE Surnombre</i>	Jean-François	Psychiatrie adulte	PITIE SALPETRIERE
5	AMARENCO	Gérard	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
6	AMOURA	Zahir	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
7	AMSELEM	Serge	Génétique	TROUSSEAU
8	ANDRE	Thierry	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
9	ANDREELLI	Fabrizio	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
10	ANTOINE	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TENON
11	ARACTINGI	Selim	Dermatologie	TENON
12	ARLET	Guillaume	Bactériologie	TENON
13	ARRIVE	Lionel	Radiologie	SAINT ANTOINE
14	ASTAGNEAU	Pascal	Epidémiologie/Santé Publique	PITIE SALPETRIERE
15	AUCOUTURIER	Pierre	Immunologie	SAINT ANTOINE
16	AUDRY	Georges	Chirurgie viscérale infantile	TROUSSEAU
17	AURENGO	André	Biophysique/méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
18	AUTRAN	Brigitte	Immunologie/bio cellulaire	PITIE SALPETRIERE
19	BALLADUR	Pierre	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
20	BARROU	Benoît	Urologie	PITIE SALPETRIERE
21	BASDEVANT	Arnaud	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
22	BAUD	Laurent	Explorations fonctionnelles	TENON
23	BAULAC	Michel	Anatomie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
24	BAUMELOU	Alain	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
25	BAZOT	Marc	Radiologie	TENON
26	BEAUGERIE	Laurent	Gastroentérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
27	BEAUSSIER	Marc	Anesthésiologie/Réanimation	SAINT ANTOINE
28	BELMIN	Joël	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
29	<i>BEN HAMOU Surnombre</i>	Albert Claude	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
30	BENIFLA	Jean-Louis	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
31	<i>BENSMAN Surnombre</i>	Albert	Néphrologie	TROUSSEAU

32	BENVENISTE	Olivier	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
33	BERENBAUM	Francis	Rhumatologie	SAINTE ANTOINE
34	<i>BEREZIAT Surnombre</i>	<i>Gilbert</i>	<i>Biochimie</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
35	BERNAUDIN	Jean-François	Histologie	TENON
36	BILLETTEDEVILLEMEUR	Thierry	Neuro pédiatrie	TROUSSEAU
37	BITKER	Marc Olivier	Urologie	PITIE SALPETRIERE
38	BODAGHI	Bahram	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
39	BODDAERT	Jacques	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
40	BOFFA	Jean-Jacques	Néphrologie	TENON
41	BONNET	Francis	Anesthésiologie/Réanimation	TENON
42	BORDERIE	Vincent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
43	BOUCHARD	Philippe	Endocrinologie	SAINTE ANTOINE
44	BOUDGHENE-STAMBOULI	Frank	Radiologie	TENON
45	BOURGEOIS	Pierre	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
46	BREART	Gérard	Epidémiologie/Gynécologie	TENON
47	BRICAIRE	François	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
48	BRICE	Alexis	Génétique	PITIE SALPETRIERE
49	BROCHERIOU	Isabelle	Anatomie pathologique	TENON
50	BRUCKERT	Eric	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
51	CABANE	Jean	Médecine interne	SAINTE ANTOINE
52	<i>CABANIS Surnombre</i>	<i>Alain Emmanuel</i>	<i>Radiologie/Imagerie médicale</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
53	CACOUB	Patrice	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
54	CADRANEL	Jacques	Pneumologie	TENON
55	<i>CALLARD Surnombre</i>	<i>Patrice</i>	<i>Anatomie pathologique</i>	<i>TENON</i>
56	CALVEZ	Vincent	Virologie	PITIE SALPETRIERE
57	CAPEAU	Jacqueline	Biologie cellulaire	SAINTE ANTOINE
58	CAPRON	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
59	CARBAJAL-SANCHEZ	Diomedes	Pédiatrie	TROUSSEAU
60	CARBONNE	Bruno	Gynécologie obstétrique	SAINTE ANTOINE
61	CARETTE	Marie-France	Radiologie	TENON
62	CARPENTIER	Alexandre	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
63	CARRAT	Fabrice	Biostatistiques/inf médicale	SAINTE ANTOINE
64	<i>CASADEVALL Surnombre</i>	Nicole	Immunologie/Hématologie	SAINTE ANTOINE
65	CATALA	Martin	Histologie et Cytologie	PITIE SALPETRIERE
66	CATONNE	Yves	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
67	CAUMES	Eric	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
68	CAYRE	Yvon	Hématologie clinique	Robert DEBRE
69	CESSELIN	François	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
70	CHAMBAZ	Jean	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
71	CHARTIER-KASTLER	Emmanuel	Urologie	PITIE SALPETRIERE
72	CHASTRE	Jean	Réanimation chirurgicale	PITIE SALPETRIERE
73	CHAZOUILLERES	Olivier	Hépatologie	TENON

74	CHERIN	Patrick	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
75	CHICHE	Laurent	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
76	CHIRAS	Jacques	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
77	CHOUAID	Christos	Pneumologie	SAINT ANTOINE
78	CHRISTIN-MAITRE	Sophie	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
79	CLEMENT	Annick	Pneumologie	TROUSSEAU
80	CLEMENT-LAUSCH	Karine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
81	CLUZEL	Philippe	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
82	COHEN	Aron	Cardiologie	SAINT ANTOINE
83	COHEN	David	Pédo Psychiatrie	PITIE SALPETRIERE
84	COHEN	Laurent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
85	COLLET	Jean-Philippe	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
86	COMBES	Alain	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
87	CONSTANT	Isabelle	Anesthésiologie/réanimation	TROUSSEAU
88	COPPO	Paul	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
89	CORIAT	Pierre	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
90	CORNU	Philippe	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
91	COSNES	Jacques	Gastro Entérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
92	COSTEDOAT	Nathalie	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
93	COULOMB	Aurore	Anatomie/cytolo patho	TROUSSEAU
94	COURAUD	François	Biochimie/Biologie moléculaire	PITIE SALPETRIERE
95	CUSSENOT	Olivier	Anatomie/Urologie	TENON
96	DAMSIN	Jean-Paul	Orthopédie	TROUSSEAU
97	DARAI	Emile	Gynécologie obstétrique	TENON
98	DAUTZENBERG	Bertrand	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
99	DAVI	Frédéric	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
100	De GRAMONT	Aimery	Oncologie médicale	SAINT ANTOINE
101	DEBRE	Patrice	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
102	DELATTRE	Jean-Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
103	DENOYELLE	Françoise	ORL	TROUSSEAU
104	DERAY	Gilbert	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
105	DEVAUX	Jean-Yves	Biophysique/méd.Nucléaire	SAINT ANTOINE
106	DOMMARGUES	Marc	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
107	DORMONT	Didier	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
108	DOUAY	Luc	Hématologie biologique	TROUSSEAU
109	DOURSOUNIAN	Levon	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
110	DUBOIS	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
111	DUCOU LE POINTE	Hubert	Radiologie	TROUSSEAU
112	DUGUET	Alexandre	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
113	DUSSAULE	Jean-Claude	Physiologie	SAINT ANTOINE
114	DUYCKAERTS	Charles	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
115	EL ALAMY	Ismaël	Hématologie biologique	TENON
116	EYMARD	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE

117	FAUROUX	Brigitte	Pneumologie pédiatrique	TROUSSEAU
118	FAUTREL	Bruno	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
119	FERON	Jean-Marc	Chirurgie orthopédique	SAINTE ANTOINE
120	FERRE	Pascal	Biochimie/Biologie moléculaire	SAINTE ANTOINE
121	FEVE	Bruno	Endocrinologie	SAINTE ANTOINE
122	FLEJOU	Jean-François	Anatomie pathologique	SAINTE ANTOINE
123	FLORENT	Christian	Hépatogastro-entérologie	SAINTE ANTOINE
124	FONTAINE	Bertrand	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
125	FOSSATI	Philippe	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
126	FOURET	Pierre	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
127	FOURNIER	Emmanuel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
128	FRANCES	Camille	Dermatologie	TENON
129	FUNCK- BRENTANO	Christian	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
130	<i>GANDJBAKHCH <u>Sumombre</u></i>	<i>Iradj</i>	<i>Chirurgie thoracique</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
131	GARABEDIAN	Eréa Noël	ORL	TROUSSEAU
132	GARBARG CHENON	Antoine	Virologie	TROUSSEAU
133	<i>GATTEGNO <u>Sumombre</u></i>	<i>Bernard</i>	<i>Urologie</i>	<i>TENON</i>
134	GIRARD	Pierre Marie	Maladies infectieuses/tropicales	SAINTE ANTOINE
135	GIRARDET	Jean-Philippe	Gastro entérologie/Nutrition	TROUSSEAU
136	GIRERD	Xavier	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
137	<i>GIROT <u>Sumombre</u></i>	<i>Robert</i>	<i>Hématologie clinique</i>	<i>TENON</i>
138	GOLD	Francis	Néonatalogie	TROUSSEAU
139	GORIN	Norbert	Hématologie clinique	SAINTE ANTOINE
140	GOROCHOV	Guy	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
141	GOUDOT	Patrick	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
142	GRATEAU	Gilles	Médecine interne	TENON
143	GRENIER	Philippe	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
144	<i>GRIMALDI <u>Sumombre</u></i>	<i>André</i>	<i>Endocrinologie</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
145	GRIMPREL	Emmanuel	Urgences pédiatriques	TROUSSEAU
146	GRUNENWALD	Dominique	Chirurgie thoracique	TENON
147	GUIDET	Bertrand	Réanimation médicale	SAINTE ANTOINE
148	HAAB	François	Urologie	TENON
149	HAERTIG	Alain	Médecine légale/Urologie	PITIE SALPETRIERE
150	HANNOUN	Laurent	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
151	HARTEMANN HEURTIER	Agnès	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
152	HAUSFATER	Pierre	Thérapeutique/Médecine d'urgence	PITIE SALPETRIERE
153	<i>HAUW <u>Sumombre</u></i>	<i>Jean-Jacques</i>	<i>Anatomie/Cytologie pathologique</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
154	<i>HELARDOT <u>Sumombre</u></i>	<i>Pierre Georges</i>	<i>Chirurgie viscérale</i>	<i>TROUSSEAU</i>
155	HELFT	Gérard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
156	HERSON	Serge	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
157	HOANG XUAN	Khê	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
158	HOURY	Sydney	Chirurgie digestive/viscérale	TENON

159	HOUSSET	Chantal	Biologie cellulaire	TENON
160	ISNARD-BAGNIS	Corinne	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
161	ISNARD	Richard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
162	<i>JAILLON <u>Sumombre</u></i>	<i>Patrice</i>	<i>Pharmacologie</i>	<i>SAINTE ANTOINE</i>
163	JARLIER	Vincent	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
164	JOUANNIC	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
165	JOUVENT	Roland	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
166	JUST	Jocelyne	Pédiatrie	TROUSSEAU
167	KATLAMA	Christine	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
168	KHAYAT	David	Oncologie médicale	PITIE SALPETRIERE
169	<i>KIEFFER <u>Sumombre</u></i>	<i>Edouard</i>	<i>Chirurgie vasculaire</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
170	KLATZMANN	David	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
171	KOMAJDA	Michel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
172	KOSKAS	Fabien	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
173	LACAINÉ	François	Chirurgie digestive	TENON
174	LACAU SAINT GUILY	Jean	ORL	TENON
175	LACAVE	Roger	Histologie et Cytologie	TENON
176	LAMAS	Georges	ORL	PITIE SALPETRIERE
177	LANDMAN-PARKER	Judith	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
178	LANGERON	Olivier	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
179	LAROCHE	Laurent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
180	LAZENNEC	Jean-Yves	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
181	LE BOUC	Yves	Physiologie/Explora fonction	TROUSSEAU
182	LE FEUVRE	Claude	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
183	LE HOANG	Phuc	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
184	<i><u>LEBEAU retraite le 17.11.2010</u></i>	<i><u>Bernard</u></i>	<i><u>Pneumologie</u></i>	<i><u>SAINTE ANTOINE</u></i>
185	LEBLOND	Véronique	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
186	LEENHARDT	Laurence	Endocrinologie/Médecine Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
187	LEFRANC	Jean-Pierre	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
188	LEGRAND	Olivier	Hématologie clinique	HOTEL DIEU
189	LEHERICY	Stéphane	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
190	LEMOINE	François	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
191	LEPRINCE	Pascal	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
192	LEVERGER	Guy	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
193	LEVY	Richard	Neurologie	SAINTE ANTOINE
194	LIENHART	André	Anesthésiologie/réanimation	SAINTE ANTOINE
195	LOTZ	Jean-Pierre	Oncologie médicale	TENON
196	LUBETZKI	Catherine	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
197	LUCIDARME	Olivier	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
198	LYON-CAEN	Olivier	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
199	MALLET	Alain	Biostatistiques/info médicale	PITIE SALPETRIERE
200	MARIANI	Jean	Biologie cellulaire/médecine interne	Charles FOIX
201	MARIE	Jean-Pierre	Hématologie/oncologie pédiatrique	HOTEL DIEU

202	<i>MARSAULT Surnombre</i>	Claude	Radiologie	TENON
203	MASLIAH	Joëlle	Biochimie	SAINT ANTOINE
204	MAURY	Eric	Réanimation médicale	TENON
205	MAYAUD	Marie Yves	Pneumologie	TENON
206	MAZERON	Jean-Jacques	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
207	MAZIER	Dominique	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
208	MEININGER	Vincent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
209	MENEGAUX	Fabrice	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
210	MENU	Yves	Radiologie	SAINT ANTOINE
211	MERLE BERAL	Hélène	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
212	<i>METZGER Surnombre</i>	<i>Jean-Philippe</i>	<i>Cardiologie</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
213	MEYER	Bernard	ORL	SAINT ANTOINE
214	MEYOHAS	Marie Caroline	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
215	MICHEL	Pierre Louis	Cardiologie	TENON
216	<i>MILLIEZ Surnombre</i>	<i>Jacques</i>	<i>Gynécologie obstétrique</i>	<i>SAINT ANTOINE</i>
217	MITANCHEZ	Delphine	Néonatalogie	TROUSSEAU
218	MONTALESCOT	Gilles	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
219	MONTRAVERS	Françoise	Biophysique/Médecine nucléaire	TENON
220	MURAT	Isabelle	Anesthésiologie/réanimation	TROUSSEAU
221	NACCACHE	Lionel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
222	NICOLAS	Jean-Claude	Virologie	TENON
223	<i>OFFENSTADT Surnombre</i>	Georges	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
224	OPPERT	Jean-Michel	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
225	PAQUES	Michel	Ophthalmologie	CHO 15/20
226	PARC	Yann	Chirurgie digestive	SAINT ANTOINE
227	PASCAL-MOUSSELLARD	Hugues	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
228	PATERON	Dominique	Génétique/accueil des urgences	SAINT ANTOINE
229	PAVIE	Alain	Chirurgie thoracique/cardiaque	PITIE SALPETRIERE
230	PAYE	François	Chirurgie générale/digestives	SAINT ANTOINE
231	PELISSOLO	Antoine	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
232	PERETTI	Charles	Psychiatrie d'Adultes	SAINT ANTOINE
233	PERIE	Sophie	ORL	TENON
234	PETIT	Jean-Claude	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
235	PETITCLERC	Thierry	Biophysique/Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
236	PIALOUX	Gilles	Maladies infectieuses/tropicales	TENON
237	PICARD	Arnaud	Stomatologie	TROUSSEAU
238	PIERROT-DESEILLIGNY	Charles	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
239	PIETTE	François	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
240	POIROT	Catherine	Cytologie et Histologie	PITIE SALPETRIERE
241	<i>POUPON Surnombre</i>	<i>Raoul</i>	<i>Hépto Gastro Entérologie</i>	<i>SAINT ANTOINE</i>
242	POYNARD	Thierry	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
243	PRADAT	Pascale	Rééducation Fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
244	PUYBASSET	Louis	Anesthésiologie/Réanimation	PITIE SALPETRIERE

245	RATIU	Vlad	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
246	RENOLLEAU	Sylvain	Réanimation néonatale	TROUSSEAU
247	RICHARD <i>Sumombre</i>	François	Urologie	PITIE SALPETRIERE
248	RIOU	Bruno	Anesthésiologie/Urgences médico chirurgicales	PITIE SALPETRIERE
249	ROBAIN	Gilberte	Rééducation Fonctionnelle	ROTHSCHILD
250	ROBERT	Jérôme	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
251	RODRIGUEZ	Diana	Neurone pédiatrie	TROUSSEAU
252	RONCO	Pierre Marie	Néphrologie / Dialyse	TENON
253	RONDEAU	Eric	Néphrologie	TENON
254	ROSMORDUC	Olivier	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
255	ROUBY	Jean-Jacques	Anesthésiologie/Réanimation	PITIE SALPETRIERE
256	ROUGER	Philippe	Immunologie	INTS
257	ROUZIER	Roman	Gynécologie obstétrique	TENON
258	ROZENBAUM	Willy	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT LOUIS
259	SAHEL	José-Alain	Ophthalmologie	CHNO 15/20
260	SAMSON	Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
261	SANSON	Marc	Histologie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
262	SAUTET	Alain	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
263	SEILHEAN	Danielle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
264	SESIK	Philippe	Hépto Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
265	SEZEUR	Alain	Chirurgie générale	DIACONESSES
266	SIFFROI	Jean-Pierre	Génétique	TROUSSEAU
267	SIMILOWSKI	Thomas	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
268	SIMON	Tabassome	Pharmacologie clinique	SAINT ANTOINE
269	SOUBRIER	Florent	Génétique	PITIE SALPETRIERE
270	SPANO	Jean-Philippe	Oncologie médicale	PITIE SALPETRIERE
271	TALBOT	Jean-Noël	Médecine nucléaire	TENON
272	TANKERE	Frédéric	ORL	PITIE SALPETRIERE
273	THIBAUT <i>Sumombre</i>	Philippe	Urologie	TENON
274	THOMAS	Daniel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
275	THOMAS	Guy	Médecine légale/Psy d'adultes	SAINT ANTOINE
276	THOUMIE	Philippe	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
277	TIRET	Emmanuel	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
278	TOUBOUL	Emmanuel	Radiothérapie	TENON
279	TOUNIAN	Patrick	Gastroentérologie/nutrition	TROUSSEAU
280	TOURAINÉ	Philippe	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
281	TRAXER	Olivier	Urologie	TENON
282	TRUGNAN	Germain	Biochimie	SAINT ANTOINE
283	TUBIANA <i>Sumombre</i>	Jean-Michel	Radiologie	SAINT ANTOINE
284	ULINSKI	Tim	Pédiatrie	TROUSSEAU
285	UZAN	Serge	Gynécologie obstétrique	TENON
286	VAILLANT	Jean-Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
287	VALLERON <i>Sumombre</i>	Alain	Biostatistiques/inf médicale	SAINT ANTOINE

288	<i>VAN</i> <i>EFFENTERRE</i> <i>Surnombre</i>	<i>Rémy</i>	<i>Neurochirurgie</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
289	<i>VAYSSAIRAT</i> <i>Surnombre</i>	<i>Michel</i>	<i>Cardiologie</i>	<i>TENON</i>
290	<i>VAZQUEZ</i>	Marie Paule	Stomatologie	TROUSSEAU
291	<i>VERNANT</i> <i>Surnombre</i>	Jean-Paul	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
292	<i>VERNY</i>	Marc	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
293	<i>VIALLE</i>	Raphaël	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
294	<i>VIDAILHET</i>	Marie José	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
295	<i>VOIT</i>	Thomas	Pédiatrie / Neurologie	PITIE SALPETRIERE
296	<i>WENDUM</i>	Dominique	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
297	<i>WILLER</i> <i>Surnombre</i>	<i>Jean- Vincent</i>	<i>Physiologie</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
298	<i>WISLEZ</i>	Marie	Pneumologie	TENON
299	<i>ZELTER</i>	Marc	Physiologie	PITIE SALPETRIERE

En gras : PUPH chefs de service

<i>SOUBRANE</i>	<i>Olivier</i>	<i>Chirurgie hépatique</i>	<i>SAINT ANTOINE/UFR DESCARTES</i>	<i>René</i>
-----------------	----------------	----------------------------	--	-------------

<i>LOUVET</i>	<i>Christophe</i>	<i>Disponibilité pour convenances personnelles 01.04.2010 au 31.03.2011</i>		
---------------	-------------------	---	--	--

Maître de conférences des universités – Praticiens hospitaliers

1	ABUAF	Nissen	Hématologie/Immunologie	TENON
2	<u>AIT OUFELLA</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Hafid</u>	Réanimation Médicale	SAINT ANTOINE
3	AMIEL	Corinne	Virologie	TENON
4	ANCEL	Pierre-Yves	Epidémiologie/santé Publique	TENON
5	ANKRI	Annick	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
6	APARTIS	Emmanuelle	Physiologie	SAINT ANTOINE
7	AUBRY	Alexandra	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
8	<u>AUDO</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Isabelle</u>	Ophthalmologie	CHNO 15/20
9	AXELRAD	Herbert	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
10	BACHELOT	Anne	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
11	BARBU	Véronique	Biochimie	SAINT ANTOINE
12	BELLANNE-CHANTELOT	Christine	Génétique	PITIE SALPETRIERE
13	BELLOCQ	Agnès	Physiologie/Explor fonction	TENON
14	BENOLIEL	Jean-Jacques	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
15	BENSIMON	Gilbert	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
16	BERLIN	Ivan	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
17	BERTHOLON	Jean-François	Physiologie	SAINT ANTOINE
18	BIOUR	Michel	Pharmacologie	SAINT ANTOINE
19	BOELLE	Pierre Yves	Biostatistiques et infomédicale	SAINT ANTOINE
20	BORSOS	Anne-Marie	Biochimie	HOPITAL A. PARE
21	BOULE	Michèle	Physiologie	TROUSSEAU
22	BOUTOLLEAU	David	Virologie	PITIE SALPETRIERE
23	BROUSSE	Geneviève	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
24	BUFFET	Pierre	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
25	CARCELAIN-BEBIN	Guislaine	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
26	CARRIE	Alain	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
27	CERVERA	Pascale	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
28	CHABBERT-BUFFET	Nathalie	Endocrinologie/Gynécologie	TENON
29	<u>CHARBIT</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Benny</u>	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
30	CHARLOTTE	Frédéric	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
31	CHARRON	Philippe	Génétique/Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
32	COLOMBAT	Magali	Anatomie pathologique	TENON
33	COMPERAT	Eva Maria	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
34	CORVOL	Jean-Christophe	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE

35	COULET	Florence	Génétique	PITIE SALPETRIERE
36	COUSSIEU	Christiane	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
37	COUVERT	Philippe	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
38	DALOZ	Madeleine	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
39	DANZIGER	Nicolas	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
40	DATRY	Annick	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
41	DECRE	Dominique	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
42	DELERS	Francisco	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
43	DELHOMMEAU	François	Hématologie	SAINT ANTOINE
44	<u>DEMOULE</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Alexandre</u>	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
45	DEPIENNE	Christel	Génétique	PITIE SALPETRIERE
46	DEVAUX	Aviva	Histologie/Bio de la reproduction	PITIE SALPETRIERE
47	DEVELOUX	Michel	Parasitologie	SAINT ANTOINE
48	DUPONT-DUFRESNE	Sophie	Anatomie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
49	ESCUDIER	Estelle	Histologie/Génétique	TROUSSEAU
50	FAJAC-CALVET	Anne	Histologie Embryologie	TENON
51	<u>FARDET</u> <i>Stagiaire</i>	Laurence	Médecine interne	SAINT ANTOINE
52	FERRERI	Florian	Psychiatrie Adultes	SAINT ANTOINE
53	FLEURY	Jocelyne	Histologie Embryologie	TENON
54	FOLLEZOU	Jean-Yves	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
55	FRANCOIS	Thierry	Pneumologie/Réanimation	TENON
56	FRIJA	Elisabeth	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
57	GALANAUD	Damien	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
58	GARDERET	Laurent	Hématologie	SAINT ANTOINE
59	GAY	Frederick	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
60	GAYMARD	Bertrand	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
61	GEROTZIAFAS	Grigoris	Hématologie clinique	TENON
62	GIRAL	Philippe	Endocrinologie/Métabolisme	PITIE SALPETRIERE
63	GOLMARD	Jean-Louis	Biostatistiques/Info médicale	PITIE SALPETRIERE
64	GONZALES	Marie	Génétique /embryo médicales	TROUSSEAU
65	GOZLAN	Joël	Bactériologie Virologie	SAINT ANTOINE
66	HABERT	Marie-Odile	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
67	HALLEY DESFONTAINES	Virginie	Epidémiologie/Santé Publique	PITIE SALPETRIERE
68	HAYMANN	Jean-Philippe	Physiologie/Expl Fonctionnelles	TENON
69	HENNEQUIN	Christophe	Parasitologie	SAINT ANTOINE
70	<u>HENNO</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Priscilla</u>	Physiologie	SAINT ANTOINE
71	<u>HERTIG</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Alexandre</u>	Néphrologie	TENON
72	HOANG VAN	Catherine	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
73	<u>HUBERFELD</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Gilles</u>	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
74	HULOT	Jean-Sébastien	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
75	<u>JERU</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Isabelle</u>	Génétique	TROUSSEAU

76	JOHANET	Catherine	Immunologie	SAINT ANTOINE
77	JOSSET	Patrice	Anatomie pathologique	TROUSSEAU
78	JOYE	Nicole	Génétique	SAINT ANTOINE
79	KAHN	Jean-François	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
80	<u>KARACHI AGID</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Carine</u>	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
81	KIFFEL	Thierry	Biophysique/Méd. Nucléaire	SAINT ANTOINE
82	LACOMBE	Catherine	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
83	LACOMBE	Karine	Maladies Infectieuses	SAINT ANTOINE
84	LACOMBLEZ	Lucette	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
85	LACORTE	Jean-Marc	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
86	LAPILLONNE	Hélène	Hématologie biologique	TROUSSEAU
87	LASCOLS	Olivier	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
88	LAURENT	Claudine	Pédopsychiatrie	PITIE SALPETRIERE
89	LE BIHAN	Johanne	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
90	LE GUERN	Eric	Génétique	PITIE SALPETRIERE
91	<u>LETAVERNIER</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Emmanuel</u>	Physiologie	TENON
92	MAKSUD	Philippe	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
93	MANDELBAUM	Jacqueline	Histologie/Bio de la reproduct	TENON
94	MARCELIN-HELIOT	Anne-Geneviève	Virologie	PITIE SALPETRIERE
95	MAUREL	Gérard	Biophysique/Méd. Nucléaire	SAINT ANTOINE
96	MAURIN	Nicole	Histologie	TENON
97	MAZIERES	Léonor	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
98	MOHAND-SAID	Saddek	Ophthalmologie	CHNO 15/20
99	MORAND-JOUBERT	Laurence	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
100	MORICE	Vincent	Biostatistiques/info médicale	PITIE SALPETRIERE
101	<u>MOZER</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Pierre</u>	Urologie	PITIE SALPETRIERE
102	NETCHINE	Irène	Physiologie/Explor fonction	TROUSSEAU
103	NGUYEN KHAC	Florence	Anatomie Pathologique	PITIE SALPETRIERE
104	NIZARD	Jacky	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
105	PARISSET	Claude	Biochimie/Explor Fonction	TROUSSEAU
106	PIDOUX	Bernard	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
107	PLAISIER	Emmanuelle	Néphrologie	TENON
108	POIRIER	Jean-Marie	Pharmacologie clinique	SAINT ANTOINE
109	POIROT	Jean-Louis	Parasitologie	SAINT ANTOINE
110	POITOU-BERNERT	Christine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
111	PORTNOI	Marie France	Génétique	SAINT ANTOINE
112	RAINTEAU	Dominique	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
113	RAVEL DARRAGI	Nadège	Histologie/Bio de la reprod	TENON
114	ROBERT	Annie	Hématologie biologique	SAINT ANTOINE
115	ROSENHEIM	Michel	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
116	ROSENZWAJG	Michelle	Immunologie	PITIE SALPETRIERE

117	ROSSIGNOL	Sylvie	Physiologie/Explo fonction	TROUSSEAU
118	ROUSSEAU	Géraldine	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
119	ROUX	Patricia	Parasitologie	SAINT ANTOINE
120	SEBE	Philippe	Urologie	TENON
121	SEBILLE	Alain	Physiologie	SAINT ANTOINE
122	SELLAM	Jérémy	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
123	SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	Santé Publique	SAINT ANTOINE
124	SIBONY	Mathilde	Anatomie pathologique	TENON
125	SIMON	Dominique	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
126	SOUGAKOFF	Wladimir	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
127	SOUSSAN	Patrick	Virologie	TENON
129	STANKOFF	Bruno	Neurologie	TENON
130	STRAUS	Christian	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
131	SVRCEK	Magali	Anatomie/cytologie patho	SAINT ANTOINE
132	TANKOVIC	Jacques	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
133	THELLIER	Marc	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
134	THOMAS	Ginette	Biochimie	SAINT ANTOINE
135	THOMASSIN	Isabelle	Radiologie	TENON
136	TRESCA	Jean-Pierre	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
137	URIOS	Paul	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
138	VAYLET	Claire	Biophysique/Méd.Nucléaire	TROUSSEAU
139	VEZIRIS	Nicolas	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
140	VIGOUROUX	Corinne	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
141	VIMONT BILLARANT	Sophie	Bactériologie	TENON
142	WAROT	Dominique	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
143	WEISSENBURGER	Jacques	Pharmacologie	SAINT ANTOINE
144	WOLF <i>retraite le 16.10.2010</i>	Claude	Biochimie	SAINT ANTOINE

En gras : MCUPH chefs de service

Détachement et autres positions

145	CARAYON	Alain	Biochimie – Pitié Salpêtrière Détaché du 01.12.2007 au 30.11.2011
146	FILLET	Anne-Marie	Bactériologie-Pitié Salpêtrière Détachée AFSA du 01.09.2009 au 31.08.2011
147	GARCON	Loïc	Hématologie biologique – Saint Antoine Délégation aux USA ◀01.07.2012
148	KHOSROTEHRANI	Kiarash	Dermatologie - Tenon Disponibilité pour convenances personnelles◀31.12.2010
149	TEZENASDUMONTCEL	Sophie	Biostatistiques et informatique médicale- Pitié Salpêtrière Délégation auprès de l'unité INSERM 669◀30.04.2011

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Ecole, 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.

Sommaire

Remerciements	3
Professeurs des universités – Praticiens hospitaliers	5
Maître de conférences des universités – Praticiens hospitaliers	13
Serment d’Hippocrate	17
Sommaire	18
Introduction	20
Méthode	22
1. Le recrutement	22
2. Le déroulement	23
3. Les thématiques abordées	24
4. Les entretiens	24
4.1 Premier « focus group »	24
4.2 Deuxième « focus group ».....	25
4.3 Troisième « focus group »	25
5. La retranscription	26
6. L’analyse qualitative	26
7. Gestion des entretiens	26
Résultats	28
1. Les représentations de la douleur	28
1.1 L’otalgie est une douleur intense	28
1.2 Le comportement de l’enfant : de l’apathie à l’agitation.....	29
1.3 La douleur est une expérience normale.....	30
1.4 La douleur a une valeur éducative.....	32
1.5 La douleur est une expérience angoissante et traumatisante	33
2. Les difficultés de l’évaluation	36
2.1 Identifier la douleur	36
2.2 Evaluer l’intensité de la douleur.....	38
2.3 Les échelles de la douleur sont peu adaptées et peu utilisées.....	40
2.4 Les incertitudes de l’évaluation	43
3. Les représentations des traitements : soulager et traiter	46
3.1 Méthodes non médicamenteuses.....	46
3.2 Doliprane® (paracétamol) et Palier II.....	48
3.3 Paracentèses et Aérateurs trans-tympaniques	53
3.4 Antibiotiques et « leurs pouvoirs antalgiques »	55
3.5 Corticothérapie ? Anti-inflammatoires non stéroïdiens ?	58
4. Rôle et place des parents observés par les médecins	60
4.1 Reconnaître la douleur de l’enfant : déni des parents et caprice de l’enfant	60
4.2 Décider de traiter : de la sidération à la routine.....	63
4.3 Inquiétude des parents devant une situation inhabituelle	65
4.4 Les incohérences dans la prise en charge parentale de l’enfant.....	67
5 L’otite, une pathologie qui continue d’interroger les médecins	68
5.1 La reconsultation.....	68
5.2 La question du paiement de la visite de contrôle.....	71
5.3 La coordination des soins.....	72

Discussion	74
1. Objectif de l'étude	74
2. Synthèse des résultats	74
2.1 Représentation de la douleur	74
2.1.1 Selon le genre	75
2.1.2 Selon l'âge des médecins	76
2.1.3 Selon le vécu de la douleur	77
2.2 Etre sensibilisé à la douleur pour la détecter et la quantifier.....	78
2.2.1 Détecter et graduer la douleur.....	78
2.2.2 Les échelles : une aide inadaptée à l'otite	79
2.2.3 L'incertitude de l'évaluation persiste souvent.....	80
2.3 Evolution des représentations : traitement de la cause/traitement de la douleur	81
2.3.1 Soulager l'enfant.....	81
2.3.2 La prescription antalgique varie avec la génération	82
2.3.3 Traitements étiologiques	84
2.4 Les réactions parentales observées par les médecins	85
2.4.1 Reconnaître la douleur de l'enfant.....	85
2.4.2 L'angoisse des parents.....	87
2.4.3 Les incohérences de la prise en charge parentale.....	87
2.5 Autres difficultés abordées par les médecins autour de l'otite.....	88
3. Les points forts	89
3.1 Avantage de la méthode qualitative.....	89
3.2 Emergence d'idées singulières	90
4. Les limites de l'étude	91
4.1 Par rapport à la méthode.....	91
4.2 Les questions sans réponse	92
4.3 Les points à approfondir	92
5. Confrontation aux autres études	93
5.1 Représentation de la douleur	94
5.2 L'évaluation	98
5.3 Les thérapeutiques	100
5.3.1 Les antalgiques	100
5.3.2 Les antibiotiques.....	102
5.3.3 Les topiques	103
5.4 Réaction des parents.....	104
6. Conclusion	106
Conclusion	108
Références	110
Annexes	116
Annexe 1 : Les thématiques	117
Annexe 2 : Lettre d'invitation	118
Annexe 3 : Introduction d'entretien	119
Annexe 4 : Participants au "Focus group"	120

Introduction

L'otite moyenne aiguë est une pathologie fréquente, et tout spécialement chez l'enfant de moins de 3 ans. En effet, 62 % des enfants de moins d'un an, et 83 % des enfants de moins de 3 ans ont présenté une otite selon les études analysées. Ces chiffres s'appuient sur une revue de la littérature internationale entre 1988 et 2000. **(1)**

Cette pathologie a fait l'objet de nombreux travaux notamment sur son étiologie bactérienne, et sa prise en charge thérapeutique (essais comparatifs d'antibiothérapie) **(1)**. Cependant, la douleur qu'elle génère et les moyens de la soulager ont été très peu étudiés.

Plus globalement, les travaux portant sur la douleur de l'enfant et ses conséquences sont récents. La première recommandation sur les douleurs de l'enfant est parue en 2000. **(2)** La seule étude à faire spécifiquement écho à ces recommandations est une étude de 2004. **(3)**

Pourtant, médecins, enfants et parents savent depuis longtemps que l'otite est une pathologie très douloureuse. De plus, c'est un motif de consultation fréquent. Une étude récente **(3)** confirme que les douleurs de l'otite moyenne aiguë sont particulièrement intenses. Paradoxalement, la prescription habituelle dans ce cas est du paracétamol. Et c'est bien le paracétamol qui reste la prescription recommandée dans les différentes publications internationales récentes : la recommandation belge de 2000 **(1)**, la recommandation américaine de 2004 **(4)**, l'australienne en 2009 **(5)** ou l'italienne en 2010 **(6)**.

En 2000, la Haute Autorité de Santé (HAS) **(2)** soulignait l'insuffisance de traitement antalgique en pédiatrie. L'étude "Gavroche" **(3)** est une étude épidémiologique française réalisée en 2004 sur l'ensemble du territoire. Celle-ci a inclus 2733 enfants souffrant d'otite moyenne aiguë et a montré une insuffisance de traitement antalgique.

Des études américaines de la fin des années 80 **(7, 8)** ont montré, pour l'une que le stress et la douleur diminuent les défenses immunitaires et retardent la guérison lors de chirurgie chez le prématuré. **(7)** L'autre étude a mis en évidence que le déficit d'antalgiques ou d'anesthésie péri-opératoire peut avoir des conséquences délétères y compris sur la morbidité et la mortalité. **(8)** Le résultat de ces études semble très peu connu.

Actuellement, du fait de l'augmentation de la résistance bactérienne, la priorité de prise en charge des otites s'est focalisée sur la diminution des prescriptions d'antibiotiques. Toutes les recommandations insistent sur ce point.

La prise en charge des otites pourrait donc se recentrer sur le traitement symptomatique.

Cette distorsion, entre le fait que tous s'accordent à évaluer la douleur de l'otite comme très intense et la faiblesse d'utilisation des antalgiques chez l'enfant, a suscité le sujet de ce travail.

Nous nous sommes interrogés sur les représentations, connaissances et croyances des médecins généralistes qui sous-tendent les habitudes de prescriptions des antalgiques dans le cadre de l'otite moyenne aiguë.

A cet effet, nous avons réalisé une étude qualitative à partir de "focus group" de six médecins généralistes. Cette technique d'entretien s'est révélée être la plus adéquate pour mettre en exergue les représentations. La notion de représentation désigne « le contenu de la mémoire se rapportant à un objet, une situation ou un événement. » **(9)** L'exploration des représentations doit permettre de mieux comprendre et expliquer cette problématique.

Méthode

Nous avons choisi la méthode qualitative par “focus group” dans le but de collecter les représentations des médecins généralistes à propos de la douleur des enfants au cours des otites moyennes aiguës. **(10,11)**

Ces entretiens de groupe constituent un «groupe d’expression» sur un sujet ciblé. Les groupes sont formés de 5 à 7 médecins volontaires. Ils sont encouragés à parler librement sur le sujet de la douleur de l’enfant dans les otites et son traitement, guidés par de petits textes introductifs.

L’avantage de cette méthode est sa capacité à faire émerger des idées nouvelles. La dynamique de groupe stimule la discussion, permet de clarifier et préciser les différentes idées soumises. Le but de la discussion focalisée de groupe est de recueillir la plus grande diversité d’idées possibles.

L’étude a ainsi permis d’explorer par groupe, les représentations des médecins en les replaçant dans des contextes relatifs à l’âge respectif des participants, leurs conditions d’exercice, leur genre.

1. Le recrutement

Le recrutement des participants est réalisé en mai 2009.

La population concerne des médecins généralistes installés et des internes de médecine générale en cours de formation. Selon un choix raisonné, les médecins conviés ont des profils différents à la fois au niveau du genre, des activités et de l’âge. Les médecins généralistes sont soit des médecins enseignants de la faculté, soit installés dans le

secteur géographique proche de la faculté, c'est-à-dire dans les XI^e et XII^e arrondissements de Paris.

Le premier groupe était constitué d'internes. Pour ceux-ci, une condition était nécessaire : avoir validé leur semestre de formation chez le praticien. La plupart des internes sont des co-internes connus de l'auteur de cette thèse et ont été contactés par mail et téléphone. Ce premier groupe a permis à l'équipe d'investigateurs de tester et valider l'organisation matérielle et les relances thématiques introductives des quatre parties de l'entretien.

Dans les deux autres groupes de l'étude, se côtoient des médecins maîtres de stage et non maîtres de stage.

Les médecins maîtres de stage ont été recrutés par effet "boule de neige" au niveau du département de Médecine générale.

Pour les médecins non enseignants, nous avons sollicité des médecins installés exerçant à proximité de la faculté. Leurs adresses sont sélectionnées dans les pages jaunes avec comme critère, médecine générale et proximité immédiate de la faculté, lieu des entretiens.

2. Le déroulement

Au moment du recrutement, la présentation de l'étude a été faite dans la lettre d'invitation (**annexe 2**) adressée aux différents protagonistes éventuels. Celle-ci comporte l'exposé du sujet et les raisons qui motivent cette étude ainsi que celles pour lesquelles nous sollicitons la participation du bénéficiaire de la lettre.

Les entretiens ont duré environ deux heures. Les investigateurs, dans le cas présent le thésard et son directeur de thèse, ont assuré l'ensemble de l'organisation.

Au début des entretiens, l'animateur (le thésard) lit les introductions thématiques et les distribue par écrit aux participants (**annexe 1**). Le débat se déroule en présence d'un à deux observateurs. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement et anonymisés. La participation des médecins était bénévole.

3. Les thématiques abordées

Le “focus group” s’articule autour de quatre thématiques. (**Annexe 1**)

La première thématique proposée porte sur les représentations que peuvent avoir les médecins généralistes d’un enfant douloureux lors d’une otite moyenne aiguë.

La deuxième traite de l’évaluation de la douleur dans ce contexte.

La troisième aborde la question des thérapeutiques antalgiques, et la gestion des différents outils thérapeutiques.

La dernière thématique donne aux intervenants la possibilité de s’exprimer sur les difficultés rencontrées autour de ce sujet à quelque niveau que ce soit.

4. Les entretiens

4.1 Premier « focus group »

Le premier focus group a été réalisé le 5 mai 2009.

Le groupe était constitué de six internes, à des stades différents de leur formation mais tous devaient avoir réalisé leur stage chez le praticien. En pratique, les plus « jeunes » entraient en quatrième semestre et la plus avancée était déjà remplaçante.

Le groupe était majoritairement féminin : cinq femmes, un homme.

Il n’y a pas eu de désistement pour ce groupe.

4.2 Deuxième « focus group »

Le deuxième focus group a été réalisé le 27 mai 2009.

Il était constitué de six médecins généralistes. Le groupe était majoritairement féminin : cinq femmes, un homme. Tous les médecins participants avaient leur cabinet à proximité du lieu de l'entretien dans les XI^e et XII^e arrondissements de Paris. Parmi ces médecins, trois d'entre eux sont des maîtres de stage. L'une des participantes est chef de clinique de Médecine générale.

Deux des médecins n'avaient que quelques années d'exercice, ce sont de jeunes installés. Les autres ont une trentaine d'années d'exercice.

Parmi eux, l'un des médecins s'intéresse particulièrement à la prise en charge de la douleur et fait partie d'un réseau de lutte contre la douleur.

Il y a eu un désistement pour ce groupe.

4.3 Troisième « focus group »

Le troisième focus group a été réalisé le 5 juin 2009.

Il était constitué de six médecins généralistes. Le groupe était majoritairement masculin : cinq hommes et une femme.

Les médecins participants avaient pour la moitié leur cabinet à proximité du lieu d'entretien dans les XI^e et XII^e arrondissements de Paris. Les autres sont plus éloignés et ont été recrutés parmi les maîtres de stage.

Le groupe était homogène. Les praticiens exercent la médecine en cabinet depuis 20 à 30 ans, et avaient des âges similaires. Il y a eu un désistement pour ce groupe.

Tableau récapitulatif (**annexe 4**)

5. La retranscription

L'intégralité des enregistrements a été retranscrite et anonymisée en complétant les enregistrements par les notes prises durant les entretiens (ordre de passage des intervenants et communication non verbale).

6. L'analyse qualitative

Pour réaliser l'analyse qualitative en elle-même, nous avons utilisé la technique de codage axial. Le verbatim a été découpé en mots, phrases, expressions ou extraits de texte qui présentaient une seule et même idée. Dans un premier temps, les UMS (Unités Minimales de Signification), puis les unités ont été classées en thèmes et sous-thèmes, pondérées s'il y avait redondance.

Le codage a été réalisé manuellement par quatre relecteurs de façon indépendante. Début 2010, la réunion de mise en commun du codage a permis d'apprécier la saturation des idées. Un quatrième groupe d'entretien n'a pas semblé nécessaire.

7. Gestion des entretiens

Chacun des groupes s'est coloré de particularités.

Le premier groupe constitué de jeunes médecins internes et remplaçants s'est montré plus discipliné au niveau du respect des consignes, peut-être plus scolaire.

Le deuxième groupe s'est trouvé être un groupe à majorité féminine. La discussion y a été très animée, enthousiaste mais aussi colorée de prises de conscience et d'une éventuelle culpabilité.

Le dernier groupe à majorité masculine a débuté un peu en retard. Ce démarrage précipité a entraîné une ambiance assez tendue lors du début de l'entretien. Certains médecins sont entrés en discussion avec les organisateurs par rapport aux consignes de bon déroulement de la séance. Une fois le trouble apaisé, la discussion a continué mais a gardé un rythme saccadé par de nombreuses interruptions entre les participants.

Résultats

1. Les représentations de la douleur

1.1 L'otalgie est une douleur intense

Les médecins participants aux entretiens ont dans l'ensemble reconnu que l'otalgie ressentie lors d'une otite moyenne aiguë est une douleur intense. La plupart sont d'accord pour parler de « *douleur forte* » (M3G1 ; M5G1 ; M2G1 ; M1G1 ; M6G1 ; M5G2 ; M3G2 ; M6G2 ; M2G3 ; M4G3).

Mais les descriptions et les représentations les plus vives se livrent lorsque les participants abordent leur vécu personnel de l'otalgie : « *j'ai eu une fois ou l'autre des otites, (...) et ça fait un mal de gueux* » (M1G2) ou encore « *c'est horrible, c'est pire qu'une douleur dentaire parce que c'est profond, c'est lancinant, c'est vraiment une douleur méchante.* » (M1G2). Un autre médecin nous confie : « *Je n'ai jamais eu aussi mal, de douleur aussi forte... on a envie de se taper la tête partout* » (M3G1) ou encore, « *j'en ai eu une seule dans ma vie, mais j'ai souffert le martyr* » (M6G2). Le constat de douleur intense de l'otalgie vécue personnellement se retrouve aussi bien chez des médecins homme que femme.

L'une des participantes ajoute que l'otite est un phénomène douloureux lié à sa localisation. Le tympan étant une membrane très sensible, elle illustre son idée par le fait que « *il suffit de se mettre un coton tige un peu loin pour voir quelle sensation ça procure quand on touche les tympans* » (M1G2).

Pour illustrer l'otalgie, l'un des médecins raconte un cas qui a frappé sa mémoire. Elle nous raconte le cas d'une enfant de 15 mois, qu'elle prend rapidement en consultation alors qu'elle se trouvait dans sa salle d'attente, « *un bébé hyper agité, et c'était une douleur, il touchait l'oreille, c'était vraisemblablement l'oreille, et c'est vrai que quand j'ai regardé à l'otoscope, elle avait un insecte dans son oreille* » (M5G2).

La caractéristique principale de la douleur intense de l'otalgie est qu'elle survient la nuit. Dans tous les groupes d'entretien, cette caractéristique a été fortement mise en avant, « *la nuit (...) l'enfant est censé dormir, donc il s'agit effectivement d'une douleur forte* » (M5G2).

Cette douleur intense de l'enfant est le vecteur d'un malaise qui se communique à la cellule familiale « *notamment parce qu'un enfant pleure toute la nuit* » (M4G1). L'épuisement familial se surajoute à la douleur vécue par l'enfant et fait apparaître un tableau de souffrance familiale que les médecins reçoivent comme motif de consultation.

1.2 Le comportement de l'enfant : de l'apathie à l'agitation

Le comportement classique de l'enfant douloureux rapporté unanimement par les généralistes est « *(l'enfant) il se réveille dans la nuit, il pleure* » (M2G1). Tous les groupes de travail rapportent une présentation de l'enfant douloureux hétérogène et même qui pourrait sembler paradoxale.

L'enfant douloureux peut se présenter comme un enfant très agité, ce constat est le premier qui est fait dans les différents groupes « *des enfants qui sont démonstratifs, qui communiquent leur inconfort et leur stress aux parents* » (M6G1). Les praticiens décrivent souvent l'enfant douloureux dans l'opposition, « *les cris, l'agitation psychomotrice, le refus de se laisser examiner, tout ce comportement qui est dans l'opposition vis-à-vis de tout ce que l'on peut faire avec le nourrisson* » (M6G1). Au refus de l'auscultation, l'une des praticiennes note des réactions à l'examen otoscopique, « *juste quand on met le spéculum dans l'oreille, (...) il sursaute, il enlève la tête* » (M2G2). Et chez l'enfant plus âgé, les médecins questionnent directement l'enfant, « *je lui parle à l'enfant, quand ils peuvent verbaliser, j'ai mal ou j'ai pas mal* » (M4G2) et « *plus grands, les enfants se mettent la main sur l'oreille* » (M1G2).

Pour aller plus loin que les signes démonstratifs de la douleur, certains médecins mentionnent l'attitude générale de l'enfant, « *les enfants n'ont pas l'air de trouver la vie*

très belle » (M1G2), « ils sont raleux » (M1G2), et jusque dans leur regard, le médecin voit des nuances « un peu tristes, un peu fixes et hostiles » (M1G2), comme s'ils étaient « hostiles aux gens de l'extérieur » (M1G2), et le même médecin ajoute, « ils (les enfants) se tortillent, ils vous regardent méchamment » (M1G2).

L'image la plus ancrée dans la représentation des différents médecins interrogés est « *un enfant qui se met à pleurer, à hurler au milieu de la nuit » (M1G1).*

Un médecin souligne que la présentation de l'enfant peut être le tableau inverse, « *des nourrissons qui sont apathiques, abattus, qui refusent les interactions qu'ils ont habituellement avec leur entourage » (M6G1). D'autres complètent, « par son comportement, la prostration, euh, quand il est au cabinet, son attitude de rester avec les parents, la protection maternelle » (M5G2).*

Il est aussi souligné qu'un enfant qui reste silencieux alors qu'il est douloureux alerte d'autant plus les médecins, « *je pense qu'un enfant qui est silencieux quand il souffre est plutôt un enfant dont la douleur mérite sûrement une considération plus importante » (M4G3).*

Un autre symptôme auquel les médecins sont particulièrement vigilants chez l'enfant reste l'alimentation. Chez l'enfant douloureux, le premier retentissement constaté reste « *le refus de l'alimentation » (M5G1).*

1.3 La douleur est une expérience normale

La douleur est normale, elle est une expérience de la vie, « *avoir un petit peu mal, ça fait partie des expériences qu'on aura à faire au cours de sa vie » (M3G1). Les médecins partagent les représentations communes de la douleur. Il y a peu encore, pour tout un chacun la douleur faisait partie du processus habituel de guérison. Pour les parents, les médecins l'identifient clairement, quand la cause est connue et bénigne « ce n'est pas grave s'il souffre » (M3G1).*

Dans l'otite, la douleur est normale dans le sens où elle s'explique par son support organique visible à l'examen clinique, « *quand j'examine l'enfant si j'ai un tympan qui est abîmé, je lui dis... que je comprends qu'effectivement il ait l'air d'avoir mal... qu'il est courageux de ne pas avoir l'air plus indigné par la douleur* » (M1G2).

A l'inverse, l'un des médecins souligne le fantasme de nos sociétés modernes de faire un monde sans douleur, « *docteur, je ne veux pas souffrir* » (M3G3). Le médecin se heurte alors à la représentation de toute puissance que certains pourraient avoir de lui ou de la médecine et à la nécessité de montrer au patient la réalité, « *ce n'est pas sûr quand même qu'on arrive à zéro douleur* » (M3G3).

Tous les médecins sont unanimes sur le fait que laisser persister la douleur n'est pas normal. A ce jour, la médecine a les moyens d'apporter un soulagement au patient, « *dans tous les cas, ce n'est pas normal de laisser souffrir* » (M5G1) ou encore « *ça n'est pas normal qu'un enfant souffre surtout qu'on a les moyens de le soulager* » (M2G1). Un autre médecin met l'accent sur l'obligation de prendre les moyens de soulager et donc de rechercher les douleurs, « *c'est pas normal que nous, on prenne pas en compte sa souffrance* » (M5G1).

Dans le cas de la douleur de l'enfant, on ne peut pas avoir la certitude d'être parfaitement efficace, mais par contre les médecins expriment leur besoin d'utiliser les meilleurs moyens. La difficulté resterait au niveau de la détection de la douleur chez un petit enfant qui ne sait pas encore la verbaliser explicitement, « *la reconnaissance de la douleur chez le tout-petit, c'est pas évident* » (M2G1).

Il émerge de l'entretien une question, peut-être une inquiétude, les médecins ont-ils un déni de la douleur des enfants dans l'otite, non pas de savoir s'ils ont mal, mais sur leur niveau de douleur, « *on est un peu dans le déni je crois. Finalement les gosses, ils ont de la fièvre donc ils ont leur Doliprane® et on nous les amène en nous disant qu'ils ont mal* » (M1G2). C'est toute la difficulté de l'évaluation, « *la douleur, ça ne se voit pas* » (M5G2).

Les médecins reconnaissent l'otite douloureuse mais « *je pense qu'on prend une espèce d'habitude d'acceptation* » (M1G2).

1.4 La douleur a une valeur éducative

Pour les adultes, la douleur est un élément « *de leur éducation et d'un cheminement qui fait partie d'eux, de leur vie* » (M1G1). L'adulte peut choisir de prendre ou pas un traitement qui soulagerait sa douleur, « *quand on prescrit un antalgique, on se dit si le patient ne le prend pas, il peut choisir de souffrir* » (M2G1).

L'enfant, lui, ne connaît pas encore les douleurs. Les jeunes médecins sont particulièrement touchés par leur devoir et leur désir de les protéger, « *on a l'impression qu'ils sont plus démunis, donc moi, j'aurais envie d'essayer de les soulager au maximum* » (M2G1). L'enfant qui est, par définition, fragile et dépendant de l'adulte, doit bénéficier d'une plus grande protection, « *l'empathie est plus exacerbée vis-à-vis d'enfants* » (M2G1).

L'enfant ne sait pas utiliser un moyen pour soulager son mal. Les jeunes médecins sont dans l'ensemble peu sensibles au pouvoir éducatif de la douleur. Pour eux, connaître la douleur est inéluctable, et donc dès qu'ils peuvent l'identifier, il faut la soulager, car on la découvre chez l'enfant toujours à retardement, « *en consultation, il faut soulager la douleur, car il aura déjà fait depuis un certain temps l'expérience de la douleur* » (M3G1).

Même si, les parents laissent leur progéniture appréhender la douleur lors de petits accidents domestiques, « *avoir mal quand on se cogne c'est normal, ça fait partie de l'éducation* » (M3G1). L'enfant expérimente des douleurs lors des chutes, « *ça va lui apprendre qu'il fasse attention en marchant ou faisant du vélo, ça va être utile* » (M3G1), mais ces douleurs traumatiques sont différentes de la douleur pathologique de l'otite.

Chez des médecins plus âgés, la douleur fait partie de la maturation de l'individu, « *on ne leur (les enfants) apprend pas qu'on peut avoir un peu mal, et que ce n'est pas grave* » (M5G3). La douleur est une expérience désagréable, mais il est impossible de dire si elle ne joue pas un rôle dans le processus de maturation de l'enfant, « *est-ce qu'élever des enfants sans douleur ne va pas induire d'autres pathologies du comportement ?* » (M4G3).

Mais les médecins nuancent bien sûr leur propos, dans le fait que si la douleur est utile à connaître, uniquement si elle est faible, « *qu'il ait goûté la petite douleur* » (M5G3) ou bien que l'on ait les moyens de la contrôler, « *la douleur peut être maturante si on a des outils, des choses prêtes à la contenir* » (M2G3).

Les médecins remarquent aussi dans leur pratique, chez les enfants qui nécessitent des soins invasifs à répétition, des comportements très différents d'un enfant à l'autre, « *il y a des enfants qui ne bronchent pas parce qu'ils ont l'habitude ou qu'ils ont appris à gérer leur douleur* » (M1G1) tandis que d'autres se débattent. Devant ce genre de situation, se pose la problématique de l'apprentissage de la gestion de la douleur et de la prévention des douleurs contingentes des soins. C'est toute la question de l'EMLA avant les vaccins, « *ils (les parents) demandent volontiers de l'EMLA pour les vaccins* » (M6G2).

1.5 La douleur est une expérience angoissante et traumatisante

La douleur a une part anxiogène. Tous les médecins s'accordent sur le fait que l'angoisse participe à la douleur, « *il y a une part d'anxiété dans la douleur qui est à mon avis tout aussi importante que la sensation douloureuse elle-même* » (M6G1). Et pour toute personne, la douleur est une sensation qui suscite bien plus qu'un simple ressenti, « *il y a la douleur physique, tout ce qui est neurotransmetteur et il y a la représentation de ce qu'on s'imagine de la douleur* » (M6G1).

Pour le petit enfant, les sensations sont nouvelles et la douleur est une sensation désagréable qu'il ne connaît pas, « *lui (l'enfant) qui connaît pas ça justement* » (M4G1). L'inconnu est angoissant.

Par la suite, même si la douleur est une sensation connue, il n'est jamais possible de savoir jusqu'à quel point la douleur va être intense, « *ce qui est insupportable dans la douleur, c'est qu'on ne sait pas jusqu'où elle va s'envoler* » (M2G3) et combien de temps elle peut durer, « *l'idée que cette douleur, elle va encore augmenter, parce que là, il a mal, et peut-être dans 2h, ça va encore être pire* » (M2G3). En ce qui concerne la douleur, l'angoisse persiste toujours.

L'angoisse est accrue car la douleur de l'otite survient principalement la nuit. La nuit est un facteur angoissant par lui-même, les angoisses crépusculaires en sont un exemple. Mais de façon plus objective, la nuit augmente l'isolement, *« c'est encore plus angoissant, on est plus démuné, il n'y a pas de médecin » (M2G1)*. En effet dans la journée, il est toujours possible d'aller chez son médecin traitant ou de lui téléphoner.

Cette douleur nocturne pousse les parents des enfants à consulter en urgence. Dans le cas des patients examinés dans le service des urgences, ces enfants sont dans l'ensemble plus stressés. Le service des urgences est un lieu stressant, *« où il y a beaucoup de monde, où ça s'agite de partout, où il ne connaît pas du tout, la mère est angoissée, le tient par la main, ils attendent des heures » (M1G1)* ; l'enfant y est, de plus, examiné par un médecin inconnu, en blouse blanche.

Pour les internes, il est clair que les enfants douloureux examinés aux Urgences sont dans l'ensemble plus paniqués qu'en ville, *« le cabinet du médecin où tout le monde connaît, que l'enfant a déjà vu, plus au calme » (M1G1)*. Et pour les internes le lien entre le niveau de la douleur et le stress est évident, *« est-ce que du fait du stress on a plus mal ? Je veux dire que quand on stresse et qu'on a mal, on a beaucoup plus mal que si on n'est pas stressé alors qu'on a par exemple la même douleur. Le stress décuple la douleur » (M1G1)*.

Une autre interne ajoute que l'agitation des enfants est toujours plus importante qu'en cabinet de ville, *« en ville, j'ai pas eu à maîtriser d'enfant. Alors qu'aux Urgences, il n'y a pas une garde sans qu'on ait à maîtriser un enfant avec l'infirmière » (M2G1)*. Le cadre influe sur la réaction des patients, *« c'est vrai que le cadre aussi fait qu'on a une perception de la douleur, un ressenti qui est différent » (M2G1)*.

Un entourage inquiet et angoissé augmente les pleurs ou les manifestations douloureuses d'un enfant, *« je pense qu'un enfant est d'autant plus enclin (...) à manifester bruyamment sa douleur, même si elle est faible, qu'il sent autour de lui un entourage inquiet » (M4G3)*.

En ce qui concerne la notion de traumatisme lors de l'otite, les généralistes sont beaucoup plus partagés. A la notion de traumatisme, la question de la mémoire de l'événement émerge, *« ce n'est pas parce qu'on ne s'en souvient pas qu'on n'a pas eu mal »*

(M2G3), mais aussi le lien qui peut être fait entre traumatisme et séquelle, « *traumatisme, ça veut dire que ça laisse des séquelles.* » (M5G3) « *Oui, mais c'est pas forcément dans le souvenir* » (M2G3).

Les médecins font remarquer le fait que le ressenti de la douleur pour l'enfant, et particulièrement le nourrisson, est un concept relativement récent, « *même à Trousseau en 87, il y a eu des interventions sans anesthésie (...) on pensait pas que l'enfant puisse souffrir* » (M5G2). Les techniques d'anesthésie et de soulagement de la douleur se sont perfectionnées mais l'attention portée aux soins de la douleur a aussi évolué, « *on pensait que les enfants ne souffraient pas, mais depuis 20 ans, on sait que les enfants souffrent, tu m'affoles* » (M6G2).

Les avis sont partagés. Certains pensent que les enfants ne sont pas capables de se souvenir, en tout cas consciemment, des soins qu'ils ont reçus dans leurs plus jeunes années, « *il (l'enfant) n'avait pas la mémoire de la douleur et, c'est peut-être pour ça qu'il y a eu une errance, une longue errance* » (M5G2).

L'intérêt pour la douleur de l'enfant a évolué ces dernières années. L'une des internes fait remarquer, que « *maintenant, il y a des recherches qui ont montré que ça a des effets sur le développement psychologique* » (M5G1).

Pour certains, la douleur de l'otite est traumatisante mais dans quelle mesure ? « *Quel genre de séquelle il peut garder ? Et la question, est-ce que c'est traumatisant ou pas ?... Ben j'ai envie de dire oui, c'est traumatisant mais en même temps, je ne comprends pas comment puisqu'il n'a pas la mémoire* » (M3G2).

Tandis que pour d'autres, et particulièrement les médecins hommes plus âgés, comme l'enfant n'a pas de souvenir de l'otite, il n'y a pas de traumatisme, « *J'ai l'impression que ce n'est pas traumatisant pour le reste de la vie* » (M3G3).

Par contre, les enfants qui font des otites à répétition, avec éventuellement des paracentèses, subissent un traumatisme répété, « *eux, ils ont quand même une certaine mémoire, parce que eux, on a du mal, à les examiner (...) quand tu approches l'otoscope et*

que tu veux examiner cet enfant-là, on sait que lui, il se rappelle bien de ce qui s'est passé » (M3G3).

2. Les difficultés de l'évaluation

2.1 Identifier la douleur

L'identification de la douleur chez le tout-petit n'est jamais aisée. La 1^{ère} étape devant un enfant qui a un comportement inhabituel, le plus souvent des cris, est de déterminer s'ils sont liés à une douleur, *« je pense qu'on a du mal à cerner la douleur chez l'enfant » (M2G1) ; « savoir s'ils ont mal ou pas » (M1G1).* Et plus qu'une difficulté de détection, *« La douleur, chez l'enfant, peut passer inaperçue » (M3G1)* d'après un deuxième intervenant.

Chez l'enfant qui pleure, il est difficile de trouver la raison de ses pleurs. Quand un enfant pleure, la première chose recherchée est un inconfort, a-t-il faim ou sommeil ? *« Ce n'est pas une première priorité de rechercher une douleur » (M1G1).*

De plus, le médecin examine l'enfant, dans le cadre particulier et nouveau pour lui d'une consultation, *« c'est difficile, dans ce cas-là, de faire la part entre le côté exceptionnel de la consultation et la souffrance de l'enfant » (M4G2).*

Quand un enfant a un comportement inhabituel, bien souvent la fièvre alerte les parents. La fièvre est le plus souvent le motif de consultation, *« il (l'enfant) a de la fièvre, il n'est pas bien et on parle secondairement de la douleur » (M4G2).* Le symptôme d'hyperthermie est à la fois l'élément qui éveille l'attention des parents, et aussi le symptôme qui concentre l'inquiétude de la famille, *« le pouvoir anxiogène de la fièvre, il est nettement supérieur à l'idée qu'ils peuvent se faire de la douleur » (M6G1).* La fièvre fait généralement passer la douleur au second plan, *« s'il a de la fièvre et ben la douleur, elle passera totalement inaperçue, parce qu'on s'en préoccupe pas trop » (M1G1).*

Dans l'otite, il est usuel d'associer la présentation clinique d'un tympan bombant avec une douleur intense, *« quand on voit qu'il y a une otite bombante, (...), là on se dit que l'enfant doit vraiment avoir mal » (M3G1).* Pour une autre praticienne, l'examen clinique

permet de confirmer son impression, et celle des parents qui amène leur enfant, « *quand j'examine l'enfant, si je vois un tympan qui est abîmé, je dis aux parents et à lui que je comprends qu'effectivement il ait l'air d'avoir mal* » (M1G2).

Sans l'appui précieux de l'otoscopie pour le cas de l'otite, l'identification de la douleur est difficile, les médecins reconnaissent qu'il y a une grande part de subjectivité du praticien qui entre en jeu, « *savoir s'ils ont mal ou pas (...) chez le tout-petit, c'est totalement subjectif.* » Pour l'une des praticiennes, l'intuition y joue une bonne part, « *cela reste très intuitif* » (M2G1).

En médecine générale, le praticien a un avantage certain. Il connaît son petit patient en dehors de la douleur, et peut donc plus facilement identifier un état douloureux, « *on connaît l'enfant quand il est bien et l'enfant quand il a une otite, ce qui est quand même un gros avantage.* » (M2G2). Les jeunes médecins font la même remarque, « *notre atout en ambulatoire, c'est quand on connaît la famille* » (M6G1).

Il est aussi à noter des différences générationnelles, les jeunes médecins sont dans l'ensemble davantage sensibilisés à la recherche de la douleur. L'une des jeunes médecins rapporte son impression, « *ceux qui sont de la vieille école et qui disent que la douleur c'est utile !* » (M6G1). Aussi pour découvrir la douleur du tout-petit, encore faut-il être sensibilisé à la rechercher !

L'une des jeunes médecins revient sur une expérience qu'elle faisait aux Urgences, lors de l'accueil de patients drépanocytaires au moment d'une crise vasoocclusive, pour eux « *le traitement de la douleur était complètement protocolisé* » (M1G1). Ce constat ouvre pour l'intervenante la question de l'évaluation de la douleur dans l'otite, « *je ne sais pas si on faisait le lien entre douleur et otite* » (M1G1).

2.2 Evaluer l'intensité de la douleur

La pathologie en elle-même est d'emblée assimilée aux pathologies douloureuses, « *c'est quand même une échelle d'évaluation : on a une otite, donc le gamin doit avoir mal.* » (M6G3).

Une fois la douleur identifiée, et le diagnostic d'otite posé, l'un des médecins nous confie que pour lui, il traite la douleur de l'otite, de la même façon pour la plupart de ses patients. Le questionnaire lui fait même prendre conscience, que si pour lui, une otite est très douloureuse, par contre, « *j'ai pas l'impression que, dans ma pratique, j'évalue. Est-ce que cet enfant a l'air d'avoir mal, plus que l'autre ?* » (M3G1). Il ne fait pas à proprement dit d'évaluation.

Un autre médecin décrit une sorte d'ordonnance type pour la pathologie donnée, notion d'ailleurs partagée par d'autres praticiens, « *c'est plus une ordonnance type qu'une ordonnance par rapport à la douleur d'un patient.* » (M2G1). Pour plusieurs médecins, ils identifient la pathologie comme douloureuse, mais ils ne cherchent pas à caractériser la douleur spécifique d'un individu donné.

Pour les jeunes médecins, l'évaluation devrait être davantage pratiquée, « *mais c'est évident, je pense que je ne le fais pas assez. L'évaluation de la douleur est, à mon sens, pas assez faite* » (M3G1).

Le niveau de douleur, que se représente le médecin lors d'une otite, est différent selon les générations. Chez les jeunes médecins, ils imaginent la douleur de l'otite à un EVA (Echelle Visuelle Analogique) autour de 7, ou 8 sur 10. Chez les médecins plus anciens, la douleur n'est pas au premier plan dans l'otite.

L'évaluation de la douleur s'appuie sur des critères objectifs basés sur la description sémiologique de la douleur que tous les médecins ont abordé, « *l'attitude, les traits figés, les cris, l'agitation psychomotrice, le refus de se laisser examiner, tout ce comportement qui est dans l'opposition* » (M6G1). Un autre médecin complète son évaluation objective par

les réactions de l'enfant pendant l'examen otoscopique, « *juste quand on met le spéculum dans l'oreille, on voit quand même la réaction de l'enfant* » (M2G2).

Les médecins sont conscients que l'évaluation a une part subjective. Dans le référentiel du médecin, se mêlent forcément des critères personnels, « *on a tous probablement eu des otites et donc, on s'imagine assez facilement ce que doivent ressentir les enfants* » (M6G3).

Pour l'un des médecins, dans son souvenir, la douleur de l'otite est la plus forte qu'il ait ressentie, d'autant plus qu'elle touche la tête, « *on a envie de se taper la tête* » (M3G1).

L'une des internes revient sur son expérience au service des urgences, « *l'otite, en dessous d'un an, il (l'enfant) était généralement hospitalisé et je ne pense pas qu'il soit pour autant évalué sur le plan de la douleur* » (M1G1). Ce constat éveille chez elle, un questionnement, « *Est-ce que ce n'est pas assez douloureux ? Est-ce qu'il peut supporter, parce qu'elle (la douleur) ne va pas durer très longtemps ?* » (M1G1). Elle soulève ici une double question, d'une part, le fait que la douleur devrait atteindre un certain degré pour être prise en compte, et d'autre part, que la douleur devrait durer un certain temps pour attirer l'attention des soignants.

Une évaluation de la douleur semble demander du temps pour certains médecins. Une consultation d'enfant peut parfois être plus longue que chez l'adulte : « *la limite, je pense, surtout en ambulatoire, c'est d'avoir le temps de la faire* » (M6G1). Déjà, pour faire une évaluation, le temps manquerait en consultation, donc faire une réévaluation est la plupart du temps impossible.

L'évaluation de la douleur a d'autant plus d'intérêt, si l'on peut la réévaluer après un premier traitement, ce qui serait tout à fait impossible dans le temps imparti à la consultation de médecine générale, « *nous, on les voit pas longtemps, à part s'il reviennent après, on pourra peut-être leur poser des questions* » (M4G2). Mais peut-être que les notions de réévaluation sont nécessaires au fonctionnement de l'hôpital lors des transmissions entre équipes, et ne le sont pas en ambulatoire.

2.3 Les échelles de la douleur sont peu adaptées et peu utilisées

Il existe différentes échelles de la douleur. La connaissance de ces échelles est variable selon les médecins, certains les connaissent, « *il y a beaucoup d'échelles de la douleur chez par exemple, les prématurés et les nourrissons* » (M6G1) ; « *je veux juste dire pour les échelles* » (M5G2). De même, dans le troisième groupe, l'un des médecins cite immédiatement les échelles, « *je commencerai par dire qu'il existe pour les enfants une échelle selon la physionomie de l'enfant* » (M4G3). Tandis que d'autres n'en connaissent que le nom, « *Alors c'est ça ! C'est compliqué !* » (M5G1). Dans tous les groupes, les connaissances des échelles sont hétérogènes d'un médecin à l'autre.

Les internes citent en premier, l'échelle de EDINN (Echelle Douleur et Inconfort du Nouveau-né et du Nourrisson), mais à ce propos les réactions sont mitigées, l'une l'utilise de façon usuelle, « *il y a une échelle assez simple dont moi, je me sers souvent, c'est EDINN* » (M6G1) tandis qu'une autre s'exclame « *c'est compliquée* » (M5G1). Ils citent aussi d'autres échelles en particulier celle des visages, « *l'échelle des visages, les carrés* » (M4G1), mais elle s'adresse à des enfants qui ont au moins 4 ans et l'otite survient bien souvent avant.

Dans les autres groupes, les différentes échelles sont aussi citées, « *j'ai une échelle avec les petits visages pour enfant et puis l'échelle avec les petits triangles pour l'intensité de la douleur* » (M5G2). Les outils d'évaluation sont aussi cités, « *Qui utilise une règlette ou un truc pour évaluer le palier de la douleur ?* » (M5G3).

Dans l'utilisation des échelles, on retrouve aussi une notion générationnelle. Les jeunes générations utilisent plus les méthodes expérimentales basées sur une gradation comparable. L'une des internes ajoute : « *Ceux qui sont de la vieille école et qui disent que la douleur c'est utile et qui, peut-être, jugent que c'est pas nécessaire de perdre 2 min pour faire ça.* » (M6G1). L'analyse de l'interne est peut-être excessive, mais il est facile d'observer que les médecins plus anciens se basent davantage sur leur expérience.

L'utilisation reste dans l'ensemble peu répandue. Plusieurs arguments sont avancés, d'abord l'outil rebute les soignants, « *les médecins trouvent que c'est trop compliqué* » (M3G1), ensuite il est probable que les soignants ne sont pas suffisamment formés à l'utilisation des échelles, « *on n'entend pas suffisamment parler, effectivement on n'est pas formé* » (M3G1).

Devant la faible utilisation de ces échelles, l'une des internes en avait conclu que les échelles de la douleur étaient peu évaluées. « *Je me souviens de ce qui m'avait été transmis et ça avait l'air d'être un truc pas très bien validé* » (M5G1). Dès l'enseignement en second cycle de médecine, il semble que l'utilisation des échelles ne soit pas promue.

Les patients sont réceptifs à l'utilisation des échelles de la douleur, nous rapporte l'un des médecins, « *si on leur a montré, ils savent* » (M3G3) et donc en consultation, ces patients font leur propre évaluation, « *oui ça m'arrive fréquemment que mes patients me disent : "j'ai une douleur de tel niveau"* » (M3G3). Il rapporte aussi que ses patients s'approprient l'outil pour faire passer le message qu'il souhaite à leur docteur, « *parfois ils disent 10, ils exagèrent, mais enfin c'est un autre problème* » (M3G3).

Mais dans le cas des enfants, c'est plus difficile, « *justement pour les enfants, je m'en sers beaucoup plus rarement* » (M3G3). A ce propos, il illustre d'une anecdote, « *j'ai une patiente la semaine dernière qui m'a dit que sa fille avait une douleur de niveau 6. Elle avait un an. Tu vois !* » (M3G3). Cet exemple pose tout le problème de l'évaluation par les parents de la douleur de leur enfant et de la valeur que doit y accorder le soignant.

Il y a aussi une grande différence d'utilisation des échelles selon l'âge des patients. Les médecins disent utiliser les réglottes de mesure de façon habituelle pour les adultes. Pour les enfants ce n'est pas commode, et peu adéquat. D'une part, les enfants trop jeunes sont incapables de se représenter une douleur très intense et d'autre part, pour la réglotte, il faut que l'enfant soit capable de manipuler les notions de droite et de gauche, ce qui n'intervient que vers l'âge de six ans : « *le petit d'abord, il faut qu'il comprenne, qu'il conceptualise de "très, très mal" à "pas du tout mal", ce n'est pas du tout évident* » (M1G3), et pour ce qui concerne les réglottes, « *il faut qu'il soit bien latéralisé pour faire glisser ce curseur, ne serait-ce que ça !* » (M1G3).

Par ailleurs, ces échelles s'adaptent mal à l'ambulatorio, « *en ambulatorio, c'est d'avoir le temps de la faire* » (M6G1). Le temps manque pour réaliser ce genre de gradation durant une consultation. Ces échelles se basent sur l'observation du tout-petit.

Les échelles sont adaptées pour quantifier une douleur à un "Temps T", afin d'en suivre l'évolution par rapport à une précédente. Dans le cas de la douleur de l'otite, il est rare que la douleur puisse être réévaluée, « *La limite en ambulatorio, c'est surtout de se donner le temps d'apprécier justement l'évolution entre deux évaluations* » (M6G1), ce qui est nécessaire dans le cadre institutionnel de l'hôpital, n'est pas utile au cabinet. L'outil n'y est pas adapté...

L'ambulatorio permet une autre appréciation de la douleur de l'enfant dans le sens où le médecin traitant connaît son petit patient, et peut comparer son état douloureux par rapport aux consultations précédentes, « *on connaît l'enfant lorsqu'il est bien et lorsqu'il a une otite* » (M2G2).

Les échelles, par exemple celles avec les petits triangles ou les visages, sont adaptées à la douleur chronique, « *moi je les utilise (les échelles) plus dans le chronique, dans les migraines, les céphalées, les douleurs abdominales récurrentes, mais pas dans l'aiguë* » (M5G2), dès lors, ces échelles ne sont pas utilisées dans l'otite qui est une pathologie douloureuse aiguë.

Les échelles restent une approche limitative de l'enfant. Le plus important est d'évaluer l'enfant dans sa globalité, « *se servir des échelles, c'est bien mais il faut se servir de tout le reste, quoi : du sommeil, l'attitude de l'enfant, et l'alimentation* » (M3G3).

L'enfant est aussi à prendre en charge dans son contexte familial, tous les soignants savent que, culturellement, certains patients expriment bruyamment leur douleur, « *notre atout en ambulatorio c'est quand on connaît la famille. On connaît leur vécu de la douleur lors d'épisodes précédents* » (M6G1).

2.4 Les incertitudes de l'évaluation

Dans l'évaluation de la douleur d'un enfant, le doute persiste toujours. Et il peut persister à tous les niveaux de l'évaluation, que ce soit l'identification ou la gradation.

L'avis de tous les médecins concorde sur le fait qu'il est très difficile d'évaluer la douleur de l'otite, car cette pathologie touche des enfants en bas âge, *« plus ils sont jeunes, plus j'ai du mal à évaluer la douleur » (M3G3)*. En effet, au stade préverbal du développement de l'enfant, *« avant deux ans, avant que l'enfant sache parler » (M6G1)* l'évaluation reste subjective, *« on est dans la subjectivité absolue, donc essayer de faire une évaluation objective quelconque me paraît complètement illusoire » (M1G3)*.

La manifestation principale de la douleur de l'enfant reste les pleurs, *« ce qui est difficile chez le tout-petit, c'est l'interprétation de ces manifestations : tous les pleurs chez le tout-petit ne doivent pas nécessairement être interprétés comme une douleur » (M1G3)*.

Mais l'un des médecins souligne qu'il ne faut pas conclure trop vite qu'un enfant, qui ne pleure pas, n'est pas douloureux, *« on dit que les grandes douleurs sont muettes » (M1G3)*.

Quand l'enfant parle, il va pouvoir nous livrer même succinctement son ressenti de la douleur. Mais alors, il faudra prendre en compte, la présentation de l'enfant, ce qu'en disent les parents et l'analyse de la consultation, *« ça reste malgré tout difficile, parce que la subjectivité de l'enfant, l'interférence avec la subjectivité parentale, ce n'est pas comme un adulte » (M1G3)*.

Il faut aussi noter que bien souvent l'épisode douloureux de l'enfant est raconté par les parents, *« on les (les enfants) voit pas toujours au moment de la douleur, on les voit souvent après » (M3G2)*.

Une évaluation complète de la douleur passe par une réévaluation après traitement, afin d'ajuster la prise en charge. Cette démarche est d'autant plus vraie chez l'enfant en bas

âge. C'est avec le recul de l'observation du comportement de l'enfant pendant la nuit, période fréquemment douloureuse pendant l'otite, que le praticien pourra adapter les posologies d'antalgiques, « *je dis aux parents, donnez-moi des nouvelles, s'il passe une très mauvaise nuit, on améliorera les choses demain. C'est l'expérience de la prescription qui va nous dire si on doit augmenter ou pas* » (M1G3).

Mais les médecins reconnaissent que dans l'information qu'ils dispensent à leurs patients, la fièvre tient la première place et la douleur reste encore trop souvent secondaire dans leur esprit, « *le message que j'ai fait passer principalement : c'est revenez si, dans 48h, il a de la fièvre. J'ai dit peut-être en passant de donner le traitement pour la douleur, mais je n'insiste pas là-dessus* » (M5G1).

L'otite reste une maladie bénigne qui, aujourd'hui avec l'utilisation des antibiotiques, est bien contrôlée. La douleur n'est pas une priorité dans l'esprit des soignants, « *peut-être, s'il a toujours mal, alors à ce moment-là, les parents reconsulteront. Encore faut-il leur dire !* » (M1G1). L'une des internes remarque que lorsque le traitement adéquat est donné, la pathologie doit être résolue, « *mais l'otite une fois qu'on a mis l'antibiotique et le Doliprane® (paracétamol), on ne se repose pas la question. Est-ce que c'est suffisant le Doliprane® (paracétamol) ?* » (M1G1).

Pour les parents, la douleur n'est pas le facteur qui les interpelle le plus, « *maintenant il est traité, s'il a mal, il a mal, ça va guérir* » (M1G1).

Lors d'une consultation ultérieure, la plupart des médecins demandent comment l'otite a évolué, mais ils n'évoquent que rarement la douleur, « *ça va être la mère très souvent qui dit : "Ah non très bien ! La fièvre est tombée"* » (M4G2). Les médecins évoquent aussi d'autres signes de confort de l'enfant, mais pas directement sa douleur, « *je demande rarement s'ils ont mal, mais quand est-ce qu'il est retourné à l'école, à la crèche, s'il a dormi ?* » (M2G2). La douleur semble une donnée qui reste abstraite chez l'enfant, et sur laquelle il est difficile de s'accorder, de se comprendre avec les parents.

D'autres difficultés entrent en jeu lors de l'évaluation de la douleur de l'enfant. L'évaluation se fait au cabinet du médecin, c'est donc une situation exceptionnelle qui influence le comportement de l'enfant, « *il y a déjà la situation exceptionnelle qu'est la*

consultation médicale (...) c'est difficile, dans ce cas-là de faire la part entre le côté exceptionnel de la consultation et la souffrance de l'enfant » (M4G2). Or le comportement reste l'un des principaux marqueurs sur lequel on peut s'appuyer.

L'impossibilité de calmer un enfant extrêmement agité implique une évaluation difficile de la douleur et de l'otite. Dans cette agitation, il est difficile de faire la part entre la douleur de l'enfant et sa peur de l'examen ou du docteur, *« l'enfant extrêmement difficile à calmer, qui a très peur, qui bouge, agité et qui se réfugie dans les bras » (M1G3).* Il est aussi difficile de faire le diagnostic, *« on a une visite un peu fugace de la tuyauterie et là, on est dans l'incertitude » (M1G3),* ce que renchérit un autre médecin, *« la difficulté, c'est quand on ne voit pas le tympan. Et on a beau... » (M3G3).*

L'autre difficulté est la priorité accordée à la fièvre, *« moi je pense beaucoup à la fièvre (...) et qui chez les enfants est finalement le motif initial » (M4G2).* Pendant les otites, les enfants sont le plus souvent très fébriles. La fièvre provoque un inconfort que les enfants manifestent par leur comportement. Il est alors difficile de faire la part entre douleur et fièvre, *« c'est là l'impression que je vous livre, on évoque pas forcément la douleur, qu'il (l'enfant) est pas bien, qu'il a de la fièvre et puis on va parler secondairement de la douleur » (M4G2).* La fièvre est aussi le facteur qui angoisse le plus les parents, *« le pouvoir anxiogène de la fièvre, il est nettement supérieur à l'idée qu'ils peuvent se faire de la douleur » (M6G1).*

En tant que médecin, nous observons que les parents reconsultent si la fièvre persiste mais en ce qui concerne la douleur, si l'enfant a son traitement, *« ça va passer » (M5G1).* Le comportement des parents montre bien que la douleur passe au second plan, après la fièvre. Sans oublier que la fièvre reste un signe de gravité à surveiller chez l'enfant.

Lorsque le médecin évalue la douleur de l'enfant, il faut noter qu'assez souvent les parents donnent du Doliprane® à leur petit, *« ton tableau était peut-être un peu masqué par les antalgiques et les antipyrétiques que tu avais mis ? » (M5G2).*

Les échelles de la douleur tentent de faciliter et d'objectiver l'évaluation d'une douleur. Apprendre à ses patients à utiliser l'échelle numérique d'évaluation de la douleur présente parfois quelques inconvénients. L'un des médecins raconte les dérives

d'utilisation qu'en font ses patients, « *j'ai une patiente (...) qui m'a dit que sa fille de 1 an avait une douleur de niveau 6* » (M3G3). Cette maman utilise l'outil, qui devrait permettre d'évaluer les douleurs de l'enfant, pour signifier l'intensité de la douleur qu'elle ressent chez son enfant. Si l'information est intéressante, elle est difficile à interpréter.

Dans l'otite, l'un des médecins s'interroge sur le point de savoir si la douleur est évaluée au moment de la consultation, « *moi je crois qu'on l'évalue pas du tout cette douleur. L'enfant, est-ce que tu demandes à l'enfant s'il a eu mal ?* » (M5G2).

3. Les représentations des traitements : soulager et traiter

3.1 Méthodes non médicamenteuses

Soulager un enfant douloureux implique davantage qu'une dose d'antalgique. L'une des internes souligne que les méthodes non médicamenteuses ont leur place dans le soulagement de la douleur de l'enfant. Rassurer et entourer l'enfant, qui ressent une douleur, paraît tout aussi important : « *la réponse à n'importe quels maux, si minimes soient-ils, n'est pas forcément le paracétamol. Les mesures environnementales, la réassurance, le bisou sur le bobo et autres choses comme ça sont aussi importantes* » (M6G1).

Aider un petit enfant douloureux ne passe par uniquement par le médicament, « *comment nous on peut l'aider, soit par des médicaments, soit autrement par des câlins ou des choses comme ça, en tant que parents ou soignants ?* » (M3G1).

La douleur est toujours anxiogène ; elle provoque la peur devant une sensation désagréable que l'enfant ne connaît pas encore, ou qu'il appréhende de ressentir à nouveau, « *on a peur d'avoir mal* » (M6G1). Pour apaiser l'angoisse que provoque la douleur, le meilleur traitement est la réassurance, « *ils (les parents) devraient être dans la réassurance et le câlin (...), c'est vrai que parfois que le traitement ne suffit pas* » (M6G1).

La douleur de l'enfant est soulagée en grande partie par la présence rassurante de la mère ou plus généralement des parents, « *c'est l'effet antalgique de la maman* » (M5G3). Si la douleur est une expérience difficile dans la vie d'un enfant, c'est un moment où la maman va rester spécifiquement avec lui, « *la maman prend du temps pour les enfants parce qu'ils sont à la maison, qu'ils ont mal (...), cela me paraît très positif dans la liaison entre les parents et les enfants* » (M5G3). La douleur permet le rapprochement de l'enfant et du parent, comme le resserrement de la relation mère-enfant, ou parent-enfant. La présence de la mère devient ainsi un bénéfice secondaire de la situation douloureuse, « *c'est le bénéfice secondaire à la relation, c'est-à-dire que quand l'enfant est rassuré, il est comblé dans son manque de l'autre, qui est la mère, donc il est rassuré et cela renforce la relation* » (M1G3).

Le comportement du médecin, s'il est calme et posé, va également favoriser l'apaisement de l'inquiétude familiale et de la douleur de l'enfant. La façon de prendre en charge un petit enfant douloureux peut donc être un facteur majeur de soulagement, « *je crois que le calme, dont peut faire preuve le médecin dans l'accueil de l'enfant et des parents, dans l'interrogatoire qu'il fait auprès des parents, dans la douceur de l'examen clinique, est un facteur antalgique, à mon avis, majeur* » (M4G3).

Le médecin favorise aussi le soulagement par les instructions qu'il donne aux parents. Il les éduque de façon à ce qu'ils soulagent l'enfant le moment venu. Il prévoit les médicaments nécessaires en particulier pour les douleurs nocturnes, car il ne sera pas là, la nuit, « *dans la nuit, les parents auront l'outil, mais on ne va pas lui donner, là tout de suite. On est surtout là pour prévoir* » (M2G3).

En outre, le praticien doit enfin aider les parents à surmonter leur propre angoisse. Par l'explication rationnelle de la douleur de l'enfant, il suscite la première étape du soulagement en desserrant l'angoisse, « *je pense que les parents seront d'autant plus soulagés à l'idée que leur enfant ne va pas mourir, que leur enfant ne va pas aller à l'hôpital, que leur enfant va guérir rapidement avec les moyens que le docteur va produire. Je crois sincèrement à la vertu explicative du docteur* » (M4G3).

L'un des internes insiste sur le fait que, lorsque le médecin voit un enfant en consultation, ce dernier est parfois douloureux depuis de longues heures, et c'est donc

une priorité de le soulager, « *quand on voit un enfant en consultation, il faut soulager la douleur, car il aura fait depuis un certain temps, l'expérience de la douleur* » (M3G1).

3.2 Doliprane® (paracétamol) et Palier II

Pour le traitement de la douleur, en théorie, la conduite à tenir reste la même chez l'enfant et chez l'adulte, « *c'est le même protocole adulte-enfant, j'ai le même* » (M2G3).

Mais chez l'enfant, la gamme des médicaments antalgiques est plus réduite, « *donc on a du paracétamol, les ibuprofènes et autres et l'Aspirine au niveau I* » (M5G3). Pour le niveau II, il y a principalement le Codenfan® (codéine).

Le traitement de 1^{ère} intention dans l'otite est le paracétamol et les médecins constatent que le Doliprane® est efficace dans l'otite, « *la plupart du temps, on est quand même satisfait des niveaux I dans les otites* » (M6G3).

Par contre, les praticiens insistent sur le fait que le paracétamol doit être prescrit à bonne dose. Si plusieurs d'entre eux soutiennent se contenter des prescriptions d'antalgique de niveau I, d'autres utilisent une association entre paracétamol et ibuprofène, « *il m'arrive d'utiliser deux paliers I en même temps* » (M5G3).

Si les parents sont éduqués à donner du paracétamol, ils le font assez facilement et parfois oublient de le signaler, « *non, je n'ai rien donné, ah si, du Doliprane® !* » (M2G2). Le Doliprane® (paracétamol) reste l'habitude de prescription dans l'otite ; cependant, l'une des praticiennes s'interroge sur la possibilité d'utiliser d'autres antalgiques, « *je reste dans des doses de paracétamol et je me le reproche* » (M1G2).

Les médecins connaissent les différents paliers II à prescrire chez l'enfant : « *il y a la forme tramadol pédiatrique et puis, il y a la forme codéine enfant, sous forme de Codenfan® (codéine), qui est une suspension* » (M5G2), mais « *c'est rare que j'ai à utiliser dans l'otite aiguë* » (M5G2).

Il semble bien qu'il y ait une difficulté, une réticence à donner un médicament de palier II chez l'enfant ; hésitation, inhibition que l'on ne retrouve absolument pas dans les prescriptions antalgiques faites pour un adulte : *« pour l'adulte, quand j'ai une douleur forte et que j'ai testé que le paracétamol est insuffisant, je passe rapidement à un palier II, (...) j'ai effectivement du mal à le faire chez les enfants » (M1G2).*

Aux Urgences pédiatriques, l'un des internes nous raconte que lors de sa première garde, il n'avait prescrit que du paracétamol pour une otite moyenne aiguë et, *« l'infirmière est venue me voir en me disant : "il faut que tu rajoutes du Codenfan® (codéine) absolument" » (M3G1).* Etonné par cette prescription, il a pris l'avis de ses chefs, *« j'en ai discuté dans le service avec les autres médecins, effectivement pour eux, en pédiatrie, il fallait donner du Codenfan® (codéine) pour les otites moyennes aiguës qui étaient bombantes » (M3G1).*

Il est fréquent de prescrire du Codenfan® (codéine) aux Urgences, *« les enfants quand on les voit aux Urgences, c'est le milieu de la nuit, ils sont très algiques, donc on a plus tendance à mettre le Codenfan® (codéine) » (M2G1).* Ce constat est partagé par la plupart des internes du groupe.

Dans l'utilisation du Codenfan® (codéine), l'un des internes rapporte son témoignage de père. Son fils n'était pas soulagé, lorsqu'il ne lui donnait que du paracétamol en cas d'otite moyenne aiguë, tandis qu'il l'était par le Codenfan® (codéine), malgré l'observation d'effets secondaires connus sur le comportement du petit, *« le paracétamol, on sentait qu'il avait encore mal. Le Codenfan® (codéine), il était très bien, mais il s'endormait... C'était presque trop pour nous parents. Il s'endormait, il était tout doux, doux... dans un état un peu curieux » (M3G1).* Il confie que le changement de comportement de son enfant l'inquiétait.

Le choix de ce médicament intervient aussi chez des enfants vus non algiques lors de la consultation, davantage en tenant compte des données de l'interrogatoire, et non de l'évaluation du patient, *« les parents me disent que le Doliprane® ne lui fait rien, il hurle toujours autant » (M1G1).*

En revanche, en médecine de ville, les praticiens n'ont pas l'habitude de faire la prescription de Codenfan® (codéine). L'interne rapporte, à propos de ses maîtres de stage : « *ils me disaient, mais non pas de Codenfan® (codéine), on ne va pas se lancer là-dedans, c'est trop compliqué. Il y a plein d'effets indésirables* » (M3G1), ou encore, « *chez le praticien, je pense n'avoir jamais prescrit du Codenfan® (codéine), j'ai dû proposer, mais pareil le praticien a estimé que Doliprane® ça suffit* » (M5G1). Si la prescription avait lieu, elle restait plus rare, « *je les (les enfants) ai trouvés vraiment moins douloureux. Enfin, j'ai estimé qu'ils étaient moins douloureux, j'ai prescrit moins de Codenfan® (codéine) en ville* » (M2G1).

Pour les médecins, se pose la question de l'intérêt de mettre un antalgique de palier II, qui va avoir des effets indésirables, pour soulager une douleur aiguë qui va disparaître en traitant la cause, « *Est-ce que ça vaut le coup de mettre des antalgiques de niveau II, chez l'enfant comme ça, en sachant que c'est une douleur aiguë qui va pas durer* » (M5G2).

L'otite est une douleur qui va disparaître entre 24 et 48h, ce qui n'engage pas les médecins à se lancer dans une prescription de codéine, « *au bout de 48h, tout le monde va mieux, et on a pas besoin d'aller plus loin* » (M5G3).

Un médecin soulève une objection d'un autre type, à propos de l'utilisation de la codéine. Pour lui, l'otite semble être une douleur survenant lors des modifications du tympan, principalement lors de l'apparition d'un phlyctène, « *je ne sais pas si une prise en charge avec des antalgiques forts de niveau II puisse être d'un confort supplémentaire, par rapport à un antalgique de niveau I donné en continu* » (M4G3).

Les médecins connaissent bien les effets indésirables que subissent les adultes en prenant des antalgiques de niveau II, et cela les inquiète de provoquer les mêmes troubles chez l'enfant, « *déjà chez l'adulte, ils ne sont pas bien supportés, du coup on se dit chez l'enfant, il faut vraiment qu'il ait très mal* » (M3G2).

Le Codenfan® (codéine) a des effets indésirables : constipation, vomissements, effets neuro-psychiques. Mais ceux-ci se manifestent brièvement, « *les effets secondaires sont souvent au début et après, ils sont souvent régressifs* » (M5G2). La nausée, par contre reste

un effet secondaire fréquent de début de traitement, « *cet effet indésirable de la nausée chez l'enfant nous bloque un peu* » (M4G2).

Mais, lorsque les internes administrent du Codenfan® (codéine) aux Urgences, il est généralement bien supporté, « *le Codenfan® (codéine) était bien accueilli, mais pour les effets indésirables, pour ce que j'en ai vu, les enfants tolèrent vraiment assez bien. Généralement, il y a quand même un effet neuropsy., l'enfant n'est pas habituel, mais il a plus mal, donc les parents sont plutôt satisfaits* » (M1G1). Une autre ajoute : « *aux doses qu'on utilise, c'est vraiment un problème les effets secondaires ?* » (M1G2).

Le principal effet indésirable est la somnolence. Il est parfois intéressant d'utiliser cet effet collatéral durant la nuit, « *le Codenfan® (codéine), avant de dormir, c'est très bien, parce qu'on peut se servir de l'effet indésirable de la somnolence avant de dormir* » (M6G1).

La codéine utilisée chez l'enfant continue de faire peur, « *moi ça me fait un peu peur tous ces produits codéinés* » (M6G2). Leur utilisation véhicule encore l'idée qu'ils peuvent devenir dépendants ou favoriser une addiction plus tard, « *c'est vrai qu'en faire de potentiels drogués plus tard* » (M2G2), « *si ça lui a plu la codéine au petit de 2 ans, 20 ans plus tard la mémoire du corps est phénoménale* » (M2G2). Dans ce même registre, un autre médecin rappelle que l'on trouve des opiacés dans l'alimentation, « *quand il grandira et qu'il mangera de la salade, il y trouvera aussi des opiacés !* » (M1G2).

Mais pour couper court à la discussion, l'un des participants rappelle qu'en matière de douleur, l'utilisation de substances opiacées ne provoque pas d'accoutumance, « *non, il n'y a pas d'accoutumance par rapport à la douleur* » (M5G2).

Les gouttes auriculaires sont aussi citées par les médecins, « *Otipax, Panotile, Otofa* » (M1G2 et M5G2). Sur ce sujet, le dialogue glisse sur une pointe d'humour, « *gouttes auriculaires d'EMLA, ce serait pas une mauvaise idée ?* » (M6G2) mais les médecins les utilisent peu.

Pour soulager l'otalgie de l'enfant, l'une des difficultés reste l'éducation des parents au maniement des antalgiques, « *les difficultés pour la prise en charge de l'otalgie, c'est*

d'éduquer » (M5G2). Le médecin doit donc éduquer les parents à l'utilisation du paracétamol toutes les 6h, les doses/poids chez le petit enfant.

Une autre difficulté rencontrée est celle du mode de garde de l'enfant, *« ça pose des fois des problèmes par rapport à des gardes soit à l'école ou la crèche »* (M5G2). En effet, si l'enfant est gardé en crèche, nourrice ou autres, il est d'autant plus difficile de respecter la prescription et de soulager les douleurs de l'enfant.

Pour améliorer la prise en charge, plusieurs médecins n'hésitent pas à impliquer l'enfant, *« moi, j'éduque l'enfant, il est averti que toutes les 6 heures, il doit avoir son paracétamol »* (M5G2).

La représentation de la douleur de l'enfant est déjà une chose difficile, mais prévoir de la soulager, alors que l'enfant n'est pas très douloureux au moment de la consultation l'est d'autant plus. La douleur de l'otite est principalement une douleur nocturne, cette sémiologie est reconnue de tous, mais prévoir de quoi soulager l'enfant à distance est rarement à l'esprit des médecins, *« Si l'enfant a l'air d'avoir encore mal, vous allez faire-ci, vous allez faire-ça, je ne l'anticipe pas assez »* (M1G2). Mais faute de l'anticiper, si la famille reste en difficulté, la plupart des médecins modifieraient la prescription, *« si les parents redisent ou me rappellent en me disant, il a l'air d'avoir toujours mal, je vais peut-être le faire mais je vais pas l'anticiper avant »* (M2G2). Il n'est pas simple d'anticiper la douleur de l'enfant et de penser alors à la codéine, *« à la (la codéine) mettre en roue de secours sur l'ordonnance »* (M5G2).

Le maniement du palier II implique la connaissance de médicaments comme le Codenfan® (codéine) qui ne sont pas utilisés de façon courante par les médecins généralistes. Dans l'un des groupes, les médecins identifient plusieurs facteurs qui freinent son utilisation, *« il est que d'une utilisation pédiatrique »* (M5G2) et c'est un médicament relativement récent, *« il existe depuis une dizaine d'années »* (M5G2). C'est ainsi que l'une des intervenantes s'exclame : *« je n'y ai jamais pensé ! »* (M6G2).

Ceci implique donc un effort particulier, qui s'avère le plus souvent, un frein à la pratique de ville, *« ça fait un maniement, il faut aller regarder la dose enfant, c'est vrai, c'est peut-être nous, notre pratique, qui fait qu'on a du mal à le faire systématiquement »*

(M5G2). La mauvaise connaissance du produit constitue un frein à l'utilisation, « *il faut prendre une calculette, mais bon, c'est un maniement un peu plus lourd, mais pourquoi on ne le ferait pas ?* » (M5G2).

3.3 Paracentèses et Aérateurs trans-tympaniques

Dans les années 80, les paracentèses étaient très fréquentes, « *les paracentèses, moi, je me souviens, on envoyait allègrement les enfants se faire "paracentés", ben au début de l'installation dans les années 80* » (M6G2). Mais à ce jour, cette pratique n'est plus réalisée de façon courante, « *cela dit maintenant, ça fait peut-être quinze ans, que je n'ai pas envoyé un enfant se faire "paracentés"* » (M6G2).

Les internes, dans l'ensemble, n'ont pas vu de paracentèses. Aux Urgences où ils ont tous travaillé, le cas ne s'est pas présenté et les conditions exigées sont difficiles à obtenir, « *Moi non, j'en ai pas vu, il fallait que l'ORL soit là* » (M1G2). Ils ne les envoyaient voir l'ORL pour paracentèse, seulement lorsque c'était résistant à 48h d'antibiotique. Même si la douleur, l'hyperalgie fait partie des indications de paracentèse, jamais les internes n'ont envoyé un enfant en vue d'une paracentèse, avec ce motif, « *je suis d'accord l'hyperalgie fait partie des indications claires de la paracentèse mais en y repensant, on a jamais envoyé d'enfant voir l'ORL parce qu'il avait très mal* » (M3G1).

L'une des internes rapporte néanmoins une histoire de paracentèse, citant le cas d'un enfant de 2 ans qui faisait des otites à répétition et que son grand-père médecin avait envoyé pour paracentèse, « *il a eu sa paracentèse, car l'ORL est monté le chercher, c'était un copain de fac du grand-père* » (M6G1). Cette paracentèse fut un cas particulier, et le patient et sa famille avaient des relations...

Parmi les internes, l'un d'eux a l'expérience d'avoir eu de nombreuses otites. Il garde le souvenir d'une douleur intense, mais le plus marquant dans son expérience est le fait qu'il attendait que son tympan se rompe et là, il était enfin soulagé, « *le tympan finissait par se rompre au bout d'une douzaine d'heures et j'avais plus mal, plus mal du tout* » (M3G1). Si l'interne nous rapporte que son expérience personnelle n'influence pas sa

pratique médicale, « *je me base sur ce que j'ai appris dans mes études* » (M3G1). Il nous confie par contre que pour son fils, qui fait aussi beaucoup d'otites, il lui a fait poser des "yoyos", « *au bout de 2, 3 otites, quand il (ORL) nous a dit, vous savez il y a la possibilité de mettre des aérateurs trans-tympaniques, j'ai sauté dessus. Maintenant il a plus mal quand il fait une otite* » (M3G1).

Une autre interne fait remarquer qu'il y a une évolution des pratiques. Pour elle, lorsqu'elle était externe à partir de 2002, les antécédents de paracentèse et de pose d'aérateurs trans-tympaniques étaient fréquents, puis par la suite, lorsqu'elle fut interne, les antécédents récents chez les enfants étaient plus rares. Il semble que la prise en charge médicamenteuse ait fait évoluer les conduites à tenir, « *notre prise en charge de la douleur et de l'antibiothérapie, je pense que ça rentre aussi en ligne de compte* » (M6G1).

Ce changement de pratique est aussi pris en compte par les médecins plus âgés, « *mais comme ça ne se fait plus. C'est question de mode !* » (M6G3). Au-delà d'un phénomène de "mode", plusieurs des généralistes avancent le rôle des antibiotiques qui est probablement majeur dans le changement de prise en charge, « *c'était avant l'Augmentin® (amoxicilline/acide clavulanique) !* » (M5G3). En effet, lorsqu'un enfant se présente avec un tableau de fièvre et un tympan inflammatoire, l'utilisation d'antibiotiques reste très répandue, « *mais je crois, et je ne pense pas être la seule à avoir la main un peu lourde sur les antibiotiques, quand un petit a un tympan rouge* » (M1G2).

En ce qui concerne la paracentèse, plusieurs médecins s'accordent pour rapporter que ce geste est très douloureux. Il laisse en particulier un souvenir durable de douleur. L'un des médecins rapporte le cas d'une petite fille très difficile à examiner, et dont le seul antécédent particulier était une paracentèse, « *une gamine en particulier, jusqu'à l'âge de 6, 7 ans, on ne pouvait pas l'approcher sans la voir hurler, et le seul indice qu'on avait, était la paracentèse qu'elle avait eu bébé* » (M6G2). Une autre intervenante renchérit, « *les souvenirs que les gens rapportent, c'est plus les paracentèses* » (M2G2).

Il faut noter aussi que le geste de la paracentèse est un geste qui reste dans les mémoires de par les procédures qui ont été utilisées, et que le fait d'évacuer un abcès est un geste qui marque la mémoire, « *c'est vrai que le geste d'ouvrir l'abcès, on se souvient* » (M1G2).

3.4 Antibiotiques et « leurs pouvoirs antalgiques »

Les prescriptions d'antibiotiques en France sont perçues comme trop importantes par les participants, « *J'avais écho qu'en France, on prescrivait beaucoup d'antibiotiques* » (M3G2).

A l'échelle individuelle, les médecins interrogés reconnaissent que, dans leur pratique, les antibiotiques sont encore très largement prescrits et notamment dans le cas des otites, « *la main relativement lourde quand on voit un tympan inflammatoire avec de la fièvre* » (M1G2).

Notamment, les dernières recommandations pour traiter l'otite moyenne aiguë ont été évoquées durant les entretiens. Les participants rappelaient qu'elles sont en faveur d'une diminution des prescriptions d'antibiotiques et en faveur d'un traitement symptomatique. L'une des praticiennes témoigne que « *ça fonctionne très bien, du paracétamol, désinfection rhinopharyngé à grandes eaux, pas trop quand même, et en 48h, l'affaire est réglée* » (M6G2).

D'ailleurs, les médecins rapportent que le slogan publicitaire : « *les antibiotiques, c'est pas automatique !* » (M1G2), (M6G3), a marqué les esprits, tout particulièrement les enfants. L'un des médecins nous raconte une consultation avec un petit patient de 4 ans, « *je lui dis, parce que je parle aux enfants aussi, tu n'auras pas d'antibiotique et le gamin se met à rigoler et dit, c'est pas automatique. Rires. Ça a très, très bien marché* » (M6G2).

Pour les médecins, qui appliquent la recommandation, ils signalent que les parents sont demandeurs d'antibiotiques, « *ça a l'air délicat devant un enfant qui se plaint, parce qu'il a mal, on lui trouve une otite et donc on lui donne que du paracétamol, est-ce que les parents n'ont pas l'impression d'être venu pour rien ?* » (M3G2).

Les internes aux Urgences sont souvent confrontés à une demande plus ou moins pressante d'antibiothérapie, « *c'est vrai qu'il y a certains parents d'enfants qui, aux Urgences, attendaient un traitement antibiotique, clairement* » (M3G1). Il complète son

témoignage en soulignant que pour certains, otite signifie antibiotique, « *dès qu'on prononce le nom d'otite, ah les parents veulent un traitement antibiotique* » (M3G1). Une autre renchérit par une anecdote, « *tout rassurant, je lui ais bien expliqué qu'il y avait aucun critère pour lui donner une antibiothérapie et la mère m'a dit : "non moi je veux un antibiotique !"* » (M1G1).

La plupart des médecins avoue que, dans la prescription d'antibiotique, peut entrer en jeu une certaine pression, « *ça va finir par une otite, autant prescrire maintenant l'antibiotique et je pense que c'était la pression de la famille* » (M5G1).

Sur ce sujet, les praticiens expriment que la demande évolue, « *je crois que les mentalités ont changé, je crois qu'on a été soumis beaucoup à cette demande, dans cette situation précise de l'otite* » (M1G3). Les médecins évoquent une période où ils se trouvaient dans la négociation avec leurs patients pour leur faire accepter le traitement adéquat, « *maintenant j'ai l'impression que ça peut encore être négocié, mais, en tout cas, la dureté de la négociation n'est plus de la même intensité* » (M1G3).

Un autre médecin fait remarquer, « *indépendamment des campagnes de santé publique, il y a autre chose qui est la vague écologique, qui vient modifier le rapport aux médicaments* » (M1G3). Et il semble que certains tomberaient même dans l'excès inverse, « *un peu difficile de prescrire un antibiotique, chez le jeune enfant, l'antibiothérapie, parfois il faut convaincre. Mais c'est amusant parce que ça inverse les rôles* » (M3G3).

Mais pour les participants, cette prescription d'antibiotiques très fréquente, voire systématique pendant plusieurs années, peut avoir joué un rôle dans la disparition des tableaux hyperalgiques, « *l'antibiothérapie permet de ne pas enliser une otite moyenne aiguë, et ça a permis de ne pas avoir de tableaux hyperalgiques* » (M5G2). En effet, les médecins installés disent ne plus voir de tableaux hyperalgiques en cabinet, et avancent donc l'hypothèse d'un rôle de l'antibiothérapie très fréquente, voire trop, de ces dernières années. L'antibiothérapie, initiée à un stade précoce de l'otite, a permis de limiter l'évolution de la pathologie et donc, l'apparition de tableau clinique très algique.

Dans un autre registre, l'un des médecins évoque une étude qui l'avait ébranlé par rapport à son habitude de prescription des antibiotiques, « *pour l'otite moyenne aiguë, antibiotiques ou pas antibiotiques, résultat équivalent* » (M2G2).

Néanmoins, le même médecin ajoute que ses prescriptions d'antibiotiques restent très fréquentes, et qu'elle encourage ses internes en SASPAS à faire de même, « *j'ai vu ma petite stagiaire E., elle m'a dit, il avait le tympan rouge, je lui ai donné des antibiotiques, est-ce que j'ai bien fait ? Je lui ai dit oui ! Donc moi, je donne quand même facilement des antibiotiques* » (M2G2).

On peut accorder à l'antibiotique une action antalgique par son action thérapeutique, « *l'antibiotique qui va faire action au bout de 48h, il va faire dégonfler l'abcès et calmer la douleur* » (M4G2). L'antibiotique est le traitement étiologique de l'infection ORL qu'est l'otite moyenne aiguë, en traitant l'infection, il fait disparaître la douleur.

Dans cette idée, l'une des participantes nous confie qu'elle insiste peu sur la douleur de l'otite, « *je l'anticipe pas, (...) si j'ai prescrit un antibiotique, je pense qu'il va marcher vite et qu'il va faire que l'infection ne sera plus là et que du coup, il n'aura plus de raison d'avoir mal* » (M1G2). L'antibiotique dans l'esprit du médecin règle le problème de l'otite.

Mais l'un des médecins souligne l'importance d'expliquer au patient, le fait que l'antibiotique ne soulage pas la douleur, ce n'est pas un antalgique. L'antibiotique soigne l'otite, ce qui indirectement va soulager la douleur, « *on peut quand même différencier dans le discours, l'effet antalgique de l'antalgique et l'antibiotique qui lui n'est pas un antalgique et qui va peut-être calmer la douleur dans un deuxième temps, et que l'un n'empêche pas l'autre* » (M3G3).

La représentation de l'antibiotique véhicule aussi la notion de la gravité, lorsque le médecin prescrit un médicament fort pour la douleur, il provoque le questionnement de la famille, « *si c'est si grave pour quoi vous ne mettez pas l'antibiotique ?* » (M5G1).

L'antibiotique reste dans l'imaginaire de certains médecins, les seuls médicaments efficaces, « *ces rhumes, on ne sait jamais réellement quand il faut les prendre en charge, en pratique avec de vrais médicaments* » (M5G3). Un autre praticien rapporte que pour ses

patients, les antibiotiques représentent le médicament “magique”, « *l'antibiotique, dans la patientèle est quelque chose de merveilleux. Quand tu ne prescris pas, c'est comme si tu ne voulais pas donner un vrai, un bon, bien costaud.* » (M2G3). C'est dans ce cas qu'elle propose l'ordonnance différée, « *voilà, vous l'avez quand même la chose magique que je refuse de vous donner. Mais ce que je vous propose, c'est de me téléphoner dans 48H* » (M2G3).

3.5 Corticothérapie ? Anti-inflammatoires non stéroïdiens ?

Certains évoquent d'autres habitudes en Europe, en Belgique et au Luxembourg, où les médecins généralistes utilisent une alternance de paracétamol et ibuprofène pour soulager la douleur, « *la Belgique, le Luxembourg traitaient les otites par une alternance Doliprane® (paracétamol), ibuprofène, anti-inflammatoires et du coup, je me suis demandée, est-ce que ça c'est pas un bon cocktail contre la douleur ?* » (M3G2).

Il est d'ailleurs, dans les habitudes de plusieurs des médecins plus âgés, d'associer deux médicaments de palier I, tels le paracétamol et l'ibuprofène, « *il m'arrive d'utiliser 2 paliers I en même temps* » (M5G3).

L'anti-inflammatoire est généralement efficace sur la douleur. Son mécanisme d'action explique de façon logique son efficacité « *dans l'otite, c'est quand même l'inflammation et un anti-inflammatoire sur de l'inflammation, ça doit fonctionner* » (M6G2). L'efficacité des anti-inflammatoires sur l'otite est, pour les médecins, un constat clinique réel, peu importe la génération.

De ce fait, certains médecins, parmi les plus âgées, continuent à prescrire des anti-inflammatoires, « *moi je continue à donner un peu d'AINS dans les otites* » (M2G2).

Un des jeunes installés reconnaît qu'il semblerait que les anti-inflammatoires soient plus efficaces que le paracétamol en matière de douleurs dentaires et ORL, « *j'ai cette impression que le Doliprane® (paracétamol) est efficace sur la fièvre, mais*

qu'effectivement, l'Advil® (ibuprofène) sur les douleurs dentaires et ORL est, semble-t-il, plus efficace sur le plan de la douleur » (M4G2).

Les internes sont tous d'accord sur l'efficacité de l'ibuprofène, mais pour eux, il est acquis qu'en cas de syndrome infectieux, c'est une prescription dangereuse, *« ça (l'Advil® ibuprofène) marche mieux, mais ça a tellement d'effets secondaires qui peuvent être graves, qu'on peut pas se permettre de le donner » (M3G1).*

Néanmoins, donner de l'Advil® (ibuprofène) à l'enfant, pour soulager la douleur, reste encore controversé même s'il vient de sortir un article dans la "Revue du praticien", *« moi, je pense qu'associer un anti-inflammatoire, c'est bien chez l'enfant. Le responsable douleur de Trousseau a fait un bel article dans la "Revue du prat.", pour ses bienfaits » (M5G2).*

L'une des praticiennes nous fait part de sa réserve à prescrire des AINS, quand il y a un syndrome infectieux, *« moi je suis pas sûre que ce soit raisonnable de donner des AINS sur la douleur d'otite infectieuse » (M1G2).*

L'un des médecins plus âgés souligne que la jeune génération de médecins prescrit peu d'AINS, *« nos jeunes, ils veulent plus qu'on donne d'AINS aux enfants » (M2G2).*

Effectivement, la jeune génération de médecins reste réticente à la prescription d'anti-inflammatoires dans les syndromes infectieux banaux, *« je suis arrivé avec une hostilité farouche contre les AINS et finalement, c'est l'expérience vécue, professionnelle et personnelle, qui fait que l'Advil® (ibuprofène) commence à avoir sa place dans mes prescriptions » (M4G2).*

Les internes aux Urgences arrêtent les prescriptions d'ibuprofène, pour eux, il est clair qu'il y a contre-indication à prescrire de l'ibuprofène en cas d'otite moyenne aiguë, *« quand on voit une vraie otite moyenne aiguë, et qu'on dit aux parents d'arrêter l'Advil® (ibuprofène), là par contre, c'est difficile » (M4G1).*

Les prescriptions d'Advil® (ibuprofène) ont diminué après les complications survenues lors de l'administration d'Advil® (ibuprofène) pendant la varicelle, « *on nous a fichu la trouille avec l'Advil® (ibuprofène) ! Conclusion de la varicelle* » (M6G2).

Par contre, il est courant de voir les ORL prescrire des corticoïdes, « *les ORL mettent systématiquement des corticoïdes* » (M1G2). D'ailleurs, l'un des médecins généralistes donnerait des corticoïdes pour soulager la douleur de l'otite plutôt que des AINS, « *je mettrais plus du Cortancyl® (prednisone) qu'un anti-inflammatoire* » (M5G2).

La prescription d'AINS dans l'otite provoque néanmoins des réticences chez les médecins. Ils encadrent cette prescription en précisant qu'elle doit être concomitante d'un antibiotique ou de très courte durée, « *probablement que l'Advil® (ibuprofène) est mis sous couverture antibiotique* » (M4G2).

Le traitement de l'otite moyenne aiguë reste différent entre l'adulte et l'enfant, « *j'associe corticoïde et antibiotique chez l'adulte et ça marche très bien* » (M6G2), mais chez l'enfant, le traitement est tout à fait différent, « *dans ¾ des cas, c'est paracétamol et DRP (désobstruction rhino-pharyngée) et c'est tout* » (M6G2).

4. Rôle et place des parents observés par les médecins

4.1 Reconnaître la douleur de l'enfant : déni des parents et caprice de l'enfant

Les parents sont les premiers à détecter la douleur de leur enfant. S'ils jugent que l'attitude de leur enfant est inquiétante, ils consultent un médecin. Mais l'un des protagonistes s'interroge sur le seuil de réactivité des parents, « *je pense qu'il y a des parents qui ont des niveaux d'alerte différents* » (M3G3). Ce que complète un autre participant, pour lui le premier seuil de détection de la douleur d'un enfant est la représentation de la douleur de ses parents, « *une représentation des parents par rapport au niveau de ce qui est acceptable pour eux que leur enfant souffre* » (M1G3).

Mais au-delà de seuils variables selon les familles, l'une des internes souligne que les parents se donnent un certain temps de réaction, « *il n'y a pas quelque part un rejet de la maladie, est-ce qu'il n'y a pas un certain temps de "ça va passer" (...) Est-ce qu'il n'y a pas une certaine crainte ? Non, il ne peut pas être malade. Un déni, oui* » (M5G1). Dans le temps qu'ils se donnent pour réagir face à la maladie de l'enfant, elle y voit un bref temps de déni.

Dans le cas de l'otite, les parents sont relativement démunis. L'un des médecins raconte l'histoire d'un petit garçon qui simulait une otalgie importante, « *un enfant de quatre ans qui pleurait, qui hurlait, les parents qui étaient très, très inquiets, qui m'ont fait venir à domicile, parce que l'enfant avait une otite, en fait, pour moi le tympan était parfait* » (M3G2). C'est alors qu'elle comprend que, durant l'absence de sa mère, le petit garçon exprimait le manque de sa mère par ce moyen-là. En effet, devant un enfant qui dit avoir mal dans une oreille, les parents ne peuvent pas vérifier : « *c'est intéressant qu'il ait choisi l'oreille, c'est assez malin parce que justement le papa ne peut pas savoir si c'est vrai ou pas.* » (M1G2).

Vers l'âge de deux à trois ans, la relation parent/enfant évolue. L'enfant commence à savoir manipuler son entourage pour obtenir un bénéfice secondaire, « *à partir de deux, trois ans, il y a tout un chantage qui intervient dans la relation médecin/patient/parents* » (M6G3).

Chez le tout-petit, les parents restent dans le doute, ne sachant pas si l'enfant montre des signes de douleur ou pas. Ils peuvent avoir besoin du médecin, pour décrypter les signes que montrent leur enfant, « *des douleurs qu'ils imaginent sur les enfants ou qui sont réelles* » (M1G2).

L'expérience personnelle des parents varie selon le nombre d'enfants, « *ça dépend de la place de l'enfant dans la fratrie : si c'est le premier enfant, souvent c'est plus difficile que lorsque c'est le deuxième ou le troisième où là, l'interprétation autour de la manifestation de l'enfant est mieux lue par les parents* » (M1G3).

Néanmoins, dans la plupart des cas, les parents, quand ils amènent leur enfant en consultation, ont fait la part des choses entre caprice et douleur réelle, « *ils ne nous*

emmènent pas un enfant douillet ou qui fait un caprice, ils nous emmènent une enfant qui souffre » (M4G2).

Encore faut-il que les parents pensent que l'enfant est douloureux. Il arrive fréquemment que les parents répondent qu'ils ont donné du Doliprane® (paracétamol), mais pour traiter la fièvre, *« non c'est pour la fièvre, mais pour la douleur, je n'ai pas pensé à lui en donner » (M1G1).*

L'information des parents passe aussi par l'éducation grand public dispensée par divers canaux. Pour l'une des intervenantes, le public est moins informé sur la douleur des enfants, *« une bonne information du grand public. C'est vrai ce que vous dites, c'est vrai pour les adultes ! Par contre, la douleur de l'enfant, j'ai l'impression qu'il n'y a pas autant d'informations. La douleur de l'enfant est-ce qu'on en parle ? » (M6G2).*

Dans les cas de douleur de l'enfant, les médecins pensent qu'il existe assez souvent un retard de diagnostic, *« je pense qu'on a un retard diagnostique à cause de tout le monde qui dit que c'est rien » (M3G3).* L'otite n'est pas la pathologie, où il y a le plus souvent des retards de diagnostic, par contre dans le cas des migraines, c'est probablement fréquent, *« l'histoire de l'enfant qui est douillet, qui fait un caprice est quelque chose que l'on entend fréquemment (...) mal à la tête, c'est pour ne pas aller à l'école » (M3G3).*

L'aspect culturel intervient dans la prise en charge de la douleur par les parents. On remarque que le niveau d'intervention est très différent, ainsi que le délai d'appel du médecin par les parents, *« il y a des cultures différentes sur la douleur. Je ne pourrai pas dire suivant telle ou telle origine, mais j'ai l'impression quand même qu'il y en a qui la (la douleur) prenne mieux en charge que d'autres » (M3G3).*

L'un des intervenants signale être particulièrement vigilant, lorsque les parents encouragent leur enfant à ne pas se plaindre, *« le père qui dit : "oui, c'est un vrai petit garçon, un petit garçon ne pleure pas, c'est pas une fille". Mais ça induit qu'on doit avoir un examen d'autant plus soigneux » (M6G3).* Cette attitude stimule l'enfant à limiter son expression de la douleur pour entrer dans le modèle que lui impose l'adulte, *« il y a une espèce d'écran du parent vis-à-vis de la douleur de l'enfant » (M6G3).*

4.2 Décider de traiter : de la sidération à la routine

Les médecins constatent qu'il est relativement fréquent que les parents n'aient rien donné pour calmer la douleur de leur enfant, alors qu'ils ont constaté que l'enfant est douloureux. Ils notent qu'à l'évidence, lorsque les parents voient que l'enfant est douloureux, ils ne pensent pas à essayer de le soulager, alors qu'ils le feraient facilement pour eux-mêmes, « *donner un médicament antalgique me paraît moins souvent qu'ils ne le feraient pour eux-mêmes* » (M1G2). Quel est l'élément qui inhibe l'action des parents par rapport à l'enfant douloureux ?

Lorsque la douleur de l'enfant est un épisode nouveau, pour l'enfant et ses parents, ce moment est souvent le plus difficile et angoissant. Cette angoisse peut entraîner une inhibition qui les empêche tout à fait de réagir, « *c'est une sacrée expérience, la première douleur de leur premier enfant. Et je crois qu'il y a là, un état de, moi j'appelle ça, quasiment de sidération, une inhibition, une panique intense* » (M4G3).

Il est aussi vrai que dans certaines familles, il semble y avoir un fossé entre constater que le petit enfant semble avoir mal, et effectivement a mal. L'attitude la plus répandue est de ne rien faire, de ne rien donner dans le doute, « *penser l'enfant a l'air d'avoir mal, donc il a mal, donc je lui donne un médicament de la douleur me semble moins automatique* » (M1G2).

Il se peut aussi que les parents aient peur de ne pas donner ce qu'il faut, « *peut-être peur de ne pas bien faire* » (M1G3), d'autant que prendre le risque de se tromper pour son enfant, c'est angoissant, et la possible culpabilité de se tromper pour son enfant, rend l'action inenvisageable. Face à cette inhibition, l'un des médecins repère quelques parents qui tout en reconnaissant les symptômes sont incapables de décider, « *j'en réfère toujours au tiers médecin parce que je ne peux pas prendre de décision, c'est difficile pour moi, je repère les choses, mais je ne peux pas passer à l'acte sur une décision pareille* » (M1G3).

Dans un certain nombre de cas, leur attitude est motivée par le fait qu'ils veulent que le médecin constate que l'enfant est douloureux, *« j'ai préféré ne rien lui donner pour que vous voyiez ce qu'il en est » (M1G2)*. Ainsi, le médecin peut en juger par lui-même, *« comme si de maintenir la douleur permettait de mieux juger lors de l'examen » (M1G2)*, ou aurait pu *« masquer quelque chose » (M1G3)*.

Ce constat est partagé par plusieurs confrères, les parents pensent que le médecin doit constater la douleur de l'enfant pour faire le diagnostic, *« si on calme la douleur, on ne va pas pouvoir faire le diagnostic. (...) Ce n'est pas qu'ils ne veulent pas calmer la douleur, mais si on donne l'antalgique, on ne va pas pouvoir faire le diagnostic. Donc il y a des idées reçues » (M3G3)*.

Lorsque l'enfant est soulagé, il reprend ses activités de jeux, *« est-ce que c'est la peur des parents se disant si jamais, leur enfant sera moins bien pris en charge, s'il paraît bien » (M1G1)*. Ainsi présenter un enfant douloureux au médecin permettrait que l'on prenne plus au sérieux leur inquiétude. Les médecins constatent cette conduite chez les parents, sans qu'ils la verbalisent clairement.

A l'interrogatoire, il est important et souvent payant, pour le médecin de rechercher une prise de *« Doliprane® (paracétamol) »*. Les parents ont souvent donné du paracétamol pour soulager la fièvre, *« autant ils auront donné pour la fièvre parce qu'ils ont été éduqués à ça, autant pour la douleur, le réflexe de donner un médicament antalgique me paraît moins fréquent » (M6G2)*. Souvent dans leur inquiétude, les parents oublient de mentionner la prise de paracétamol, qui est fréquente dans la plupart des familles suivies régulièrement. Mais l'élément qui déclenche l'action thérapeutique des parents reste la fièvre, non pas la douleur.

D'autre part, les réactions des parents semblent évoluer. En effet, l'âge des parents pour leur premier enfant est de plus en plus élevé. L'angoisse semble augmenter avec l'âge des parents, *« les nouveaux parents, c'est-à-dire que les vieux parents sont encore pires que les jeunes parents avec le premier enfant » (M1G3)*.

Lorsque c'est le premier enfant de la famille, les parents se trouvent démunis devant cette situation nouvelle, *« ils n'ont pas forcément le paracétamol à la bonne dose dans la*

pharmacie familiale, soit ils l'ont et ils n'osent pas, voilà ils sont très inhibés » (M1G3). Il est certain que les premières douleurs du premier enfant du couple engendrent une situation extrêmement angoissante.

Par contre, lorsque les parents connaissent les symptômes et ont déjà eu à les gérer plusieurs fois, ils ont acquis l'assurance nécessaire pour pratiquer les soins utiles sans trop d'anxiété, *« quand c'est le troisième ou le quatrième de la fratrie, il y a longtemps que le Doliprane® (paracétamol), il a été donné, et que c'est faute d'amélioration, que les parents téléphonent au médecin » (M1G3).*

Néanmoins, la réactivité des parents varient avec d'autres facteurs, fait remarquer un autre médecin, *« l'expérience n'est pas toujours enrichissante, parce que quand tu vois les carnets de santé qui sont remplis jusqu'à ras bord. (...) Donc c'est aussi la personnalité des parents, leur interprétation des choses, leur anxiété surtout, et tu vois quand même des choses assez constantes » (M6G3).*

La capacité des parents à savoir gérer une situation passe aussi par l'information du grand public. Il semble que les gens sont mieux renseignés sur la douleur de l'adulte que sur celle de l'enfant, *« la douleur de l'enfant, j'ai l'impression qu'il n'y a pas autant d'informations. La douleur de l'enfant est-ce qu'on en parle ? » (M6G2).*

4.3 Inquiétude des parents devant une situation inhabituelle

Devant une situation nouvelle, il est habituel de ressentir de l'angoisse, les médecins constatent que la première situation de douleur d'un enfant est une situation très difficile pour les parents *« La douleur étant bien sûr une expérience, je pense que cette expérience est aussi valable pour l'enfant (...) mais surtout pour les parents. C'est une sacrée expérience, la première douleur de leur premier enfant. (...) Moi j'appelle ça quasiment une sidération, une inhibition, une panique intense » (M4G3).*

Lorsque les parents amènent leur enfant en consultation, *« ils ont déjà appréhendé qu'il se passait quelque chose et qu'ils sont inquiets de la réaction de leur enfant » (M4G2).* Pour

un médecin, il est important de prêter attention au degré d'inquiétude des parents. Cela peut être un indicatif de l'état de l'enfant, « *c'est important de voir l'interaction entre l'enfant et les parents, parce que les parents, l'anxiété qu'ils ont... ils connaissent leur enfant... euh, c'est important, c'est à prendre en compte* » (M3G2).

Les parents sont aussi inquiets que le médecin ne puisse pas faire le diagnostic. Cette crainte explique souvent le fait d'amener l'enfant, qui présente ce comportement inhabituel, voir rapidement son médecin, sans rien lui donner, car « *donner un antalgique avant qu'on l'examine, il peut cacher le tableau* » (M3G1). La plupart des médecins entendent souvent : « *si on calme la douleur, on ne va pas pouvoir faire le diagnostic* » (M3G3), ce qui semble être une idée reçue répandue chez les parents.

L'inquiétude des parents est plus marquée lorsque ce sont de jeunes parents ou tout du moins le premier enfant du couple, l'inquiétude est alors majeure devant une situation à la fois nouvelle et angoissante, « *ça dépend si c'est le premier enfant, la première otite, ou si c'est le troisième, où je veux dire la pharmacie familiale est constituée (...) il y a là quelque chose, une habitude où le soin parental peut s'exercer sans angoisse* » (M1G3).

L'angoisse des parents est aussi accrue par l'isolement. En milieu urbain, il est fréquent de rencontrer des couples qui élèvent leur enfant en étant loin des noyaux familiaux, « *des gens qui viennent de province, qui sont vraiment sans aucune famille sur Paris et qui n'ont pas de repères* » (M3G3).

Certains participants évoquent le concept de douleur familiale pour décrire les répercussions de la douleur de l'enfant sur le noyau familial, « *une douleur chez l'enfant, ça peut répercuter sur la famille, ça peut donner une douleur qu'on dit familiale parce que ça gêne notamment les parents (...), ça aura des répercussions sur tout le monde et non que sur l'enfant.* » (M4G1).

4.4 Les incohérences dans la prise en charge parentale de l'enfant

Certaines réactions des parents semblent paradoxales pour les médecins. En ce qui concerne le traitement de la douleur chez l'enfant, les médecins constatent qu'il est relativement fréquent que les parents n'aient rien donné pour calmer la douleur de leur enfant, alors qu'ils ont constaté que l'enfant est douloureux. Ce constat, sans l'action, semble parfois paradoxal pour le médecin, « *je suis frappée qu'ils aient peu le réflexe de donner un antalgique* » (M6G1).

Dans certains cas, les médecins ont exprimé leur étonnement, voire de l'incompréhension par rapport à la réaction de certains parents, « *ils sont parfois même conscients que l'enfant est douloureux, ils vont donner un biberon plutôt qu'un Doliprane® (paracétamol)(...), ça m'a étonné avec le contact avec les parents* » (M2G1).

Lorsqu'est prescrit un antalgique fort, tel le Codenfan® (codéine) et pas d'antibiotique, les parents ne comprennent pas : « *si c'est si grave pourquoi vous ne le mettez pas sous antibiotique, (...) du discours des parents que la douleur c'est pas grave* » (M5G1). Un médicament fort est associé dans l'imaginaire des parents à une maladie grave et la maladie grave, aux antibiotiques !

L'un des médecins rapporte qu'il prescrit parfois de la codéine aux enfants pour des otites et bien souvent, lorsqu'il demande comment a évolué l'otite, il apprend que les parents n'ont pas donné la codéine, « *si vous sentez qu'il a trop mal, on peut lui donner la dose de codéine, et après en revoyant les parents, j'ai l'impression que neuf fois sur dix, elle n'a pas été donnée* » (M3G3). Si le médecin a prescrit le Codenfan® (codéine), l'évaluation de l'enfant montrait une douleur importante, ou les parents rapportaient une forte douleur. Mais quand il s'agit de soulager l'enfant avec un médicament « fort » adapté, le plus souvent, ils ne le donnent pas.

Autant, il est courant pour un adulte de pratiquer l'automédication pour calmer une douleur, autant il est beaucoup moins fréquent que les parents donnent quelque chose à l'enfant pour le soulager, « *donner un médicament antalgique me paraît moins souvent qu'ils ne le feraient pour eux-mêmes* » (M6G2). L'automédication est souvent constatée

par les praticiens. Les patients la pratiquent pour eux-mêmes, mais beaucoup plus rarement pour leurs enfants.

Si la douleur n'est pas ce qui inquiète le plus les parents, pour beaucoup de parents, le symptôme qui les inquiète chez leur enfant reste la fièvre. La douleur ou l'inconfort, que peut manifester un enfant, semble être moins inquiétant pour beaucoup de parents, « *un enfant qui aura une fièvre bien contrôlée mais qui par contre semble inconfortable, c'est pas ce qui sera le plus embêtant pour eux* » (M6G1).

Dans la logique de ce constat, les médecins ont souvent des difficultés à faire entendre aux parents de donner du paracétamol en dehors de la fièvre, pour traiter la douleur ou l'inconfort, « *quand on leur explique que systématiquement il faut qu'il (l'enfant) ait du Doliprane® (paracétamol) pendant 24h. Ils disent pourquoi le Doliprane® (paracétamol), c'est la fièvre. Ça, parfois, on a beaucoup de mal à le faire passer* » (M6G1).

De plus, même si les parents sont toujours les premiers à juger de la douleur de leur enfant, les médecins constatent que parfois l'évaluation médicale diverge de leur appréciation, « *il y a des parents qui sont moins fiables que d'autres ou qui sont en décalage par rapport à l'état de l'enfant* » (M2G1). Il y a des parents extrêmement paniqués, alors que le médecin voit un enfant plutôt calme, mais l'inverse peut se voir aussi, « *on voit vraiment une discordance entre ce qu'on voit chez l'enfant et l'expression des parents* » (M6G1).

5 L'otite, une pathologie qui continue d'interroger les médecins

5.1 La reconsultation

Le plus souvent, les patients reconsultent lorsqu'ils estiment que le traitement n'est pas assez efficace. Les médecins, dans le cadre de la douleur de l'otite, pensent que les patients reviendraient, « *peut-être s'il a toujours mal, alors à ce moment-là, les parents reconsulteront* » (M3G1), mais la douleur est rarement, voire jamais, en pratique, un motif de reconsultation.

L'un des médecins nous livre son inquiétude vis-à-vis de l'otite, « *on les voit une fois, et moi, je laisse toujours la porte ouverte de revenir, les otites ça me plaît pas, je veux les revoir* » (M2G2).

Par contre, les parents sont éduqués à venir reconsulter en cas de persistance de la fièvre, « *au bout de 48h, ils savent que s'il y a toujours de la fièvre, il faut tout de suite reconsulter* » (M1G1).

L'un des médecins ajoute qu'un certain nombre de parents inquiets n'attendent pas 48h, « *après la première prise d'antibiotique, ça ne s'est toujours pas calmé* » (M1G1), ils reviennent. La fièvre est un facteur plus anxiogène que la douleur, pour les parents mais aussi pour les médecins, « *le message que j'ai fait passer principalement : c'est revenez, si dans 48h, il a toujours de la fièvre* » (M5G1).

La visite de contrôle prend aussi une place dans la négociation pour ajourner la prescription d'antibiotique que certains parents continuent de réclamer, « *à part lui dire de revenir presque tous les jours* » (M1G1).

Les médecins se disent aussi méfiants avec des patients qui ne souhaitent pas donner d'antibiotiques à leur enfant. Pour ces enfants, ils sont vigilants, « *il faut le faire revenir, ouais, il faut être très prudent avec ces gens-là, "non, ne me prescrivez pas, j'ai pas envie qu'il prenne ces choses-là"* » (M1G1).

La surveillance dans le cadre de la médecine de ville pose aussi des difficultés pratiques de disponibilité des parents, « *c'est pas forcément facile de suivre l'évolution, même si on dit à la maman au foyer, qui a le temps, qui peut venir au cabinet* » (M6G1).

En dehors de la disponibilité des parents, il y a toujours la question de la fermeture du cabinet, durant la fin de semaine, « *si c'est le vendredi voilà !* » (M1G1).

Les médecins avouent leurs difficultés à faire comprendre aux parents la notion d'évolutivité d'une pathologie, « *ben, ce que je vois maintenant, ça peut changer* » (M5G1). Assez souvent, les médecins ressentent que leurs patients les jugent incompetents, s'il

faut réévaluer les choses, « *les parents, le plus souvent, ben ce médecin est en échec, s'il y a deux jours, il n'a pas diagnostiqué la bonne chose et pourquoi j'ai dû me rendre encore chez le médecin deux jours après pour avoir l'antibiotique que j'avais réclamé* » (M5G1).

Si la difficulté de compréhension est une réalité pour tous les médecins, l'un d'eux complète que les explications prennent du temps, mais les parents acceptent la conduite à tenir, « *il faut traiter une otite que lorsqu'il y a une otite et pas avant, parce qu'il la fera de toute façon son otite. (...) Alors les parents comprennent quand on leur explique comme ça* » (M1G1).

L'un des participants rappelle que les dernières recommandations impliquent un contrôle à distance des tympan, « *selon les recommandations, il faudrait revoir tous les patients qui ont vraiment une otite à trois jours* » (M3G1).

En pratique, que ce soit aux Urgences ou en cabinet, la consigne, que donnent les praticiens, est de revenir en cas d'aggravation, « *on dit au patient : "Revenez s'il y a quelque chose, que ça s'aggrave"* » (M3G1).

Au niveau logistique, l'une des intervenantes fait remarquer que mettre en pratique les recommandations semble difficile, « *ben, je pense que pour le fonctionnement des Urgences, c'est pas possible* » (M1G1). La solution pourrait être de le renvoyer chez son médecin traitant, mais le médecin voit alors le petit patient pour la première fois dans le cas de ce contrôle de pathologie.

C'est dans ce contexte que l'on évoque la pratique des ordonnances différées. Mais cette pratique éveille chez de nombreux médecins, un questionnement sur la qualité de l'observance des patients, « *et puis, je vous assure, je ne commencerai pas avant, vraiment que dans 48h* » (M1G1). Un autre nuance le propos en soulignant que l'observance pour les enfants semble meilleure, « *il y a une meilleure observance pour les enfants, des parents vers les enfants, que pour un adulte pour lui-même* » (M6G1). Néanmoins, cette pratique ne favoriserait-elle pas le remplissage des pharmacies familiales et donc des utilisations inappropriées de médicaments, « *et puis, ils gardent le flacon à la pharmacie de la maison, les flacons d'Augmentin® (amoxicilline / acide clavulanique)... Ah, je lui ai*

donné parce que la dernière fois le médecin, il m'a prescrit ça. Alors je lui ai commencé l'Augmentin® (amoxicilline / acide clavulanique) mais ça ne passe pas. » (M1G1).

L'application des bonnes pratiques passe par une modulation des prescriptions, et donc un refus de prescrire lorsque les conditions requises ne sont pas présentes, « *il y a que c'est beaucoup plus compliqué de convaincre quelqu'un que on ne va pas prescrire (...) C'est vrai que ce travail-là est plus ingrat. » (M1G3).* C'est à ce niveau qu'entre la discussion du contrôle et de l'ordonnance différée. Dans le cadre de cette négociation, l'un des médecins fait remarquer que l'appréciation du contexte par le praticien joue son rôle, « *c'est quand même à géométrie très variable. On peut toujours avoir une conviction forte en terme de recommandations médicales, et puis on peut être en situation où on va faire de l'entorse parce que c'est lourd » (M1G3).*

5.2 La question du paiement de la visite de contrôle

Pour les médecins, le paiement de la consultation de contrôle reste un sujet délicat, « *faire venir les gens et les faire payer, ça me paraît très compliqué » (M3G3).* Celui-ci complète : « *dans le cadre de la Sécurité Sociale, est-ce qu'il faut faire payer à chaque fois ? C'est un vrai problème que je n'ai pas résolu. » (M3G3).*

Lorsque la visite de contrôle entre dans la discussion comme un argument pour éviter la prescription d'antibiotique, le médecin présente la gratuité de la visite comme un argument supplémentaire, « *écoutez, revenez demain, je vais voir, sans payer, juste comme ça entre deux patients, je le reverrai » (M1G1).*

Si la surveillance est rapprochée, plusieurs médecins pensent que l'on ne peut pas faire payer la consultation, « *ou alors faut pas faire payer les consultations quand les enfants viennent et qu'on leur dit : "non ce coup, tu n'as pas encore l'otite" » (M5G3).*

Pour certains intervenants, la gratuité du contrôle à distance est une évidence, « *Doit-on les faire payer deux fois ? Non, bien sûr ! » (M6G2).*

Mais la gratuité de la visite de contrôle reste une question débattue, « *Pourquoi ce rôle de surveillance, il faut le faire gratuitement ? Pourquoi c'est pas aussi important ?* » (M6G1).

L'un des intervenants ajoute qu'il est d'autant plus gêné par cette question du fait de son secteur d'exercice, « *En plus, je suis en secteur 2, donc je ne vais quand même pas faire payer à chaque fois.* » (M3G3). Et il y a aussi une différence qui se fait par le tiers payant de la CMU, « *celui qui a la CMU, il va repayer, la sécu. va payer une deuxième fois, ça j'avoue honnêtement, et puis d'autres c'est le service après-vente* » (M3G3).

En ville, le coût de la consultation peut être un frein, « *si on demande aux personnes qu'elles reviennent trois jours après, donc, il va payer alors que l'enfant, dans la plupart des cas va mieux* » (M3G1).

5.3 La coordination des soins

Le consensus de pratique entre collègues n'est pas forcément évident. La gestion de pratiques différentes n'est pas aisée, « *moi aussi, j'ai aussi un mouton noir dans mon cabinet et prescrit des antibiotiques à tire-larigot (...) pas toujours facile de gérer l'attitude différente des confrères par rapport à nous* » (M3G3)

Les patients demandent alors plus d'informations et pour le médecin cela représente un temps plus long d'information et de négociation, « *je travaille dans un cabinet de groupe, nous sommes quatre. Sur les quatre, nous sommes trois à appliquer les recommandations dans l'otite moyenne aiguë. Un seul des médecins prescrit systématiquement des antibiotiques (...) et c'est vrai qu'avec ces patients-là, il est souvent difficile de les convaincre, et nous sommes obligés de passer beaucoup de temps à leur expliquer* » (M4G3).

Si les intervenants se plaignent des divergences de pratiques entre confrères généralistes, il est aussi fortement rapporté une divergence de pratique avec les spécialistes. L'une des participantes note la différence d'attitude des ORL vis-à-vis des

anti-inflammatoires, « *les ORL pour eux mettent systématiquement des corticoïdes* » (M1G2).

Chez l'enfant, l'intervenante nous signale que les ORL utilisent facilement du Nifluril® (acide niflumique), « *il y avait que les ORL qui donnaient des suppositoires de Nifluril® (acide niflumique)* » (M1G2). Cette pratique est peu répandue, d'après elle, chez les médecins généralistes.

Les internes signalent la discussion qu'ils peuvent avoir avec des parents pour faire arrêter les AINS dans les syndromes infectieux, « *mon pédiatre me prescrit toujours ça (ibuprofène), parce qu'il y a beaucoup de pédiatres qui prescrivent encore ça* » (M4G1).

Une autre renchérit : « *les pédiatres, y a encore, quand j'étais externe aux Urgences pédiatriques, les pédiatres c'était Doliprane® (paracétamol)/Advil® (ibuprofène) en alternance* » (M1G1). Les pratiques de prescription évoluent mais les transitions sont délicates, car il serait plus aisé que tous les intervenants de santé tiennent le même discours aux patients.

Discussion

1. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude qualitative est de recueillir les représentations des médecins généralistes en ce qui concerne la douleur des jeunes enfants causée par l'otite moyenne aiguë. Il s'agit de travailler sur les représentations liées à la douleur dans le cadre d'une pathologie bénigne contractée le plus souvent, par des enfants en bas âge qui ne maîtrisent pas encore le langage.

2. Synthèse des résultats

2.1 Représentation de la douleur

De principe, les médecins qualifient la douleur de l'otite moyenne aiguë de douleur forte.

La douleur de l'otite moyenne aiguë est qualifiée de normale par tous les participants (G1, G2, G3), dans le sens où elle s'explique par une lésion organique du tympan. De plus, cette lésion est facilement accessible, lors d'un examen clinique de routine. Par contre, plusieurs des médecins (G1, G2) insistent sur le fait que la douleur n'est pas "normale" et qu'elle doit être soulagée.

Les médecins s'accordent sur la part importante que l'angoisse joue dans la douleur. Pour eux, le rôle de l'angoisse est souvent aussi important que la douleur physique ressentie, dans le vécu de la douleur. Et tous (G1, G2, G3) ont remarqué que leurs petits patients, dont l'entourage est inquiet, ont généralement des manifestations douloureuses plus intenses.

Pour tous les médecins, les notions de traumatisme psychologique, de mémoire de l'enfant à l'âge infra-verbal et de séquelles sont floues (G2, G3). Il est difficile pour eux de les définir, ou d'en imaginer les conséquences quand il s'agit d'enfants si jeunes.

Par contre pour les douleurs répétées, les médecins pensent qu'elles laissent des séquelles (G2, G3). Les enfants, qui en ont subies, présentent le plus souvent un comportement de retrait et un refus de soins ou d'exams cliniques.

2.1.1 Selon le genre

Les femmes médecins semblent être plus attentives et plus interpellées par la douleur de l'enfant que leurs homologues masculins et ce, quel que soit l'âge. Elles font une description détaillée de l'enfant douloureux, en particulier du comportement. Elles notent aussi son regard, et tentent d'y lire au-delà des mots, l'expression de son ressenti (G2). Elles se décrivent dans l'empathie pour l'enfant qu'elles prennent en charge (G1, G2) et, à l'écoute des difficultés de la famille face à un enfant douloureux. Dans ce contexte, elles vont décrire un tableau de souffrance familiale (G1).

Les femmes sont tout particulièrement touchées par l'exemple des opérations à vif, qui se pratiquaient sur les nouveaux-nés jusqu'en 1987 (G2). Cet exemple ne semble pas interpeler les hommes médecins.

Les hommes sont moins descriptifs, et le symptôme ou la plainte appelle davantage l'action, l'examen clinique ou le traitement (G3).

La douleur est une expérience normale qui fait partie de la vie. Et pour eux, la majorité des patients partage cette représentation, d'autant plus que la cause de la douleur est connue et bénigne (G3).

Les hommes médecins affirment comme une évidence, que si l'enfant n'a pas la mémoire de l'événement, il n'y a pas de traumatisme (G3). Pour les médecins femmes, la question demeure (G2).

2.1.2 Selon l'âge des médecins

Les médecins plus jeunes semblent plus attentifs à la recherche et l'analyse de la douleur de l'enfant.

L'expression de douleur normale a suscité, chez les jeunes médecins et les internes, les réactions les plus vives (G1). Pour eux, la douleur est un signal physiologique, mais le rôle du médecin est de soulager la douleur lorsqu'il la décèle. Ils vont même jusqu'à dire, que pour eux, un médecin n'a pas le droit de ne pas intervenir.

Les jeunes médecins (G1) développent des idées spécifiques par rapport à la douleur de l'enfant. Pour eux, l'enfant découvre la douleur, et si cette découverte est dans l'ordre naturel de la vie, ils se font un devoir de soulager au plus vite. Si les adultes peuvent choisir leur seuil acceptable de douleur, l'enfant, lui, est dépendant de l'adulte, et dans ce contexte, les internes et jeunes médecins affirment de façon vive, leur désir de soulager l'enfant au plus vite. En effet, l'enjeu est alors d'éduquer les parents à donner des antalgiques lorsqu'ils constatent les signes d'inconfort douloureux du nourrisson.

Même si les jeunes médecins (G1) sont dans une attitude qui vise à soulager au plus vite un enfant qui souffre d'une otite, ils ne nient pas le « pouvoir éducatif » de la douleur lorsque l'enfant en retire une leçon, dans le cas d'une prise de risque lors de la marche ou de l'apprentissage du vélo. Pour eux, il y a un fossé entre découvrir les conséquences de ses actes, et la douleur « gratuite » d'une otite.

Pour la plupart des jeunes médecins (G1), le passage aux Urgences pédiatriques reste frais dans leur mémoire. Pour eux, les enfants examinés dans le contexte du service des Urgences sont agités, voire paniqués. Par contraste avec l'exercice en cabinet, ils constatent que le contexte de stress augmente le niveau de douleur.

Certains des jeunes médecins (G1) dénoncent vivement l'idée parfois défendue par les plus anciens, que la douleur est utile. Certains internes (G1) étayent leur avis en évoquant des études sur les douleurs en néonatalogie. Des douleurs intenses au stade

néonatal du développement induiraient une possibilité accrue de pathologies psychiatriques.

Pour les médecins plus âgés, la douleur est un passage obligatoire de la vie. Mais il faut souligner que dans cette génération de médecins, les représentations sont différentes entre les hommes et les femmes médecins.

L'entretien a éveillé chez les femmes médecins d'âge moyen (G2) une inquiétude qui n'est pas apparue dans les autres groupes. Pour elles, il est probable que la douleur de l'otite chez les enfants ne soit pas assez prise en compte par elles-mêmes, mais aussi en général par les médecins généralistes.

2.1.3 Selon le vécu de la douleur

Les médecins, qui ont le souvenir même lointain d'avoir eu des otites, ont une description d'autant plus vive de l'otalgie, peu importe leur genre ou leur âge (G1, G2, G3). Parmi les plus jeunes, ceux, qui ont eu des otites durant leur enfance, vont être les plus prompts à entériner l'idée que l'otalgie est une douleur intense (G1).

Parmi les médecins, les femmes (G2) semblent plus enclines à décrire leur ressenti par des exemples. Elles utilisent le parallèle avec la douleur dentaire entre autres, ou des qualificatifs qui personnifient le ressenti, « douleur méchante ».

Dans le groupe majoritairement masculin, l'un subordonne son évaluation à son expérience personnelle de l'otite. Pour lui, le ressenti personnel d'une douleur valide l'appréciation qu'il peut faire par la suite de la douleur de ses patients. (G3).

2.2 Etre sensibilisé à la douleur pour la détecter et la quantifier

2.2.1 Détecter et graduer la douleur

Dans tous les groupes (G1, G2, G3), le constat principal des médecins est la difficulté à détecter la douleur de l'enfant en bas âge.

L'otite survient, le plus souvent, chez des enfants qui ne s'expriment pas encore par le langage. Les manifestations non spécifiques, par lesquelles ils interagissent avec leur milieu, sont sujettes à l'interprétation de leurs parents. De ce fait, la douleur du petit enfant peut passer inaperçue (G1). D'autant plus que les médecins reconnaissent que, dans leur démarche diagnostique, la recherche de la douleur n'est pas leur priorité chez l'enfant (G1, G2).

L'otite est une pathologie douloureuse liée à l'inflammation du tympan (G1, G2, G3). Chez le tout-petit, la découverte à l'examen clinique d'un tympan inflammatoire permet de lier les réactions inhabituelles de l'enfant avec l'otite et donc des douleurs.

De plus, la fièvre apparaît pour les médecins interrogés comme un facteur d'inconfort important dans l'otite et anxiogène pour les parents. La fièvre se mesure de façon objective (G1, G2). Elle reste le motif de consultation prioritaire des parents et pour les médecins, le critère de surveillance principal.

En ambulatoire, les médecins soulignent qu'ils connaissent le plus souvent le petit patient et sa famille. Ils ont déjà pu appréhender le vécu de la douleur au sein du foyer. Cet avantage les aide à détecter des signes de douleurs chez le petit enfant (G2).

Les "focus group" favorisent les prises de conscience. Dans le cas de l'évaluation, l'un des médecins confie qu'après réflexion, si pour lui l'otite est une pathologie douloureuse, par contre, il ne fait pas de gradation individuelle des patients souffrant d'une otite (G1). Il suit son schéma face à une douleur donnée et non face à un patient donné.

La douleur de l'otite n'est pas évaluée à la même hauteur selon les générations. Les jeunes médecins n'hésitent pas à graduer l'otite à sept ou huit sur l'Echelle Visuelle Analogique (EVA). Les médecins plus âgés ne sont pas enclins à utiliser l'EVA. Pour eux, la douleur n'est pas au premier plan dans l'otite.

Pour la plupart des participants, l'évaluation de la douleur de l'enfant en bas âge reste très subjective (G1, G2, G3). Le ressenti des médecins envers leur petit patient douloureux est souvent en lien avec le passé personnel du soignant. Les professionnels qui racontent dans leur histoire personnelle un vécu de la douleur, pour eux-mêmes, ou pour leurs enfants, sont plus touchés et sensibles aux manifestations douloureuses de leurs patients. Il semblerait qu'avoir ressenti soi-même la douleur augmente l'empathie.

2.2.2 Les échelles : une aide inadaptée à l'otite

La connaissance des échelles est hétérogène dans les différents groupes de médecins (G1, G2, G3). Les plus jeunes les utilisent davantage (G1). Mais de façon générale, les médecins connaissent mieux les échelles applicables à l'adulte (G2, G3).

Les échelles restent peu utilisées pour un ensemble de raisons. Les soignants les trouvent compliquées à utiliser et estiment que l'usage de ces échelles est peu enseigné au niveau de la formation initiale (G1).

De plus, les échelles d'auto-évaluation les plus répandues ne sont pas adaptées à l'enfant. Les réglettes que les médecins utilisent volontiers sont inadaptées aux petits (G2, G3). Pour les enfants, il faut utiliser une échelle d'hétéro-évaluation, telle l'EDINN, qui est peu connue des soignants (G1).

Les participants concluent que les échelles sont utiles pour les douleurs chroniques. Elles sont adaptées au suivi d'une douleur et elles n'ont pas leur place dans l'évaluation de la douleur aiguë (G2).

Les médecins constatent que le jugement des parents envers leur progéniture est parfois très variable (G1, G3). Le jugement peut être dans un excès ou dans l'autre, avec des parents qui sont dans une attitude protectrice outrancière, ou à l'inverse ne s'inquiètent que très, voire trop, tardivement.

2.2.3 L'incertitude de l'évaluation persiste souvent

Tous les médecins s'accordent sur la difficulté de la tâche (G1, G2, G3).

Les petits patients ont le plus souvent moins de 3 ans et, à ce stade préverbal du développement, son expression principale reste le pleur (G3). Toute la difficulté se concentre dans l'interprétation des pleurs (G1). Ces enfants inconsolables sont l'un des motifs de consultation des parents impuissants à calmer leur petit (G3).

D'autres fois, l'enfant vu en consultation est paisible, et ce sont les parents qui racontent un épisode d'inconfort qui les inquiète (G1). Il faut alors faire la part des choses dans le récit des parents.

Et quand l'enfant commence à parler, la tâche n'est pas forcément plus aisée ! Les intervenants disent qu'il faut alors apprécier tout à la fois le discours succinct de l'enfant, le récit des parents avec leur interprétation propre des faits, et se faire une idée au plus juste de la situation (G1, G2, G3).

Une étape clé de l'évaluation d'une douleur est la réévaluation à distance de la situation après une première action. A ce niveau de la prise en charge, les participants reconnaissent qu'il est plus aisé de réévaluer la fièvre que la douleur. La fièvre reste l'élément objectif et mesurable d'une maladie.

Une autre difficulté de l'évaluation apparaît quand l'enfant est très agité. Les praticiens font la remarque que dans ce cas, l'examen clinique est fugace, ce qui ne facilite pas la tâche (G3).

Parler de la douleur est difficile. Cette sensation s'exprime en utilisant le langage subjectif. Dans le cas qui nous occupe, plusieurs subjectivités se rencontrent. Les participants peinent à trouver un même langage pour s'entendre avec les parents, et inclure dans ce dialogue l'enfant selon son âge (G1).

Au final, certains des participants restent dubitatifs sur l'évaluation de la douleur des enfants. Si le médecin est sensibilisé à ce sujet, ce qui semble être plus fréquent chez les femmes et les plus jeunes, il va rechercher la douleur de l'enfant. Quant à la question de la gradation : « Est-ce qu'on évalue ? » (G1), pour certains, la question reste posée ! Pour d'autres, l'évaluation est très peu réalisée de façon générale.

2.3 Evolution des représentations : traitement de la cause/traitement de la douleur

2.3.1 Soulager l'enfant

Les jeunes médecins (G1) sont particulièrement attentifs et actifs à soulager l'enfant rapidement. Ils insistent tout spécialement sur la réassurance. Pour eux, il est tout aussi important d'apporter un soin technique ou pharmaceutique qu'un soutien psychologique. Ainsi, la réassurance va apaiser l'angoisse qui accompagne la douleur et pour eux, cette action apportera une bonne partie du soulagement.

L'un des médecins plus âgés (G3) explore le rôle que joue la maladie de l'enfant ou ses douleurs, dans le renforcement du lien affectif qui l'unit à sa mère ou de façon plus large, à ses parents. Le renforcement de ce lien mère/enfant apparaîtrait comme un bénéfice secondaire de la douleur.

L'attitude du médecin est un élément clé. Une attitude rassurante va apaiser la famille (G3), dédramatiser la situation. Dans un contexte plus serein, la douleur semble toujours moins importante, constat que les praticiens observent entre les enfants reçus aux Urgences et ceux vus en cabinet médical.

Dans la gestion de la consultation d'un enfant algique, les femmes médecins (G2) rapportent qu'elles encouragent l'enfant et/ou ses parents à verbaliser, à nommer leur ressenti de cette situation angoissante. Pour elles, valoriser la situation difficile permet d'intégrer l'expérience.

L'éducation et l'information tiennent une part importante dans la gestion de la douleur des enfants. Cette idée est partagée par tous les groupes (G1, G2, G3). Les médecins ont le rôle d'éduquer les parents, à savoir gérer les douleurs nocturnes de l'otite.

Au cours de la réunion, les médecins (G2) prennent conscience que si traiter la douleur est une évidence de leur travail, la prévoir ne fait pas partie de leurs habitudes de pensée. Cette prise de conscience éveille un sentiment de culpabilité chez certaines participantes.

2.3.2 La prescription antalgique varie avec la génération

Les médecins connaissent très bien les antalgiques de niveau I. Le paracétamol est le traitement de première intention (G1, G2, G3). Il est largement prescrit et son efficacité est connue de tous.

L'ibuprofène, un anti-inflammatoires non stéroïdien s'emploie aussi fréquemment comme antalgique. La bithérapie antalgique, paracétamol/ibuprofène, est largement utilisée dans de nombreux domaines (G2). Dans le cas de l'otite, son utilisation a évolué.

Les jeunes médecins ne prescrivent pas d'ibuprofène dans un contexte infectieux (G1). L'enseignement initial, les dernières recommandations ne semblent pas inciter les plus jeunes à cette prescription. Pour eux, même si la molécule est très efficace, de trop grands risques de complications prévalent dans le contexte infectieux de l'otite.

Pour les médecins plus anciens (G2), les positions restent diverses. Il y a ceux qui utilisent l'ibuprofène en vertu de sa grande efficacité et ceux qui malgré leur frustration exprimée, ne le prescrivent plus dans le contexte de l'otite.

Les médecins remarquent que leur pratique est différente dans la prise en charge d'un enfant et celle d'un adulte, a priori pour la même pathologie (G2). Les médecins n'ont pas les mêmes réflexes pour le maniement des antalgiques et des anti-inflammatoires.

La connaissance des antalgiques de niveau II est beaucoup plus hétérogène d'un médecin à l'autre. Les médecins plus âgés (G2, G3) expriment ouvertement leur réticence à prescrire un palier II chez l'enfant. Ils font le constat que le passage du palier I au palier II est une prescription relativement anodine chez l'adulte, mais que chez l'enfant, c'est difficile.

Le Codenfan® (codéine), qui est l'adaptation pédiatrique de la codéine, est une forme galénique relativement récente. Ce produit est sur le marché depuis seulement une dizaine d'années. C'est aussi une molécule de prescription spécifiquement pédiatrique. Pour les médecins interrogés (G2, G3), ce n'est pas une prescription de routine.

Les internes prescrivent facilement du Codenfan® (codéine) aux Urgences et en proposent en ville. Ils en connaissent les effets indésirables et les observent sur leurs patients. Mais dans l'ensemble, cette utilisation ponctuelle de la molécule au cœur de la crise douloureuse est très bien accueillie et tolérée, d'autant plus que la prise est donnée la nuit.

Les médecins plus âgés expriment leurs différentes réticences à la prescription de codéine chez l'enfant. Plusieurs estiment qu'il faut vraiment trouver de bonnes raisons pour une telle prescription du fait des effets indésirables qu'ils observent chez l'adulte (G2), d'autant plus que l'otalgie dans ce contexte infectieux a une durée brève. La plupart des médecins participants (G2, G3) ne veulent pas s'engager dans la prescription de codéine chez l'enfant pour une douleur aiguë.

Derrière cette réticence affichée, les représentations de certains finissent par se dévoiler. Ils livrent leur peur de ces "produits" et évoquent leur crainte des dépendances et des toxicomanies (G2).

Dans le groupe plus masculin, les réticences semblent davantage basées sur leur représentation de la douleur que sur leur peur des effets indésirables. Certains participants pensent que sur une douleur intense mais intermittente, il n'y a pas d'arguments qui montrent qu'un palier I donné régulièrement serait moins efficace que le palier II (G3).

Alors que les médecins les plus âgés réalisaient des paracentèses antalgiques, aujourd'hui, ils ne se sont pas appropriés l'utilisation de la codéine chez l'enfant pour soulager l'otalgie. A l'inverse, les plus jeunes n'hésitent pas à soulager largement la douleur de l'enfant, y compris en usant ponctuellement de palier II.

2.3.3 Traitements étiologiques

Les praticiens interrogés rappellent que les médecins français sont connus pour prescrire beaucoup d'antibiotiques. Au niveau individuel aussi, les médecins disent avoir parfois "la main lourde" (G2) et certains maîtres de stage confient encourager leurs internes dans la prescription des antibiotiques.

Les médecins de tous groupes confondus (G1, G2, G3) citent les recommandations de bonnes pratiques en lien avec le traitement de l'otite moyenne aiguë. Ces recommandations encouragent à une diminution des prescriptions d'antibiotiques relayée par des campagnes publicitaires de diffusion grand public.

Malgré les campagnes d'information, les parents restent demandeurs d'antibiotiques et tout spécialement dans les otites moyennes aiguës. La plupart des médecins continuent de percevoir cette demande pressante de l'antibiotique (G1, G3). Néanmoins, la négociation pour ajourner une prescription non nécessaire est moins difficile. Les patients sont sensibles à de nouvelles idées, notamment l'écologie du milieu. Ils entendent ainsi plus facilement les raisons liées aux résistances suscitées par l'utilisation abusive d'antibiotiques (G3).

L'otite est une pathologie où pour beaucoup la règle reste le traitement antibiotique. Et les antibiotiques gardent, dans l'esprit des médecins et des patients, la place du "vrai médicament" efficace (G2). Pour beaucoup de médecins, il est probable que la diminution des tableaux hyperalgiques soit liée à l'utilisation large de l'antibiothérapie pendant plusieurs années (G2).

Les groupes abordent le sujet de la paracentèse. Cette pratique n'est plus que très rarement utilisée. Les médecins notent à ce sujet que la disparition de la pratique de la paracentèse est un bon exemple de l'évolution des pratiques (G1, G2, G3).

Les médecins notent que la vulgarisation de l'antibiothérapie a probablement diminué la nécessité de cette pratique. Par contre, les médecins, qui ont pratiqué ou utilisé cette méthode, s'accordent pour dire que ce geste laisse un souvenir durable de douleur intense (G2, G3).

Par contre, le système d'aérateurs trans-tympaniques est utilisé pour les enfants qui font des otites à répétition. Ce petit dispositif est posé par l'ORL (G1) et semble dans cette indication, une pratique bien connue des médecins des groupes.

2.4 Les réactions parentales observées par les médecins

2.4.1 Reconnaître la douleur de l'enfant

Les parents sont les premiers à déceler une attitude inhabituelle chez leur enfant (G1, G2, G3). L'attention portée par les parents aux tout-petits est variable. Les praticiens parlent de niveaux d'alerte différents selon les familles (G3).

Face aux nourrissons, les parents sont le plus souvent décontenancés et perplexes. Certains viennent pour une attitude inhabituelle qui dérange la famille, des pleurs nocturnes répétés le plus souvent (G1, G2, G3). Ils font alors appel au médecin pour comprendre ce qui arrive et faire la part des choses. De plus, même s'ils pressentent que le problème vient de l'oreille, ils n'ont aucun moyen de l'explorer (G2).

D'autres consultent car ils ont identifié que leur enfant souffre. Ce moment de la consultation correspond alors à la représentation parentale de ce qu'il est acceptable que leur enfant supporte (G3). Ce stade de réaction est associé à des données culturelles. Au moment des premiers signes d'inconfort, l'un des médecins remarque dans la réaction des parents, un temps de déni. Passé ce moment, l'acceptation et le constat s'installent et là, les parents réagissent (G1).

La connaissance des parents varie par contre avec plusieurs facteurs, leur expérience parentale mais aussi leur classe socio-économique. Ainsi les patients reçus en consultation au cabinet médical donnent facilement du paracétamol à leurs enfants (G2, G3). Ils semblent souvent mieux éduqués, mais aussi d'un niveau socio-économique plus élevé que les patients reçus aux Urgences (G1).

De plus, l'otite est une pathologie qui touche des enfants à l'âge de deux ou trois ans. A cet âge, les parents se méfient alors d'un caprice (G2).

Mais pour reconnaître que l'enfant est douloureux, faut-il que les parents y soient sensibilisés ? L'information grand public vulgarise les notions concernant la douleur des adultes, mais reste succincte par rapport à la douleur de l'enfant (G2).

L'expression de la douleur varie selon l'héritage culturel des familles. La limite Nord/Sud est connue quant à l'expression plus ou moins bruyante de la douleur. Selon la culture, il est habituel, à des degrés variables de minorer la verbalisation de la douleur des petits garçons (G3).

2.4.2 L'angoisse des parents

Le premier épisode douloureux de l'enfant, surtout si c'est le premier enfant du couple, est un événement particulièrement angoissant. L'angoisse, face à une situation nouvelle, est une réaction normale. Mais dans cette situation particulière, l'angoisse provoque un temps de sidération, et d'inhibition, et même, selon les personnalités, un moment de panique s'observe parfois (G3).

Chez les couples qui ont un comportement très inhibé vis-à-vis de leur enfant, les médecins observent souvent une peur de mal faire. Ils semblent être paralysés. Certains rapportent qu'il est très angoissant de prendre le risque de se tromper quand il s'agit de son enfant (G1). Là, les parents viennent en référer au tiers médecin pour trouver l'action juste, et diminuer leur angoisse (G1, G3).

Certains parents sont aussi inquiets que le médecin ne puisse faire le diagnostic. C'est pour cette raison qu'ils ne vont rien donner à leur enfant, afin de ne pas modifier les symptômes (G1, G2, G3).

Les médecins identifient des facteurs aggravants l'angoisse parentale. Les couples de parents plus âgés pour leur premier enfant semblent être des parents plus anxieux (G3). L'isolement des couples vis-à-vis de leur environnement familial les rend aussi plus vulnérable.

L'enfant de cet âge est très dépendant de son environnement. Les intervenants soulignent être attentif aux interrelations du nourrisson ou du jeune enfant pour améliorer leur appréciation de la situation (G1).

2.4.3 Les incohérences de la prise en charge parentale

Les médecins sont souvent étonnés de constater que les parents ont décelé la douleur de leur enfant, mais qu'ils ne lui ont rien donné pour la soulager (G1). Faute de donner un

antalgique, par contre ils peuvent lui avoir donné un biberon. Les intervenants confient ne pas comprendre cette attitude, alors que l'automédication est aujourd'hui une réaction courante.

Quand un médecin juge son petit patient extrêmement algique, les participants disent prescrire un antalgique tel que le Codenfan® (codéine) et informer les parents. Mais souvent, il est surprenant pour les médecins de constater que les parents n'ont finalement pas donné l'antalgique. (G3).

Les parents expriment que pour eux, un médicament fort représente la gravité de la maladie. Mais ils ont la représentation qu'une maladie grave se traite par les antibiotiques (G1).

Le plus difficile pour les intervenants est d'objectiver une situation lorsqu'il semble que les parents sont en décalage par rapport à la situation que le médecin observe (G1).

2.5 Autres difficultés abordées par les médecins autour de l'otite

La consultation de surveillance dans l'otite moyenne aiguë est un sujet que les médecins signalent comme difficile dans certains cas. Les patients reviennent généralement parce qu'ils estiment que le traitement n'est pas assez efficace ou qu'une complication apparaît. La douleur n'est pas un motif de reconsultation fréquent chez l'enfant.

L'otite reste une pathologie qui inquiète les médecins. Les intervenants ont toujours encouragé leurs patients à revenir dans les cas d'otite (G2). Aujourd'hui, cette stratégie fait partie des recommandations de bonnes pratiques. Cette visite de contrôle est un argument supplémentaire qui appuie le fait d'ajourner la prescription d'antibiotiques (G1, G2, G3).

La visite de contrôle pose aussi des problèmes pratiques. Les parents doivent avoir la disponibilité de ramener l'enfant. Les participants évoquent aussi la question du

paiement de la visite de contrôle (G1, G2, G3). Pour certains, la gratuité est une évidence (G2). Mais d'autres soulèvent par-là la question de la valeur de la surveillance (G1, G3).

Les intervenants évoquent aussi la pratique de l'ordonnance différée, même si cette méthode éveille des réticences (G1, G3). Il est toujours délicat de savoir si le patient se conformera à la prescription, bien qu'il semble que les parents soient plus rigoureux pour leurs enfants que pour eux-mêmes (G1). Puis se pose la difficulté des flacons et autres médicaments stockés par les patients, et pris par la suite de façon plus ou moins appropriée.

L'un des participants souligne que c'est un travail ingrat de faire entendre aux patients que les bonnes pratiques passent par moins de prescriptions, voire une absence de prescription (G3). Et pour lui, selon le contexte et la patience du praticien, la négociation avec le patient est plus ou moins aboutie, allant de l'ajournement de l'antibiotique, à la prescription qu'il aurait aimé éviter, en passant par l'ordonnance différée. Selon l'aboutissement de la discussion, la stratégie s'applique de façon plus ou moins adaptée aux dernières données de la science.

Un autre sujet, en marge de la discussion de la douleur de l'otite, a été évoqué, celui du partage des conduites à tenir entre professionnels. Le débat touchait particulièrement l'idéal de présenter une information homogène aux patients (G1, G2, G3). Les intervenants expriment les difficultés qu'ils rencontrent dans leur cabinet de groupe par rapport à des collègues qui n'appliquent pas les recommandations et prescrivent beaucoup d'antibiotiques (G3).

3. Les points forts

3.1 Avantage de la méthode qualitative

Une étude qualitative est adaptée à la recherche d'idées nouvelles sur un sujet donné, ainsi qu'à l'explication des comportements. Les entretiens visent à identifier les représentations. Nous avons donc, lors des entretiens de groupe, encouragé

l'identification des représentations qui interviennent dans les soins apportés aux enfants en bas âge atteints d'otite moyenne aiguë.

Les "focus group" étaient constitués de médecins d'âges différents. Dans deux des trois groupes, les médecins avaient des âges relativement homogènes, ce qui a renforcé l'expression d'idées partagées par la même génération. L'un des groupes présentait des médecins de deux générations différentes. Les résultats ont montré des idées différentes entre les générations.

Par respect de la méthodologie, cette étude a bénéficié de plusieurs relecteurs. Cette relecture multiple a permis un codage plus exhaustif des idées.

3.2 Emergence d'idées singulières

Les différences générationnelles traduisent une évolution des représentations de la douleur.

Les jeunes médecins sont plus à l'écoute de la plainte douloureuse, et plus attentifs à la rechercher chez l'enfant. Pour eux, soulager la douleur est un enjeu important de leur mission de médecin. Dans ce cadre, ils affirment donner autant d'importance aux mesures de réassurance qu'aux moyens médicamenteux. Mais en ce qui concerne les thérapeutiques, les jeunes se démarquent de leurs confrères plus âgés. Imprégnés des recommandations et de leurs pratiques au sein des services d'Urgences, ils se concentrent sur le traitement symptomatique en utilisant de façon assez large un antalgique de palier II comme la codéine.

Les médecins plus âgés pensent encore que la douleur a son utilité. Ils ont tendance à privilégier ce qui était pour eux un traitement de la cause, l'antibiothérapie, associé éventuellement à des anti-inflammatoires. Pour eux, il n'est pas urgent de soulager une douleur qui est brève et participe à l'apprentissage de la vie.

L'attitude des médecins vis-à-vis de la douleur diffère selon leur genre.

Les femmes se montrent plus sensibles à la douleur de l'enfant et plus factuelles dans les descriptions, quelle que soit la génération. Les discussions ont éveillé des prises de conscience nouvelles pour certaines, avec une interrogation par rapport à leur pratique. Les hommes médecins restent apparemment plus campés sur leur position.

Le vécu personnel de la douleur par le médecin influence sa pratique.

Il ressort nettement de l'étude que ceux qui ont ressenti des douleurs importantes, voire précisément des otites, semblent plus attentifs à rechercher et soulager la douleur des enfants.

La gestion de l'angoisse est un travail quotidien du médecin généraliste.

L'angoisse est encore moins mesurable que la douleur, mais elle est un élément avec lequel tous les médecins généralistes se doivent de composer. Les médecins évoquent l'attitude rassurante que doit inspirer le médecin face au patient qui souffre. Cette attitude va aussi rassérer la famille. Les parents sont souvent plus âgés à la naissance de leur premier enfant, et les « vieux nouveaux » parents sont plus angoissés que les jeunes. L'angoisse est aussi amplifiée par l'isolement des couples, loin de leur environnement familial. Les réactions des couples varient avec l'héritage culturel. En général, les médecins observent différents stades dans la réaction des parents vis-à-vis de la douleur de leur enfant : déni, inhibition, panique parfois, apprentissage, gestion. Les médecins soulignent leur rôle éducatif auprès de leurs patients.

4. Les limites de l'étude

4.1 Par rapport à la méthode

Le codage des idées a été manuel, ce qui a demandé beaucoup de temps.

Les médecins, qui ont participé aux entretiens, ont été recrutés parmi les médecins enseignants et géographiquement proches de la faculté. Il est possible que d'autres idées aient émergé avec la participation de médecins ayant un exercice péri-urbain, voire

rural. En effet, les médecins qui exercent loin des services d'Urgences pédiatriques ou qui assurent leur tour de garde dans une commune rurale, sont davantage confrontés aux otalgies aiguës.

4.2 Les questions sans réponse

La douleur est aujourd'hui davantage prise en compte et étudiée. Les douleurs contingentes aux soins commencent à éveiller l'attention des professionnels. Des études commencent à se mettre en place. Des problématiques émergent à propos de la réalisation des vaccins des tout-petits. L'utilisation des patchs d'EMLA se discute, mais aucune étude n'est venue évaluer l'efficacité de cette méthode.

La discussion a mis en lumière les manques de données sur les conséquences à long terme des douleurs aiguës chez les jeunes enfants.

La gestion de l'anxiété des parents devant un enfant qui souffre est un élément clé du travail du médecin généraliste. C'est une évidence pour tous les protagonistes.

4.3 Les points à approfondir

Concernant la douleur de l'otite, il y a très peu d'études. Je n'ai pas retrouvé dans la littérature scientifique d'études comparatives sur l'efficacité du paracétamol, ou de la codéine, ou de l'association des deux sur l'otalgie de l'enfant.

En interrogeant la base de données Pubmed avec les mots clés douleurs, enfant, paracétamol et codéine, deux études se rapprochent de notre sujet. La première comparant l'efficacité de l'association acetaminophen/codéine versus ibuprofène **(12)** vis-à-vis de la douleur après amygdalectomie. Les investigateurs ont montré que l'ibuprofène est aussi efficace que l'association paracétamol/codéine dans les douleurs postopératoires de l'amygdalectomie.

La seconde étude compare le paracétamol seul à l'association paracétamol/codéine chez l'enfant, mais dans la gestion de la douleur post paracentèse **(13)**. Cette étude montre que l'association est plus efficace que le paracétamol seul. Ces deux études éclairent sur le niveau d'efficacité de ces antalgiques mais uniquement dans des douleurs postopératoires. Il serait sûrement intéressant d'évaluer par une étude quantitative et comparative l'utilisation de la codéine par rapport au paracétamol seul ou l'utilisation de l'association paracétamol/codéine versus paracétamol seul dans l'otalgie de l'enfant.

Il pourrait être intéressant de réaliser une étude miroir pour collecter les représentations des parents par rapport à la douleur de l'enfant. Mieux connaître les représentations de la douleur de cette population permettrait aux médecins d'étoffer leur discours auprès d'eux. Mais mobiliser les parents de jeunes enfants n'est pas une chose aisée.

La confrontation des représentations des pédiatres et des généralistes pourraient conforter l'idée que la différence repose sur le fait de faire des gardes ou pas, et donc de recevoir en urgence un enfant hyperalgique. Une étude de ce type montrerait probablement aussi la différence générationnelle d'utilisation des antalgiques de palier II chez l'enfant.

5. Confrontation aux autres études

Dans la littérature scientifique, il y a beaucoup de publications sur l'utilisation, l'utilité et le choix des antibiotiques dans les otites moyennes aiguës. En revanche, peu d'études abordent l'évaluation de la douleur, sa prise en charge et le ressenti des parents et des médecins.

Comme le sujet de cette thèse effleure les domaines de l'anthropologie et de la sociologie, certaines des références se rapportent à ces disciplines.

5.1 Représentation de la douleur

« Le médecin non moins que le malade, projette ses catégories morales et culturelles sur les symptômes, il n'est pas un enregistreur : il est un homme disposant d'un savoir en face d'un autre homme souffrant et tenant un discours sur son mal. La médecine est par nature un fait de relation. » **(14)** Cette citation permet d'illustrer le point de départ de cette thèse, c'est-à-dire l'implication des représentations des médecins, dans le soin de la douleur.

Les textes officiels médicaux qui fouillent en profondeur et, semble-t-il pour la première fois le domaine de la douleur de l'enfant, sont les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), aujourd'hui appelée Haute Autorité de Santé **(2)**, de mars 2000, intitulées "Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans".

La HAS **(2)** souligne le fait que les enfants ressentent la douleur, et la ressentent probablement dès la vie intra-utérine. Parmi les médecins, les femmes et les plus jeunes sont plus sensibles au sujet de la douleur chez l'enfant. Ces catégories de médecins sont les plus en adéquation avec les dernières recommandations de la HAS.

Les jeunes médecins mentionnent l'existence d'études relativement anciennes montrant que ne pas traiter la douleur chez le jeune enfant peut avoir des conséquences. Les médecins plus âgés ne semblent pas les connaître. Il s'agit des études de Anand **(7,8)** qui ont montré que les enfants opérés sans analgésie avaient un taux de morbidité supérieure. Une autre étude **(15)** sur les brûlures montre que la mauvaise prise en charge de la douleur, par ses conséquences physiologiques, (augmentation de la fréquence respiratoire, du pouls et stimulation du système neuro-endocrine lié au stress), pourrait entraîner des complications infectieuses, une morbidité et une mortalité plus élevées.

Dans nos groupes, les participants soulèvent la question de la mémoire de la douleur chez l'enfant, et soulignent le manque d'information à ce sujet. La littérature semble confirmer que nous savons peu de choses en la matière. Les médecins font le constat

qu'il est plus facile de tirer des observations à propos des soins douloureux à répétition. Les études que l'on peut trouver abordent d'ailleurs préférentiellement ce sujet.

Néanmoins, l'étude de Marshall **(16)** a montré qu'une seule expérience douloureuse aiguë pouvait avoir des répercussions sur le comportement d'un enfant. Cette étude a été réalisée à Washington en 1980, sur un groupe de vingt six nouveau-nés randomisés lors de la circoncision réalisée au deuxième jour de vie. Les expérimentateurs ont utilisé l'échelle NBAS (Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale) pour mettre en évidence des modifications du comportement. Une autre étude conforte cette idée. David Le Breton cite dans son livre d'anthropologie de la douleur, l'étude de Skipper **(17)** et montre que chez de jeunes enfants, « Le traumatisme d'une expérience mal assimilée se traduit par de fréquents cauchemars. » Cette étude est réalisée en 1968 sur un total de quatre vingt enfants distribués en deux groupes. Tous ces enfants sont soumis à une amygdalectomie et il est évalué les manifestations de la douleur postopératoire en fonction de l'anxiété maternelle. L'un des groupes bénéficie d'un encadrement et d'informations soignées tandis que l'autre est accueilli selon la routine hospitalière. Les enfants dont les mères sont plus sereines présentent moins de signes physiques de douleur.

Les jeunes médecins ont formulé des interrogations à propos des conséquences d'une première douleur sur les douleurs suivantes. Dans le travail de Taddio **(18)**, les réactions d'enfants, lors d'une première injection vaccinale (entre 4 et 6 mois), ont été étudiées dans trois groupes d'enfants : un groupe d'enfants "témoins" (enfants non circoncis), un groupe d'enfants circoncis à la naissance avec application de la crème EMLA avant le geste, et un groupe d'enfants circoncis à la naissance avec utilisation d'un placebo. Les mouvements du visage, la durée du cri, les scores de douleur ont été plus élevés durant la vaccination dans le groupe circoncis avec placebo que dans le groupe circoncis avec EMLA. Il semble donc que l'exposition néonatale à la douleur de la circoncision prédispose à une douleur plus élevée lors d'une vaccination ultérieure.

Le même groupe de jeunes médecins a émis l'hypothèse d'une moindre efficacité des antalgiques, lorsque l'enfant n'a pas été bien soulagé antérieurement. L'étude de Weisman **(19)** a été réalisée chez 31 enfants de 3 à 8 ans suivis en hématologie. Il a été observé que la mauvaise prise en charge d'un premier geste invasif douloureux

pouvait diminuer l'effet d'une analgésie adéquate pour les gestes suivants, chez ces enfants (résultat non statistiquement significatif car l'échantillon était trop petit).

Les jeunes générations de médecins sont favorables à traiter médicalement les différentes douleurs de leurs patients. Le comité des recommandations HAS **(2)** encourage cette pratique. La HAS ne semble pas s'inquiéter d'une surmédicalisation de la douleur, crainte émise par certains médecins plus âgés.

Par contre, la douleur aiguë est un signe d'alerte. Cet avis est largement partagé au niveau de notre étude. Le groupe de travail de la HAS **(2)** corrobore cette notion. La douleur est un signe d'alerte, mais aussi une expérience inévitable et « éducative » pour le jeune enfant. Cette idée exprimée au sein des groupes de travail est étudiée en anthropologie par David Le Breton : « L'enfant apprend à son corps défendant les dangers du milieu. La douleur est une expérience forcée et violente des limites de la condition humaine c'est un emprisonnement en soi. » **(14)**.

La douleur semble de moins en moins supportée et supportable dans notre société, et certains médecins expriment même une inquiétude par rapport à leurs patients, qui seraient dans une croyance de toute puissance du pouvoir médical. « L'idéologie médicale en offrant sa compétence dans le traitement de la douleur, rend celle-ci moins tolérable. L'aisance à recevoir une réponse antalgique pour le moindre mal accoutume l'acteur à chercher un mode de traitement immédiat et efficace. La démonstration de son endurance comme signe de virilité ou d'appartenance au groupe diminue de valeur dans une société hantée par la crainte de souffrir, où les anciens modes d'affrontement de la douleur ont perdu de leur enracinement. A l'échelle de la vie quotidienne, elle suscite plutôt la méfiance attachée à une prouesse inutile et témoignant d'une psychologie insolite. » **(14)** Les jeunes médecins participants partagent cette représentation de la douleur mais pour eux, il faut se méfier d'une réponse qui serait systématiquement médicamenteuse. La réassurance de l'enfant est tout aussi importante.

Pendant des siècles, l'obligation d'endurer la douleur a prévalu, faute d'autres façons de la combattre. Les jeunes médecins dénoncent avec force l'utilité de la douleur, contrairement aux médecins plus âgés et tout spécialement les hommes médecins. L'endurance à la douleur tient probablement encore un lien plus ou moins conscient

avec la virilité. « La familiarité à la douleur trempe le caractère et incite à ne pas trop s'y arrêter. A l'inverse la vie menée loin de toute adversité contribue à rendre pénible la moindre anicroche. » **(14)** Illustrée aussi par Montaigne : « La philosophie, au bout des préceptes, nous renvoie aux exemples d'un athlète ou d'un muletier, auxquels on voit ordinairement beaucoup moins de ressentiment de mort, de douleur ou d'autres inconvénients, et plus de fermeté que la science n'en fournit oncques à aucun qui ne fust nay et préparé de soy mesme par habitude naturelle. » **(20)**

« La douleur est un moment de l'existence où se scelle pour l'individu l'impression que son corps n'est pas le sien. Le corps souffrant ne peut être le corps de l'individu. Il est extérieur méconnaissable, haïssable. Le sujet souffrant est possédé par la douleur. Elle est à la base d'une profonde angoisse. Le sujet se bat pour l'expulser, mais elle est tout entière dedans. » **(21)** Cette analyse est mimée par les petits enfants qui, dans le cas de l'otite, tirent sur leur oreille parfois de façon violente. Elle renvoie aussi aux questions soulevées par les jeunes médecins à propos de l'influence de la douleur sur le développement de la personnalité de l'enfant.

Les jeunes médecins ont parlé de la découverte de son corps par le jeune enfant et du rôle de ces premières douleurs dans la maturation de sa perception. Le sociologue avance une hypothèse inquiétante à ce propos : « Elle détruit la confiance en son propre corps. Celui-ci apparaît comme un ennemi ou plus précisément comme un bourreau. » **(21)**

Notre étude montre une évolution du ressenti et de la signification donnée à la douleur qui passe principalement par l'évolution des représentations d'une génération à l'autre de médecins. Cet enjeu est mis en lumière sur le versant anthropologique par David Le Breton durant la même période en 2006 : « La douleur impose à la médecine un nouveau paradigme : le passage d'une médecine du corps à une médecine centrée sur toute l'épaisseur identitaire de l'homme. » **(14)**

La douleur de l'otite est qualifiée d'intense par les participants. Si certaines études et recommandations font le point sur les critères diagnostiques, seule l'étude "Gavroche" de 2006 **(3)** fait l'évaluation de la douleur de l'otite et confirme que la douleur de l'otite moyenne aiguë est bien une douleur intense de l'enfant.

5.2 L'évaluation

L'évaluation de la douleur est une tâche ardue. Ce constat est mentionné par tous les groupes de discussion. Cette notion est étudiée en sociologie : « La douleur est privée, incommunicable, même celui qui a connu cette douleur, ne peut saisir l'incommensurabilité de la douleur de l'autre. » **(21)**. De même au niveau anthropologique : « La douleur est un échec radical du langage. Enfermée dans l'obscurité de la chair, elle est réservée à la délibération intime de l'individu. Elle ne se prouve pas, elle s'éprouve. » **(14)**

L'identification et la quantification de la douleur, distinction importante que souligne la HAS dans ses recommandations **(2)** a bien été développée et exprimée par les différents groupes.

A partir de 2 à 3 ans, un début de langage permet de communiquer avec l'enfant. C'est avant, lors de la phase préverbale de développement que se situent les difficultés les plus grandes. La démarche diagnostique est basée sur la sémiologie comportementale de l'enfant en bas âge. Très peu d'études traitent de ce sujet, une seule faite par Finley **(22)** décrit les deux phases, la première marquée par l'hyperagitation et la seconde par une réduction progressive de l'activité. Cette étude réalisée à Seattle en 1998 avait pour but de décrire le comportement de nouveau-nés en rapport avec des manifestations douloureuses.

L'utilisation d'une échelle dans les douleurs aiguës de l'enfant semble peu appropriée, d'autant plus qu'il est compliqué d'évaluer un petit enfant. Les études semblent montrer le contraire, Chambers **(23)** pour des enfants subissant une chirurgie en hôpital de jour ou Perderson **(24)** pour des enfants subissant un cathétérisme cardiaque. Mais toutes ces études ont été réalisées à l'hôpital, et il n'est pas sûr que ce bénéfice soit transposable en médecine ambulatoire.

L'ANAES **(25)**, dans ses recommandations, montre que l'échelle visuelle analogique (EVA) ou une échelle numérique (EN) est la référence pour l'évaluation de la douleur

chronique de l'adulte en ambulatoire. Le Collège des généralistes enseignants (CNGE) a conduit une étude en ville montrant que l'utilisation d'une échelle réduisait le temps d'échange entre patients et médecins sans apporter d'amélioration. Les patients n'en étaient pas satisfaits. **(26)** Mais dans ces différents cas, il est difficile de transposer ces résultats à la douleur aiguë de l'enfant.

L'étude Gavroche **(3)** est une étude réalisée auprès de 5443 enfants sur tout le territoire français. Elle a évalué la douleur de l'otite numériquement. Pour les enfants présentant une otite, 75,5 % des plus de 5 ans et 64 % des enfants de moins de 5 ans ressentait une douleur intense ou très intense.

"Gavroche" **(3)** démontre que le niveau élevé de la douleur est confirmé par un retentissement sévère sur le comportement de l'enfant. La référence au comportement "de base" des enfants (manger, jouer, dormir, bouger) est fiable pour évaluer la douleur et peut pallier si nécessaire le défaut d'emploi d'outils d'évaluation par les parents ou le médecin, ce qui avait déjà été préconisé par les experts de l'ANAES **(25)** en 2000. Ce résultat permettrait d'encourager les médecins à se baser de façon plus rigoureuse sur le comportement de l'enfant. En effet, encourager les médecins à utiliser les échelles d'évaluation semble difficile au vu des discussions que les échelles ont suscité au cours des entretiens.

En janvier 2009 dans l'équipe de Shaikh **(27)**, des pédiatres hospitaliers ont évalué une échelle d'évaluation des symptômes dans l'otite moyenne aiguë. Leur étude montre que leur échelle qui s'applique à des enfants de 3 mois à 3 ans apporte un bénéfice, et permet une évaluation plus fiable des petits patients à un stade préverbal. Mais il est probable que l'utilisation de cette échelle soit difficilement adaptable au système ambulatoire.

5.3 Les thérapeutiques

5.3.1 Les antalgiques

« Curieusement, en France le soulagement de la douleur continue à être secondaire au regard de la lutte contre la maladie. Séquelle de la priorité conférée à l'organique sur l'homme souffrant. » **(14)**. Ce constat sociologique se retrouve dans les études réalisées ces dernières années. Néanmoins, cette prise de conscience est le premier pas vers le changement.

La description des pratiques souligne souvent la prise en charge insuffisante des douleurs en pédiatrie. L'enquête de Bolch et al. **(28)** sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant en France a fourni l'ensemble des données françaises disponibles, tant sur les prescriptions d'antalgiques réalisées en milieu hospitalier, que sur l'évaluation réellement effectuée. Cet état des lieux des pratiques a été réalisé en 1998. Ces résultats n'ont pas été détaillés dans ce document, car ils ne concernent pas les structures ambulatoires.

Une des principales raisons invoquées pour ne pas instaurer de traitement antalgique est la crainte des effets secondaires et des risques de tolérance, de dépendance, et de toxicomanie **(2)**. En effet, les médecins plus âgés craignent d'induire une toxicomanie chez les patients auxquels ils prescriraient des antalgiques morphiniques ou dérivés. Cette représentation continue de perdurer.

Les recommandations de l'Académie américaine de pédiatrie de 2004 **(4)** préconisent pour le traitement de l'otite moyenne aiguë des antalgiques de palier I par voie orale, tel le paracétamol et l'ibuprofène. En cas de douleur sévère et persistante, les recommandations évoquent la prescription de codéine orale à partir de l'âge d'un an. Les recommandations plus récentes de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) **(29)** de Juin 2009 ne changent rien à ces recommandations. Il est à souligner que l'utilisation de codéine chez l'enfant n'a jamais été évaluée et repose sur des accords professionnels.

Dans la littérature, l'intérêt de la codéine seule n'a pas été étudié en tant que tel chez l'enfant. En revanche, on retrouve une étude comparant paracétamol/codéine en dose unique versus placebo. L'étude de Moore et al. **(30)** a montré une activité antalgique supérieure au placebo après extraction dentaire. D'autres travaux comparent paracétamol/codéine versus ibuprofène. Trois essais thérapeutiques **(12, 31, 32)** ont montré que l'association paracétamol/codéine avait une efficacité non significativement différente de celle de l'ibuprofène dans la douleur postopératoire. Ces études ne concernent pas directement l'otite mais elles précisent les effets de ces différentes molécules. Ces trois médicaments sont couramment utilisés pour calmer les douleurs aiguës, y compris chez les enfants. Ils ont donc été largement cités par les participants.

Une enquête française, réalisée en 2006 **(3)**, a tout spécialement retenu mon attention. L'étude multicentrique "Gavroche" a étudié la douleur des enfants dans les pharyngites et les otites. Elle met en évidence que la prescription habituelle de paracétamol n'est pas suffisante, dans trois quarts des otites. Ce constat est particulièrement intéressant, car si la plupart des médecins se représentent l'otite comme une douleur forte, la thérapeutique qu'ils prescrivent reste du paracétamol. En revanche, les médecins les plus jeunes utilisent le plus souvent un palier II.

Les recommandations australiennes de novembre 2009 **(5)** abordent rapidement la question de la douleur. Elles préconisent l'utilisation de paracétamol ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Il s'agit là des textes les plus récents, mais qui ne s'intéressent pas plus à la question de la douleur que des études plus anciennes. Si la douleur est un sujet qui commence à interpeller, cet intérêt n'est pas encore le fait de l'ensemble du corps médical.

La revue "Prescrire" aborde aussi le sujet du traitement symptomatique de l'otite dans son numéro de janvier 2011 **(33)**. L'utilisation du paracétamol est préconisée, suivie en deuxième intention, de l'ibuprofène. La question de la codéine n'est pas citée, ni la question du risque infectieux majoré sous anti-inflammatoires non stéroïdiens.

5.3.2 Les antibiotiques

Les études sur la prise en charge de l'otite moyenne aiguë par antibiothérapie sont très nombreuses. Je ne citerai donc que les grandes recommandations qui ont été publiées depuis 2000.

Les recommandations de bonnes pratiques publiées par la Société scientifique de médecine générale belge en 2000 **(1)** insistent principalement sur le traitement antibiotique de l'otite. Il semble qu'à cette date, l'intérêt pour la douleur était encore très compartimenté, comme le montre la HAS **(2)**. Ces recommandations ont été citées par les participants. Celles-ci, au moment de leur publication, avaient impressionné les médecins. Les antibiotiques étaient alors systématiquement donnés, et les études qui étayaient les recommandations montrent que les antibiotiques ne sont pas d'un si grand intérêt dans l'otite. Néanmoins, les participants disent les utiliser encore beaucoup.

Instaurer une période de surveillance sans initier d'antibiothérapie avait été acceptée, en 2004, comme une option dans le traitement des otites moyennes aiguës, par l'Académie américaine des pédiatres et l'Académie américaine des médecins généralistes **(4)**. En février 2010, une équipe de chercheurs américains **(34)** évalue les retombées des recommandations de 2004 et constate à la fois une augmentation des prescriptions d'amoxicilline et d'antalgiques et à la fois, une diminution des prescriptions d'amoxicilline/acide clavulanique. Les différentes recommandations sont en faveur d'une diminution de prescription des antibiotiques. Cette tendance est connue des différents participants. Les entretiens ont permis aux médecins d'exprimer leurs représentations à propos de cette thérapeutique, et les difficultés qu'ils éprouvent dans le dialogue avec leurs patients face à ce changement de pratique.

Les recommandations australiennes de novembre 2009 **(5)** soulignent que l'antibiothérapie est peu efficace pour la plupart des patients, mais qu'elle est efficace pour les enfants de moins de deux ans avec une otite moyenne aiguë bilatérale ou présentant une perforation du tympan, avec écoulement purulent associé. Ces critères sont retrouvés dans les différentes publications internationales. Les recommandations nationales australiennes ont la particularité d'être favorable à une antibiothérapie chez les enfants défavorisés.

La Revue "Prescrire", dans son article "Idées-Forces Prescrire", de janvier 2011, **(33)** résume les grands principes relatifs à l'antibiothérapie dans l'otite. Elle rappelle aux praticiens de retarder leur prescription d'antibiotique, et d'utiliser l'amoxicilline si nécessaire. Ces réductions de prescription devraient encourager les praticiens à se recentrer sur les symptômes.

5.3.3 Les topiques

Sur ce sujet, de nombreuses études ont été réalisées avec des résultats variés. La plupart des recommandations estiment que ces traitements gardent un intérêt limité, sans toutefois être exclus, y compris par la société française d'ORL **(35)**.

Le groupe "Cochrane" a réalisé en 2006 **(36)** une revue de la littérature à propos des analgésiques topiques dans le traitement des otalgies. La méta-analyse a conclu à des données insuffisantes pour montrer une efficacité des gouttes auriculaires.

Dans la littérature, de nombreuses études comparent des gouttes à d'autres thérapeutiques, comme cette étude australienne de Bolt et al. **(37)** en janvier 2008 à propos des gouttes à base de Lidocaine. On peut aussi citer une étude prospective américaine réalisée en 2004 **(38)** pour étudier l'efficacité de gouttes à base de principes homéopathiques. Les recommandations ne retiennent pas ces mesures même si dans la littérature américaine, on retrouve plusieurs études de ce type. Les recommandations semblent s'appuyer sur la méta-analyse du groupe "Cochrane" de 2006.

Pour ce qui est des gouttes auriculaires, les participants ont abordé ce sujet uniquement dans un groupe. Contrairement au nombre important d'études **(39, 40, 41, 42, 43)** à propos de gouttes auriculaires que l'on retrouve dans la littérature, celles-ci sont peu connues des médecins interrogés. Ils connaissent par contre la méta-analyse du groupe "Cochrane" et appuient leur pratique sur le résultat cette méta-analyse.

5.4 Réaction des parents

Certains participants signalent les différents modes d'expression de la douleur et le fait que certaines familles semblent gérer "plus facilement" la douleur de l'enfant. David Le Breton explicite les comportements observés : « Les styles d'éducation donnent à l'expérience personnelle de la douleur une signification et surtout des valeurs distinctes d'une société à une autre, ils conforment les individus à répondre sur un mode proche de l'adversité selon leurs conditions sociales et culturelles. » **(14)**

Cette expression de la douleur, qui varie en fonction de données culturelles, confirme bien que « La douleur n'est pas une donnée brute, mais la conséquence humaine d'une donation de sens impliquant dès lors une attitude. » **(14)**

L'un des participants souligne que l'on commence à soulager l'enfant quand les parents estiment que la limite acceptable de souffrance est atteinte. Et cette limite reste culturelle : « Chaque expérience, chaque maladie, chaque lésion est associée à une marge diffuse de souffrance. La société indique symboliquement les limites du licite, ce faisant elle s'efforce de dissuader les possibles excès. » **(14)**

La réaction des parents face à la douleur de leur enfant est une réaction d'angoisse. Cette angoisse réactionnelle est très peu abordée dans la littérature. Durant les entretiens, les participants s'accordent sur l'importance du temps passé à rassurer, informer, et éduquer les parents. Une étude menée par Skipper **(17)**, en 1968, a été réalisée en milieu hospitalier pour mettre en évidence la perception de la douleur et les réactions post-opératoires d'enfants hospitalisés pour une ablation des amygdales. Les mères les moins informées étaient les plus anxieuses. Les niveaux de douleur étaient plus élevés dans le groupe d'enfants dont les mères étaient plus angoissées.

L'étude américaine de Spiro en février 2011 **(44)** s'est intéressée à l'utilité et l'efficacité de l'otoscopie dans le diagnostic de l'otite moyenne aiguë. Celle-ci propose des critères pour effectuer, ou pas, l'examen otoscopique. Pour les expérimentateurs, l'otoscopie peut éventuellement blesser l'enfant et induire l'angoisse des parents. Pour les médecins

entendus, l'examen otoscopique est indispensable pour faire le diagnostic d'otite moyenne aiguë. Cet examen ne provoquerait pas l'angoisse des parents mais plutôt les rassurerait, car il permet de dire avec certitude si l'enfant souffre ou pas d'une otite.

A la lecture de la littérature, il faut souligner l'étude récente de Shaik **(45)** menée auprès des enfants d'âge préverbal. Cette étude inédite dans le domaine peut apporter aux médecins de ville des éléments de langage adaptés à leurs consultations pédiatriques. Une équipe américaine, en décembre 2010, a tenté de mettre en évidence comment les parents d'enfants d'âge préverbal évaluent la douleur de leur enfant dans l'otalgie.

Ils ont utilisé six symptômes : irritabilité, toucher de l'oreille, diminution de l'alimentation, fièvre, trouble du sommeil, retentissement sur le jeu. Soixante neuf parents devaient évaluer sur photographie, la douleur d'enfants hypothétiques, à l'aide d'une échelle visuelle analogique.

Cette étude montre que les deux symptômes les plus utiles sont l'irritabilité et le toucher de l'oreille. Elle rapporte aussi que l'interprétation des symptômes est influencée par le niveau d'éducation des parents. Plus les parents ont un haut niveau socio-économique plus ils ont tendance à évaluer la douleur plus intense.

Les auteurs pensent qu'il serait utile d'informer les cliniciens de l'intérêt particulier de certains symptômes pour évaluer la sévérité de l'otalgie. Questionner les parents sur un comportement concret de leur enfant permet une meilleure évaluation que de poser une question globale sur la douleur de l'enfant.

Une inquiétude fréquente des parents est de masquer le diagnostic par le fait de donner un antalgique. L'ANAES n'a pas identifié dans la littérature d'études concernant l'enfant **(2)**.

Chez l'adulte, l'étude de Attard **(46)** a concerné 100 patients ayant des douleurs abdominales aiguës, cotées initialement entre 8,6 et 8,8 sur une EVA. La moitié des patients a eu un traitement par opiacés (morphine 20 mg) et l'autre a eu du sérum physiologique. Dans le groupe ayant reçu les opiacés, les cotations de l'intensité de la douleur ont été significativement diminuées (EVA moyenne : 3,1 [1,7-4,6]). Les erreurs de diagnostic n'ont pas eu un taux plus élevé : l'intensité de la douleur a diminué, mais pas la localisation.

Cette inquiétude des parents pour des erreurs diagnostiques est très fréquente et provoque l'incompréhension des médecins. Cette incompréhension des médecins est ancienne, mais des études pour mieux comprendre les attentes des patients commencent à être réalisées. Une étude effectuée par la Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale (SFDRMG) en 2007 **(47)** explorait les attentes des patients et parfois les distorsions retrouvées avec les attentes qu'imaginent les médecins. Cette recherche, au cœur des représentations de chacun, doit permettre d'améliorer le relationnel des consultations et d'offrir des soins meilleurs aux patients.

Les médecins participants insistent sur l'importance d'apaiser les angoisses des patients. Cette première tâche est principalement relationnelle et elle permet ensuite de traiter la douleur avec éventuellement des thérapeutiques adaptées.

Le philosophe Friedrich Nietzsche, déjà dans *Aurore* **(48)** soulignait ce point important : «Apaiser l'imagination du malade, afin qu'au moins il cesse de souffrir de ses réflexions sur la maladie plus que de la maladie elle-même ».

6. Conclusion

L'idée que l'enfant puisse ressentir la douleur est relativement récente, comme l'atteste la pratique de l'anesthésie pédiatrique, uniquement à partir des années 1990. La publication la plus approfondie sur le sujet ne date que de 2000. Et c'est en 2006, que l'étude "Gavroche" confirme expérimentalement pour la première fois, que l'otite moyenne aiguë provoque une douleur intense chez l'enfant. Cette étude a soulevé un certain nombre de questions. Elle a mis en lumière une attitude médicale illogique, alors même que les médecins évaluent la douleur de l'otite à un niveau élevé, ils ne prescrivent qu'un antalgique de palier I.

Dans cette thèse, sont étudiées les représentations de médecins de générations différentes. Les médecins plus âgés, de façon plus ou moins marquée, gardent l'idée que la douleur fait partie de la vie et donc, de l'expérience normale de l'enfant. Tandis que les jeunes générations ont une attitude différente : ils évaluent l'otalgie comme une douleur

intense et prescrivent en conséquence d'emblée un palier II.

La médecine évolue avec les avancées de la science, mais l'art s'enrichit et se modifie avec les représentations du médecin.

Conclusion

Nous avons étudié les représentations des médecins généralistes face à la douleur de l'enfant lors de l'otite moyenne aiguë et son traitement.

Les représentations de la douleur évoluent dans notre société, et restent soumises aux influences des progrès de la médecine. La douleur est un signe d'appel et un symptôme. Dans la prise en charge des patients douloureux, deux conceptions de la médecine s'affrontent. D'une part, une médecine technique, basée sur les progrès les plus récents, dissèque le patient en "coupe scanner" à la poursuite de diagnostics plus précis. D'autre part, une médecine plus à l'écoute du patient s'appuie sur les thérapeutiques symptomatiques pour soulager dans sa globalité la personne. Entre ces deux conceptions quelque peu extrêmes, cette thèse s'intéresse à l'influence des représentations des médecins généralistes sur leur pratique.

En effet, les médecins ont toujours utilisé des moyens nécessaires au soulagement de la douleur. Dans les années 1980, ils opéraient des paracentèses en urgence pour soigner l'otite. Aujourd'hui, les méthodes ont changé et la codéine est préférée dans ce cas-là. Ce changement de méthode a néanmoins marqué les générations. Si la paracentèse est abandonnée par tous, les médecins plus âgés demeurent réticents à l'utilisation de la molécule choisie par leurs confrères plus jeunes.

Ces derniers n'ont pas de craintes à utiliser des molécules antalgiques puissantes, sans négliger l'importance de la réassurance qu'ils soutiennent, sous ses différentes formes. Pour eux, soulager l'enfant passe par l'apaisement de la douleur et de l'angoisse qu'elle véhicule. Ils pensent que la douleur devrait être évitée, autant qu'il est possible, tandis que leurs confrères plus âgés conservent l'idée que la douleur garde du sens. Elle permettrait, conformément à une acception traditionnelle, de se surpasser et de marquer l'appartenance au groupe.

Les représentations de la douleur semblent différer selon le genre du médecin. Sans avoir de résultats statistiques quantitatifs, il semblerait néanmoins que les femmes médecins soient plus attentives et plus empathiques que leurs confrères masculins. De

la même façon, le vécu du médecin, qui a connu la douleur, semble influencer sur sa pratique professionnelle, l'incitant à rester vigilant à celle de l'enfant.

Pour l'évaluation, les médecins se trouvent confrontés le plus souvent à un enfant de stade préverbal, incapable de poser des mots sur son mal. L'incertitude demeure donc. En outre, même si des outils d'évaluation de la douleur existent, ils sont peu adaptés à la douleur aiguë de l'enfant en bas âge.

Les participants ont naturellement évoqué leur relation avec les parents. La réaction qui domine est l'angoisse. Différents facteurs semblent augmenter l'angoisse des parents : l'isolement, et l'âge plus élevé des couples pour leur premier enfant. Mais les médecins abordent aussi les différences culturelles, et les seuils différents d'alerte de leurs patients. L'étude dégage des étapes dans la réaction des parents. Face à la douleur de leur enfant, les parents semblent passer par un bref déni, suivi d'une période d'inhibition lorsqu'ils sont face aux premières douleurs de leur premier-né. Certains parents passent même par un ou des épisodes de panique, comme on peut les rencontrer dans les services d'Urgences. Puis vient la période d'apprentissage qui peut se solder par une gestion sereine de la difficulté.

Cependant, il reste bien des champs de connaissance à approfondir.

Si les représentations de la douleur et les façons de la traiter évoluent, il faut que les connaissances avancent également. En effet, l'utilisation de la codéine chez l'enfant est citée dans les accords professionnels, mais aucune étude n'a été réalisée à ce jour, pour s'assurer de son efficacité. Les participants ont aussi souligné l'incertitude qui demeure à propos des conséquences, à long terme des douleurs de l'enfant. Les séquelles que peuvent produire les douleurs des otites aiguës récurrentes durant l'enfance mériteraient d'être explorées.

Références

- (1)** Chevalier P. Recommandation de bonnes pratiques l'otite moyenne aiguë. Louvain médical, Bruxelles, Belgique (1967) (Revue) 2000, vol. 119, n° 9 (171 p.) (27 ref.), pp. S424-S431.
- (2)** ANAES, Service des recommandations et références professionnelles. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans, mars 2000.
- (3)** Narcy P, Reinert P, Allaert FA, Fournier-Charriere E. Évaluation et prise en charge de la douleur des otites et pharyngites aiguës chez l'enfant. Etude multicentrique française « Gavroche » *Pediadol* 2006 ; 12.
- (4)** American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2004 May; 113(5): 1451-65.
- (5)** Gunasekera H, O'Connor TE, Vijayasekaran S, Del Mar CB. Primary care management of otitis media among Australian children. *Med J Aust*. 2009 Nov 2; 191(9 Suppl): S55-9.
- (6)** Marchisio P, Bellussi L, Di Mauro G, Doria M, Felisati G, Longhi R, Novelli A, Speciale A, Mansi N, Principi N. Acute otitis media: From diagnosis to prevention. Summary of the Italian guideline. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010 Nov; 74 (11): 1209-16. Epub 2010 Sep 16. Review.
- (7)** Anand KJ, Sippell WG, Aynsley-Green A. Randomised trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on the stress response. *Lancet* 1987; 1:62-6.
- (8)** Anand KJ, Carr DB. The neuroanatomy, neurophysiology, and neurochemistry of pain, stress, and analgesia in newborns and children. *Pediatr Clin North Am* 1989; 36:795-822.

- (9)** MEUNIER JM. Mémoires, représentations et traitements, Paris : Edition Dunod, 2009.
- (10)** Catterall M, Maclaran P. Focus group data and qualitative analysis programs, Sociological Research Online, 1997, vol 2, n°1.
- (11)** Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarere J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien – médecine générale. Tome 18 n°645 mars 2004
- (12)** St.Charles CS, Matt BH, Hamilton MM, Katz BP. A comparison of ibuprofen versus acetaminophen with codeine in the young tonsillectomy patient. Otolaryngol Head Neck Surg 1997; 117: 76-82.
- (13)** Tobias JD, Lowe S, Hersey S, Rasmussen GE, Werkhaven J. Analgesia after bilateral myringotomy and placement of pressure equalization tubes in children: acetaminophen versus acetaminophen with codeine. Anesth Analg. 1995 Sep; 81(3):496-500.
- (14)** LE BRETON D. Anthropologie de la douleur, Paris : Editions Métailié, 1995.
- (15)** Schechter NL, Berde CB, Yaster M. Pain in infants, children and adolescents. Baltimore, MD: Williams and Wilkins; 1993:3-9.
- (16)** Marshall RE, Stratton WC, Moore JA, Boxerman SB. Circumcision. I. Effects upon newborn behavior. Infant Behav Dev 1980; 3: 1-14.
- (17)** Skipper JK Jr. Leonard RC. Children, stress, and hospitalization: a field experiment, Journal of health social behavior, 9, 1968, 275-287.
- (18)** Taddio A. Katz J. Ilersich AL. Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. Lancet 1997; 349:599-603.
- (19)** Weisman SJ. Bernstein B. Schechter NL. Consequences of inadequate analgesia during painful procedures in children. Arch Pediatr Adolesc Med 1998; 152:147-9.

(20) Montaigne (de) M. Les essais - livre II, Paris, 1595.

(21) FOUCART J. Sociologie de la souffrance, Bruxelles : Edition De Boeck université, 2003, p110.

(22) Finley GA. McGrath PJ. Behavioral Measures of Pain in Measurement of pain in infants and children, Progress in Pain Research and Management. Vol 10. Seattle (WA): IASP Press; 1998:83-102.

(23) Chambers CT. Reid GJ. McGrath PA. A randomized trial of a pain education booklet. Effects on parents' attitudes and postoperative pain management. Child Health Care 1997; 26:1-13.

(24) Pederson C. Effect of imagery on children's pain and anxiety during cardiac catheterization. J Pediatr Nurs 1995; 10:365-74.

(25) ANAES, Service des Recommandations et Références Professionnelles. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire Février 1999. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf
Dernière consultation 18/04/2012.

(26) Pouchain D. Huas D. Gay B. Avouac B. Bouvenot G. Impact des échelles d'évaluation de la douleur sur le soulagement des patients ambulatoires souffrant de douleurs chroniques de l'appareil locomoteur "Idée-Douleur" <http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/dmg/documents/douleur.html>
Dernière consultation 01/10/2012

(27) Shaikh N. Hoberman A. Paradise JL. Rockette HE. Kurs-Lasky M. Colborn DK. Kearney DH. Zoffel LM. Responsiveness and construct validity of a symptom scale for acute otitis media.. Pediatr Infect Dis J. 2009 Jan; 28 (1): 9-12.

(28) Bloch J. Spira R. Goldman S. Annequin D. Enquête sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant. Paris: EVAL; 1998. www.pediadol.org.
Dernière consultation le 01/10/2012.

(29) Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Recommandation de bonnes pratiques. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant Juin 2009.
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/0828e59e824163c5fae9e1d6a35b9dc9.pdf
Dernière consultation le 17/04/2012.

(30) Moore PA. Acs G. Hargreaves JA. Postextraction pain relief in children. A clinical trial of liquid analgesics. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol* 1985; 23: 573-7.

(31) Harley EH. Dattolo RA. Ibuprofen for tonsillectomy pain in children: Efficacy and complications. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 119: 492-6.

(32) Bertin L. A randomized, double-blind, multicenter controlled trial of ibuprofen versus acetaminophen and placebo for symptoms of acute otitis media in children. *Fundam Clin Pharmacol* 1996 ; 10 : 387-92.

(33) La Revue Prescrire. L'otite moyenne aiguë chez l'enfant : traitement antibiotique Idées-Forces Prescrire mars 2012.

(34) Coco A. Vernacchio L. Horst M. Anderson A. Management of acute otitis media after publication of the 2004 AAP and AAFP clinical practice guideline *Pediatrics*. 2010 Feb; 125 (2):214-20.

(35) SFORL. Utilisation des gouttes et poudres à usage auriculaire. Recommandations pour la pratique clinique. Octobre 2001 www.orlfrance.org/download.php?id=63
Dernière consultation le 18/04/2012.

(36) Foxlee R. Johansson A. Wejfalk J. Dawkins J. Dooley L. Del Mar C. Topical analgesia for acute otitis media. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 3: CD005657.

(37) Bolt P. Barnett P. Babl FE. Sharwood LN. Topical lignocaine for pain relief in acute otitis media: results of a double-blind placebo-controlled randomised trial. *Arch Dis Child*. 2008; 93(1): 40-4.

(38) Wustrow TP. Otovowen Study Group. Alternative versus conventional treatment strategy in uncomplicated acute otitis media in children: a prospective, open, controlled parallel-group comparison. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2004; 42(2): 110-9.

(39) François M. Efficacité et tolérance d'une application locale de phénazone et de chlorhydrate de lidocaïne (OTIPAX) dans les otites congestives du nourrisson et de l'enfant. *Ann Pédiatr* 1993; 40:481-4.

(40) Hoberman A. Paradise JL. Reynolds EA. Urkin J. Efficacy of Auralgan for treating ear pain in children with acute otitis media. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151:675-8.

(41) Sarrell EM. Cohen HA. Kahan E. Naturopathic treatment for ear pain in children *Pediatrics*. 2003; 111(5 Pt 1): e 574-9

(42) Sarrell EM. Mandelberg A. Cohen HA. Efficacy of naturopathic extracts in the management of ear pain associated with acute otitis media *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001; 155(7) : 796-9

(43) Adam D. Federspil P. Lukes M. Petrowicz O. Therapeutic properties and tolerance of procaine and phenazone containing ear drops in infants and very young children. *Arzneimittelforschung*. 2009; 59 (10):504-12.

(43) Adam D. Federspil P. Lukes M. Petrowicz O. Therapeutic properties and tolerance of procaine and phenazone containing ear drops in infants and very young children. *Arzneimittelforschung*. 2009; 59 (10):504-12.

(44) Spiro DM. Welker MA. Arnold DH. Meckler GD. A proposal to limit otoscopy to reduce unnecessary use of antibiotics: a call for research. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2011 Feb; 9(2):177-81.

(45) Shaikh N, Kearney DH, Colborn DK, Balentine T, Feng W, Lin Y, Hoberman A. How do parents of preverbal children with acute otitis media determine how much ear pain their child is having? J Pain. 2010 Dec; 11 (12): 1291-4.

(46) Attard AR, Corlett MJ, Knider NJ, Leslie AP, Fraser IA. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. BMJ 1992; 305:554-6.

(47) Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale SFDRMG, Attentes des patients et prescriptions des médecins Bibliomed Les analyses du centre de documentation de l'UnaformeC numéro 479 du 18 octobre 2007

(48) Nietzsche F. Aurore : réflexions sur les préjugés moraux. Paris : Librairie générale française, 1995.

Annexes

Annexe 1 : Les thématiques

Pour ouvrir le débat :

Thème 1 :

Il y a peu encore, on pensait que le nouveau né ne souffrait pas et on les opérait sans anesthésie.

Aujourd'hui on sait que les tous petits souffrent. L'otite moyenne aiguë est une pathologie qui touche majoritairement les enfants en bas âge et qui se manifeste par des douleurs de l'oreille qui peuvent être intenses. Pensez vous que ces douleurs soient normales, fréquentes, peut être traumatisantes ou pas ? Quelle est votre opinion ?

Thème 2 :

Certains enfants sont silencieux quand ils souffrent tandis que d'autres sont agités. Il y a des parents qui nous disent que leur enfant est « courageux » d'autres disent qu'il est douillet. Comment appréciez vous l'intensité de la douleur de l'enfant entre son attitude, le contexte d'otalgie, le ressenti des parents et leur interprétation.

Thème 3 :

Chez l'adulte l'adaptation du traitement à l'intensité de la douleur est protocolisé, bien enseignée et connu des médecins. Il y a aussi une bonne information du grand public.

Chez l'enfant, la douleur est plus difficile à évaluer. Certains parents craignent que l'enfant soit douillet, fasse un caprice...

Il est d'ailleurs rare que les parents aient donné un doliprane à leur enfant avant de consulter alors qu'ils vous disent eux mêmes que l'enfant a mal.

Thème 4 :

Les recommandations de bonnes pratiques ne sont pas en faveur d'une antibiothérapie de 1^{ère} intention alors que dans l'imaginaire des parents l'antibiotique est la réponse adaptée à cette douleur. Est ce une difficulté que vous avez rencontrée en consultation ? Avez-vous eu d'autres difficultés pour la prise en charge de l'otalgie de l'enfant ?

Annexe 2 : Lettre d'invitation

Paris, le 10 mai 2009

Cher confrère,

Je suis interne de médecine générale, et je dépends du département de médecine générale de St Antoine. Je réalise dans le cadre de ma thèse une étude qualitative sur la douleur.

Je me permets de vous solliciter car la gestion de la douleur est une part importante de votre travail. L'entretien est enregistré mais reste anonyme. Il s'agit de faire ressortir les représentations de la douleur et non pas de discuter des pratiques.

Dans cet objectif, j'organise un entretien collectif.

En accord avec le Dr Magnier qui encadre ma thèse nous vous proposons deux dates au choix:

- le mercredi 27 mai
- le jeudi 4 juin.

Vous êtes conviés à l'une de ces soirées selon la date qui concorde avec vos disponibilités. Cela se déroulera à 21h au département de médecine générale, salle 16, 2^o étage et durera 2h.

Confraternellement,

Emeline Sarlandie

Annexe 3 : Introduction d'entretien

Nous sommes réunis pour un entretien collectif dans le cadre d'un "focus group". Le "focus group" est une méthode d'enquête qualitative qui est utilisée pour collecter des opinions, des croyances et des attitudes concernant un sujet ou une problématique précise, ou encore confirmer des hypothèses, encourager la parole autour de problèmes particuliers. C'est une technique d'étude qualitative.

Ce soir, je vous propose d'échanger à propos de la douleur de l'enfant dans le contexte d'otite moyenne aiguë. C'est une pathologie extrêmement fréquente en médecine de ville et que vous prenez en charge probablement régulièrement dans votre pratique courante.

Le débat va se dérouler en 4 parties, pour chacune je ferai une petite entrée en matière puis je vous laisserai la parole. Chacun doit pouvoir s'exprimer librement à tour de rôle. Notre débat va être enregistré si vous êtes tous d'accord.

A distance, je vous ferai parvenir un compte rendu du "focus group".

Nous allons commencer...

Annexe 4 : Participants au “Focus group”

Focus group 1 : 5 femmes et 1 homme

	Genre	Statut
M1 G1	F	Interne
M2 G1	F	Interne
M3 G1	H	Interne
M4 G1	F	Interne
M5 G1	F	Interne
M6 G1	F	Remplaçante

Focus group 2 : 5 femmes et 1 homme

	Genre	Maitre de stage ou pas	Nombre d'années d'installation
M1 G2	F	Oui	25 à 30 ans
M2 G2	F	Non	25 à 30 ans
M3 G2	F	Oui	Environ 5 ans
M4 G2	H	Non	Environ 5 ans
M5 G2	F	Oui	25 à 30 ans
M6 G2	F	Oui	25 à 30 ans

Focus group 3 : 5 hommes et 1 femme

	Genre	Maitre de stage ou pas	Nombre d'années d'installation
M1 G3	H	Oui	25 à 30 ans
M2 G3	F	Oui	25 à 30 ans
M3 G3	H	Oui	25 à 30 ans
M4 G3	H	Oui	25 à 30 ans
M5 G3	H	Non	25 à 30 ans
M6 G3	H	Non	25 à 30 ans

Prise en charge de la douleur de l'otite moyenne aiguë : représentations des médecins généralistes

Résumé

Contexte : L'otite moyenne aiguë est fréquente et touche principalement les enfants en bas âge. L'antibiothérapie de l'otite a été fréquemment étudiée à l'inverse de sa prise en charge antalgique.

Objectif : Recueillir les représentations des médecins généralistes sur la douleur de l'otite moyenne aiguë et sa prise en charge.

Méthode : Enquête qualitative par "focus group" menée en 2009 auprès des médecins généralistes d'Île-de-France.

Résultats : 18 médecins généralistes, répartis en 3 focus group, ont participé à l'étude. Tous s'accordent pour qualifier l'otalgie de douleur intense et insistent sur le rôle de l'angoisse. Parmi eux, les plus jeunes et les femmes semblent les plus sensibles à la douleur de l'enfant. Les hommes, en particulier les plus âgés, abordent la douleur comme une expérience de la vie qui a son utilité. Le vécu du médecin l'incline à être plus ou moins attentif à cette douleur.

Pour les médecins interrogés, la détection et la gradation de la douleur chez le jeune enfant restent incertaines. Ils trouvent les échelles peu adaptées à l'évaluation du petit et d'autant plus lors d'une douleur aiguë.

Vis-à-vis du traitement, les jeunes médecins soutiennent d'abord l'importance de la réassurance. Certes, tous les praticiens disent prescrire largement le paracétamol. Cependant, si les plus jeunes le remplacent assez facilement par de la codéine lorsqu'ils l'estiment insuffisant, pour les plus âgés cette prescription plus forte suscite différentes réticences.

Conclusion : L'enquête a mis en évidence le retentissement des représentations des médecins sur leurs prescriptions ainsi qu'une évolution générationnelle des représentations et donc des pratiques.

Mots clés : recherche qualitative, otalgie chez l'enfant, relation médecin/patient, otite moyenne chez l'enfant – thérapeutique, codéine, médecins généralistes

Pain treatment in acute otitis media : general practitioners representations

Abstract

Background: The acute otitis media is frequent and affects mainly infants. The otitis antibiotherapy has been frequently studied contrary to the antalgic treatment.

Objectives: Collect general practitioners' representations on acute otitis media pain and its treatment.

Method: A qualitative exploration was conducted in 2009 among general practitioners in Ile de France.

Results: 18 general practitioners, in 3 focus groups, were recruited for the study. All the informants agree to indicate that otalgia is a severe pain. They insist on the participation of the anxiety in the pain feeling. Among them, the youngest and the women doctors seem more sensitive to the infant pain. Men doctors, particularly the oldest ones, think that pain is a useful life experience. The doctor's own experience with pain influences his perception of his patients' suffering.

For the respondents, pain detection and gradation among small children remains dubious. They think that scales are not adapted at the child evaluation and moreover when it is acute pain.

About treatment, youngest doctors think that reassuring the child is an important part of the treatment. All the practitioners prescribe a lot of paracetamol. Nevertheless, if the youngest switch easily from paracetamol to codeine, when they estimate it is insufficient; for the oldest ones, this prescription cause different reserves.

Conclusions: The study has pointed out the impact of the doctors' representation on the medical prescriptions and the representations' evolution.

Key words: qualitative exploration, infant otalgia, doctor patient relation, infant acute otitis media – therapeutic, codeine, general practitioner.