



## **PLAN**

### **LISTE DES ABREVIATIONS**

### **RESUME**

### **INTRODUCTION**

### **MATERIEL ET MÉTHODES**

#### **1. POPULATION**

#### **2. GUIDE D'ENTRETIEN ET DONNEES**

#### **3. ANALYSE**

### **RÉSULTATS**

#### **1. POPULATION**

1.1 Caractéristiques de la population d'étude

#### **2. DONNEES**

##### **2.1 CE QUE L'ON FAIT**

##### **2.2 CE QU'ON EN DIT, OU COMMENT LES MERES PARLENT DE LA VACCINATION ?**

##### **2.3 CE QU'ON EN PENSE, VACCINATION IDEALE ET PROPOSITIONS ?**

### **DISCUSSION**

#### **1.1 FORCES ET FAIBLESSES**

##### **1. LES PRINCIPAUX RESULTATS**

1.1.1 Des pratiques hétérogènes

1.1.2 Rôle de la douleur et sa représentation dans la triade mère-enfant-médecin

1.1.3 Rôle du soignant et le transfert de confiance parentale

### **CONCLUSION**

### **BIBLIOGRAPHIE**

### **LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX**

Tableau de synthèse N°II

Carte conceptuelle des résultats pour l'analyse

### **TABLE DES MATIERES**

### **ANNEXES**

## RESUME

**Introduction :** Quoi de plus banal chez le médecin que la vaccination ? C'est obligatoire et il faut le faire. Mais comment le fait on ? Quelles sont les représentations des mères sur les gestes et attitudes du médecin pendant la vaccination ? Y-a-t-il une méthode à suivre pour « bien » vacciner ?

**Matériels et Méthodes :** Etude qualitative de 11 entretiens semi-dirigés avec des mères d'enfants en âge vaccinal. L'analyse a été réalisée manuellement, par codage extrait du verbatim, catégorisation et création d'une carte conceptuelle d'analyse des résultats.

**Résultats :** Trois grands thèmes ont été identifiés : 1. Ce que l'on fait, avec l'analyse de la technicité du geste vaccinal, la distraction et la prise en charge de la douleur. 2. Ce qu'on en dit, avec l'identification de la structure de la communication et le langage utilisé par les mères autour de la vaccination. 3. Ce qu'on en pense, avec la structuration d'un idéal de vaccination désiré et imaginé par les mères.

**Discussion :** Les résultats ont été confrontés aux études effectuées à travers le monde avec l'analyse de l'intervention du médecin dans la dyade mère-enfant. Les pratiques se sont révélées très hétérogènes, chaque médecin pratiquant un mode de vaccination bien particulier. Les directions de recherche dans ce domaine reflètent l'esprit philosophique local du pays où ces études sont menées.

**Conclusion :** On ne peut pas affirmer de manière certaine la supériorité d'une technique vaccinale sur une autre. Cependant, il nous semble meilleur de préparer en amont les parents en scénarisant les étapes de vaccination. Ainsi le parent devient un partenaire actif en valorisant son rôle de figure d'attachement sans lui imposer l'autorité d'expert du médecin. Si la douleur vaccinale ne peut être éliminée, par notre attitude, en étant adéquatement formés, nous sommes capables d'en améliorer significativement le vécu.

## INTRODUCTION

Depuis qu'Edward Jenner en 1796 en a découvert le mécanisme dans le monde occidental, quoi de plus banal que la vaccination ? (1)

Aujourd'hui ce sont, au moins 10 injections qu'un enfant doit obligatoirement subir jusqu'à ses 2 ans. (2)

La vaccination est un acte de médecine préventive visant l'élimination totale des maladies ciblées à travers une couverture vaccinale proche de 100% de la population. (2)

En France les politiques de santé publique en matière de vaccination favorisent la santé collective sur la santé de l'individu à travers la politique d'obligation vaccinale. (3)

Après l'épidémie de grippe de 2009, la couverture vaccinale française s'est érodée, ainsi que la confiance de la population à se faire vacciner. Afin de pallier ce phénomène, le choix politique d'obligation vaccinale pédiatrique a été appliqué depuis janvier 2018, éliminant le concept de vaccins recommandés. (4)

Selon une étude qualitative de 2017, l'obligation vaccinale est en elle-même un très fort facteur d'adhésion de la population à se faire vacciner. (5)

D'ailleurs, si la vaccination DTP n'était plus obligatoire, 86,2% des parents feraient vacciner leur enfant, tandis que 12,8% ne le feraient « probablement ou certainement pas ». (6)

Ce chiffre est même en deçà de la proportion des médecins qui ne se considèrent pas très favorables à la vaccination dans la pratique quotidienne.

En PACA, 74% des médecins généralistes déclarent être très favorables à la vaccination, contre 81% sur l'ensemble du territoire, différence significative selon une étude. (7)

Notons que pendant l'épidémie de rougeole de 2010-2011, la région PACA faisait partie des régions où la couverture vaccinale était moins forte que dans le reste de la France et c'est là que la rougeole a sévit le plus fortement avec plus de 30 cas/100.000 personnes. (8)

Y aurait-il un lien entre les croyances et convictions des médecins et la couverture vaccinale ?

Les techniques antalgiques pédiatriques ont beaucoup évolué depuis 1987 quand l'anesthésiste indien sikh K.J.S. Anand a fait la preuve des effets délétères de la douleur en cas de soins hospitaliers lourds. (9)

Jusque-là, s'appuyant sur des affirmations dogmatiques, l'enfant était considéré comme disposant d'un système nerveux immature et ne ressentant pas la douleur de manière consciente.

En France des progrès ont été accomplis depuis la publication du Dr Annequin en 1992, la popularisation du MEOPA en milieu hospitalier et la création du site pédiadol. (10)

Du côté des patients, des études manquent en France pour apprécier les représentations des parents sur la façon dont leurs enfants sont vaccinés.

La volonté d'améliorer notre prise en charge de toute douleur de l'enfant est affichée et affirmée avec de plus en plus de finesse, avec de plus en plus de nouveaux protocoles hospitaliers. Mais qu'en est-il de la pratique des vaccins en ville où plus d'un enfant sur deux est vacciné par un médecin généraliste ? (11)

Nous avons fait ce travail dans le but de comprendre les représentations des parents sur la façon dont leurs enfants sont vaccinés, à la lumière des bouleversements paradigmatiques sur la douleur pédiatrique de ces dernières années.

# MATERIELS ET MÉTHODES

## 1. Population

### 1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :

- Mères ayant au moins un enfant d'âge supérieur à un an.

Critères d'exclusion :

- Dernier enfant d'âge supérieur à 3.5 ans.
- Mères dont j'ai vacciné l'enfant
- Mères ayant un médecin traitant déjà recruté.

Chaque mère a la possibilité de sortir de l'étude à tout moment.

### 1.2. Le recrutement des mères

Pour recruter la population ciblée par cette étude, le projet a été présenté aux mamans qui consultaient à la maison médicale de garde, pendant la permanence des soins à Laval, en Mayenne.

Dans un deuxième temps, 4 mamans m'ont communiqué les coordonnées de leurs amies qui ont été incluses dans l'étude par effet boule de neige.

Toutes les mères recrutées ont un médecin traitant différent.

Ainsi, le discours des mamans ne risquait pas d'être influencé par une relation plus élaborée dans les cas où je les aurais consultées avant, ou vacciné leurs enfants, ni d'interroger des

mamans indiquées par des confrères. Donc, j'ai tenté de réduire à priori, le biais de sélection éventuel, dans les limites du nombre restreint qu'une étude qualitative représente.

Lors de consultations, je proposais aux mères éligibles de participer à cette étude, en expliquant que c'est une thèse sur la vaccination et très vaguement, le déroulement de l'entretien. Après avoir obtenu l'accord de participation, nous échangeons nos coordonnées. Ultérieurement, je contactais la patiente par téléphone pour établir un rendez-vous. L'entretien pouvait se dérouler au domicile ou dans un endroit choisi par la mère. Chaque entretien a été enregistré avec un dictaphone puis retranscrit de façon anonyme. (Annexes)

## **2. Guide d'entretien et données**

### **2.1. L'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative par entretien semi-dirigé individuel. Les questions ont été élaborées avec des mots neutres et ouverts pour ne pas influencer le langage des mères à priori.

Dans ce travail, l'approche qualitative permettra de comprendre les ressentis des parents. L'exploitation des entretiens a été faite selon une analyse qualitative de type thématique. Chaque entretien a été interprété séparément, puis intégré dans un tableau Word. Ce tableau a été organisé en « thèmes principaux – sous thèmes – discussions – verbatim ».

Afin de ne pas dépersonnaliser les prénoms des enfants, quand ils ont été évoqués par leur mère, tout en gardant l'anonymat, nous avons choisi 2 prénoms de fille : Pauline et Julie, et 2 prénoms de garçon : Charles et Théo.

## **2.2. Réalisation des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés de novembre à décembre 2018 et se sont arrêtés une fois la saturation des données atteinte survenue au 9<sup>ième</sup> entretien, plus 2 autres pour compléter le travail.

Les entretiens ont été pratiqués par un seul et même chercheur (NC), ayant une expérience journalistique radiophonique de 3 ans. Ils se sont passés au domicile des mères sauf un, qui a été pratiqué dans un lieu public, impliquant des facteurs perturbateurs surajoutés.

## **2.3. Déroulement de l'entretien**

Un entretien test a été effectué afin d'ajuster les questions et le déroulement.

Chaque entretien s'est déroulé de la façon suivante :

- Lecture par la mère de la fiche d'information (annexe).
- Signature du formulaire de consentement (annexe).
- Rappel du sujet.

-Première partie : questions ouvertes sur les ressentis et attentes des mères sur les différentes méthodes de vaccination de leurs enfants.

-Deuxième partie : recueil des caractéristiques de la population (annexe).

## **2.4. Critères de jugement**

### **A. Objectif principal**

L'objectif principal de l'étude est de mieux comprendre les attentes et le ressenti des mères en matière de réalisation des vaccinations de leurs enfants, dans le but de faciliter le dialogue et améliorer la relation médecin-patient.



## B. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- Identifier l'état des connaissances des mères concernant la technique vaccinale.
- Recueillir la description de la représentation de la manière idéale de vacciner attendue par les mères.
- Révéler si l'état d'angoisse de fond de la mère influence ses attentes dans l'anxiété d'anticipation avant le geste vaccinal et sa capacité à incarner une figure d'attachement efficace, au bon moment, pour son enfant.

L'impact principal attendu de cette étude est : d'éclairer les médecins qui lisent cette thèse, quant à l'influence de la qualité de réalisation de leur gestes techniques sur la relation médecin-patient au long terme.

## 3. Analyse

L'analyse a été réalisée manuellement, par deux chercheurs.

Le premier chercheur a extrait du verbatim un codage, en accord avec le principe de théorisation enracinée ou ancrée. Il l'a ensuite catégorisé puis discuté avec le deuxième chercheur pour dégager les principaux thèmes. (12)

Une carte conceptuelle (Annexe IV) a été réalisée pour permettre une vision globale des résultats. Elle a été discutée et retravaillée avec le deuxième chercheur avant de déterminer ensemble les points de discussion.

# RÉSULTATS

## 1. Population

### 1.1 Caractéristiques de la population d'étude

14 mères ont accepté de participer à l'étude. 3 ont accepté, mais n'ont pas donné suite aux relances et ont été perdues de vue. L'âge moyen des mères interrogées a été de 34.5 ans. 7 d'entre elles proviennent du milieu rural et 4 du milieu urbain.

9 mères ont 2 enfants, une en a 3 et une autre en a 6.

Lors de l'entretien N°7 le papa était présent et a participé activement.

Toutes les mères, sauf une, ont connu minimum 2 médecins pour la vaccination de leurs enfants.

La population pédiatrique comportait 13 filles et 14 garçons, d'âge moyen de 5.48 ans (Tableau II, annexe).

I. Tableau des caractéristiques de la population d'étude

Numéro d'entretien	Mode de recrutement	Informations sur les parents					Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien (Minutes)
		Age	Sexe	Catégorie socio-professionnelle	Nombre d'enfants			
					Fille	Garçon		
1	Direct	36	F	Catégorie 5	1	1	Domicile	26
2	Direct	41	F	Catégorie 8	5	1	Domicile	15
3	Boule de neige	34	F	Catégorie 4	1	1	Domicile	28
4	Direct	31	F	Catégorie 2	2	0	Café	19
5	Direct	39	F	Catégorie 3	0	3	Domicile	24
6	Boule de neige	31	F	Catégorie 3	1	1	Domicile	30
7	Direct	32	F et M	Catégorie 5 et 6	0	2	Domicile	18
8	Boule de neige	35	F	Catégorie 5	1	1	Domicile	27
9	Direct	37	F	Catégorie 5	1	1	Domicile	18
10	Boule de neige	31	F	Catégorie 5	1	1	Domicile	18
11	Direct	33	F	Catégorie 5	0	2	Domicile	19

Catégories socio professionnelles (13)

1 : agriculteur exploitant, 2 : artisans, commerçants et chefs d'entreprise, 3 : cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 : professions intermédiaires, 5 : Employés, 6 : Ouvriers, 7 : Retraités, 8 : autres personnes sans activité professionnelle

## 2. Données

Les informations recueillies lors des entretiens permettent d'identifier 3 grands thèmes de représentations concernant la vaccination qui ont été graphiquement illustrés dans la l'annexe 3 (grille de codage).

1. Ce que l'on fait, ou comment nous vaccinons les enfants, selon les parents.
2. Ce que l'on dit, ou comment les parents parlent de la vaccination.
3. Ce qu'on en pense, ou comment les parents idéalisent la vaccination avec leurs propositions.

### 2.1. Ce que l'on fait

#### 2.1.1. Technique du geste

Aujourd'hui les médecins vaccinent via deux méthodes bien différentes : sur la table et dans les bras des parents. La technique vaccinale est importante aux yeux des parents car elle subit une interprétation émotionnelle qui peut les emmener à changer de médecin, en cas de vécu négatif. La confiance patient-médecin peut être directement impactée en fonction de la maîtrise du geste.

*« Tout le monde n'a pas la même façon. Il y en a qui prennent dans les bras. Il y en a qui nous les font porter. Il y en a qui les posent sur la table à langer (...). Ça dépend des médecins. » E4*

Une mère en a parlé directement à son médecin :

*« Je n'ai rien contre les vaccins, c'est la manière de faire qui ne me plaît pas. Mais je lui en ai déjà parlée...*

*Orateur : Et quelle a été la réaction de la doctoresse ?*

*Maman : Elle m'a dit que c'était son travail.*

*Orateur : et qu'est que vous en pensez ?*

*Maman : Qu'il y'a d'autres manières de faire. Surtout l'ancien médecin que j'avais. » (E 2)*

Sinon les mères préfèrent changer de médecin sans en parler :

*« C'était un peu brutal et l'entretien était très rapide et sans compassion, sans aucune empathie pour l'enfant. Donc j'ai changé en fait de docteur pour vacciner ma fille chez une autre personne pour éviter ce mal-être de ma fille et moi-même. » (E1)*

### **2.1.2. Vacciner sur la table**

La vaccination sur la table, avec séparation de la dyade mère-enfant, se pratique toujours de nos jours. La plupart des mères n'apprécient pas ces méthodes :

*« C'est sur la table. On fait d'abord l'examen (...) et puis après plouf ! il pique. Et il arrête de pleurer que quand on sort... » E5*

Et aussi :

*« Donc le pédiatre (...) la mettait sur sa table d'auscultation et n'avait pas de gestes tendres ou... ou affectueux avec l'enfant, c'était vraiment très rapide, c'était vraiment... euh... mécanique. Il y a pas d'empathie en fait. E1*

En parlant de vaccination, des mots signifiants surgissent, comme traumatisme :

*« Le fait d'allonger l'enfant sur la table, je pense que l'enfant prend conscience qu'il va se passer quelque chose et se met à pleurer, avant la piqûre. Mais je n'ai pas ressenti de... plus de traumatisme » E9*

Ou barbare :

*« J'ai trouvé ça un peu barbare de... parce qu'il est... il est complètement inoffensif là sur la table et on arrive avec une injection... Oui, j'ai... j'ai un peu culpabilisé de lui imposer ça. » E5*

Quand la question est explicitement posée à choisir entre table et bras :

« Je préfère quand même, au niveau affectif, plus les genoux. » E6

Une maman apprécie la vaccination sur la table, mais dans un contexte de maîtrise et standardisation du geste et distraction concomitante par son MT :

« Moi, je ne suis pas pour dans les bras. Pour moi, ausculter un enfant dans les bras, vacciner un enfant dans les bras : non. » E8

### 2.1.3. Vacciner dans les bras

Un bon nombre de médecins vaccinent les enfants sans séparer l'enfant de sa mère dans les bras de leurs parents ou sur les genoux.

Après la vaccination sur table, la découverte de la vaccination dans les bras semble toujours être une belle surprise :

« Alors du coup je l'ai gardé ma fille sur mes genoux. Et j'étais étonnée parce que je pensais qu'il fallait la mettre absolument sur la table d'auscultation. Donc là, je l'ai gardée sur mes genoux, donc moi ça m'a énormément rassurée... et elle aussi. Et elle n'a pas pleurée ni avant, ni pendant, ni après la vaccination. (...) Elle n'a pas pleuré. Elle a même souri. Donc j'étais très étonnée. Comme quoi, en fait : la tendresse, l'écoute et... l'empathie de la personne qui ausculte l'enfant est primordiale. » E1

Les souvenirs semblent moins précis quand cela se passe bien, mais l'appréciation est toujours la même quand il y a vaccination dans les bras après la vaccination sur la table.

« Il était sur mes genoux. Il a un peu pleuré. Mais bon ça n'a pas duré... fin, il a pleuré 10 secondes et... voilà ! c'était... c'était terminé. (...) J'ai ressenti que sur des méthodes différentes, il avait beaucoup plus eu mal. » E10

Au Danemark, ils vaccinent aussi dans les bras :

*« La première vaccination on l'a fait en France à 2 mois. Donc c'était aussi dans les bras. Puis au Danemark c'était toujours dans les bras. Et en France, quand on est revenu, on a fait aussi dans les bras ; les vaccinations. » E11*

#### **2.1.4. L'immobilisation pendant la piqûre**

L'immobilisation de l'enfant s'effectue par la maman le plus souvent, par le papa s'il est présent, mais aussi par un tiers, IDE ou puéricultrice.

Les mamans sont très impressionnées par l'immobilisation de leur enfant pendant l'injection :

*« En fait, elle lui tenait fortement la cuisse pour pas qu'elle bouge... (...) c'était déjà brutal (...) Donc la petite déjà, elle pleurait déjà d'avance et quand la piqûre était faite, c'était encore pire et là, elle hurlait du coup... et moi, forcément je pleurais. E1*

Parfois les médecins se mettent à plusieurs pour contenir un bébé...

*« Elle lui tient... le... le haut du corps et la... la puéricultrice qui tient le bas du corps. Parce que moi, je refuse de maintenir mon enfant pour ça, parce que je suis en général en pleurs. » E2*

D'autres fois c'est le papa qui intervient :

*« Et au moment de la vaccination, elle m'a demandé de maintenir les cuisses de ma fille, ce que moi, m'a beaucoup choqué fin... c'est un geste quand même assez... assez fort. Donc c'est mon mari plutôt qui l'a fait, et moi j'étais en train de caresser la tête de ma fille et d'essayer de la... de la rassurer » E3*

Les vieux stéréotypes de l'imaginaire collectif surgissent :

*« De tenir sa cuisse comme... c'est... on a l'impression que c'est comme les malades mentaux qu'on enchaîne avec des... avec des... vous savez avec des ceintures là... » E3*

La participation de la mère à la vaccination sur la table, où une séparation de la dyade mère enfant se produit, est vécue comme une participation abusive et imposée. Alors que dans les bras, quand la mère pareillement immobilise son enfant, elle se sent comme figure d'attachement à part entière et pas seulement spectatrice du geste.

*« Il était allongé sur la table d'examen, (...) c'est moi qui le tenais pareil, mais ce n'était pas sur les genoux. (...) je préfère quand même, au niveau affectif, plus les genoux ... » E6*

Même pour une infirmière la vaccination de ses enfants la ramène à son statut de maman :

*« L'enfant ne participe pas aux soins, on le tient on le pique, il ne comprend pas trop ce qui se passe quoi ! (...) Pour la professionnelle, je sais que les vaccins sont nécessaires et importants ; pour une maman je trouve que ce n'est pas... je ne connais pas beaucoup de mamans qui soient ravies d'aller faire vacciner ses enfants. » E5*

### **2.1.5. Distraction concomitante**

S'il y a bien un point qui rassemble l'unanimité des souhaits des mères concernant la vaccination c'est bien la distraction concomitante.

Les moyens de distraction sont de deux types : la distraction humaine :

- la mère tout simplement, avec le contact implicite pendant la vaccination dans les bras et l'allaitement ou le biberon.
- le papa, s'il est là.
- le médecin par les mimiques, ou chant des comptines avec l'enfant plus grand.

Objets externes : comme l'agitation de clés, jouets colorés et bruyants, écrans, fond musical.

*« Au début de la vaccination, on m'a proposé de distraire mon enfant avec de la musique. Ce que je trouvais très intéressant. » E11*

Des mamans ont décrit l'application du mécanisme antalgique « Gate Control » :

*« En gros elle pinçait un peu plus la peau, donc du coup l'enfant sentait plus la douleur du pincement que de... de la vaccination en elle-même » E2*

Avec une bonne distraction, on peut vacciner sur la table en toute complicité avec les parents :

*« Donc : il lui met un... un jeu... un jeu animé devant lui, mais qui cache vraiment ; j'ai souvenir, sur les cuisses : les deux vaccins sur chaque côté des cuisses. Et c'est un gros jeu qui... que moi je tenais sur le ventre de mon enfant qui cachait son regard ; donc il ne voyait pas du tout les mains du médecin, donc moi je l'occupais avec ce jeu-là ; donc je ne lui maintenais ni la tête, ni les bras, ni rien. J'avais le jeu posé dessus. Je l'occupais et forcément : le petit ressent l'aiguille donc : il y a une petite crispation. Mais très vite... très vite, en tant que maman on réagit : et une petite caresse et s'est fait tout en douceur. » E8*

Les médecins font une distraction bien efficace aux yeux des patients :

*« Connaissant monsieur M, il fait des petites grimaces, il fait des petites... voilà ! Mais il n'y a pas d'objet quoi ! » E7*

La vaccination dans les bras assure une distraction concomitante implicite :

*« La distraction c'était moi ! » E10*

Mais bien trop souvent la distraction concomitante n'est pas pratiquée.

Comme cette mère de 6 enfants qui a eu à faire à 6 médecins différents :

*« A chaque médecin que j'ai eu, il n'y a pas un qui a... pas pris un doudou, qui a pas pris un amusement ; rien du tout. (...) Moi, elles ont pleuré à chaque fois qu'elles ont été vaccinées alors... » E4*

*« Ah bah...la méthode basique hein, il prépare sa seringue, il pique. Il ne prévient pas... » E5*

*« Les enfants, ils ont besoin de peu de chose pour se distraire ; et à ce moment-là, ça serait vraiment... ça serait même primordial. (...) On est en 2018 et on vaccine encore les enfants comme ça quoi ! Je peux comprendre, maintenant qu'on en parle. » E6*



« Pas pendant l'acte. Juste avant quoi ! pour le distraire un peu, parce qu'on sent l'enfant un petit peu... agité, du fait qu'il est... qu'il est sur le... sur la table. Mais pas pendant. bien sûr. Elle fait ce qu'elle a à faire hein ! » E9

### 2.1.6. Vaccin = Traumatisme ?

Face au patient, notre parole est performative. Nos gestes ont encore plus d'importance :

Des méthodes de boucherie :

« Sa cuisse (...) J'avais l'impression que c'était une chipolata vous savez quoi ?... Qu'on pique avec une fourchette quoi ! PAM ! Allez ! on y va ! C... C'était vraiment horrible quoi ! » E3

Le mot « traumatisme » émerge spontanément dans les souvenirs :

« Le fait d'allonger l'enfant sur la table, je pense que l'enfant prend conscience qu'il va se passer quelque chose et se met à pleurer, avant la piqûre. Mais je n'ai pas ressenti de... plus de traumatisme. » E9

Les pleurs de la maman ne sont pas obligatoires...

« (...) ce n'était pas le cri d'habitude (...) c'est un petit cri de douleur (...) Les premiers vaccins on a un petit nœud... (...) mais sinon : je n'ai pas pleuré. » E4

... mais parfois les circonstances induites par nos confrères les provoquent :

« C'est surtout voir mes enfants pleurer qui me fait pleurer... Et puis la manière de faire. Même si on sait qu'il faut le faire. Après je n'ai rien contre les vaccins, c'est la manière de faire qui ne me plaît pas. » E2

### 2.1.7. Mémoire traumatique à long terme ?

Dans l'imaginaire collectif, la vaccination semble associée à une mémoire traumatique. Tôt ou tard, dans chaque entretien, le sujet a été évoqué.

*« Mais dès que la pédiatre est rentrée dans la pièce : notre petite fille s'est mise à pleurer. (...) dans ce schéma-là, moi je me suis dit que : si jamais elle a gardé mémoire ; c'est que c'est une mémoire traumatique. C'est un trauma que ma fille a subi, si elle s'en rappelle déjà à cet âge-là. » E3 (mère parlant de sa fille de 4 mois)*

L'association inconsciente vaccin-blouse blanche est certainement en lien avec la vaccination pédiatrique selon cette mère :

*« En fait, ceux qui se rappellent des vaccins et de la douleur des vaccins, forcément, à peine ils vont voir une piqûre, ils vont être traumatisés. Il y a même des adultes à la date d'aujourd'hui qui ont toujours peur des piqûres et c'est certainement à cause de ça. » E2*

L'angoisse pré procédurale à la reconnaissance du cabinet du médecin est évoquée plusieurs fois :

*« Mais c'est souvent, dès qu'elle arrive dans le cabinet, elle reconnaît l'endroit qu'elle... qu'elle a eu le vaccin. » E4*

Ou bien :

*« Parce qu'elle a beaucoup pleuré avant le vaccin, fin, du moment qu'elle est rentrée dans la salle du... de la pédiatre jusqu'à la sortie elle a pleuré, alors que c'est un enfant qui ne pleure jamais. » E6*

Ou encore :

*« Oui, dès que je rentre dans la pièce et que je le pose sur la table d'examen. Et pas chez le médecin de famille qui ne l'a jamais vacciné. Mais quand il va chez le pédiatre : il pleure. Oui. Alors que c'est un pédiatre qui est doux. Il se souvient certainement de la vaccination. »*

E5

La vaccination peut être un évènement traumatique pour la maman aussi :

*« (..) sur une vaccination, c'était l'heure de l'allaitement. Et j'avais demandée à la pédiatre si je pouvais allaiter ma fille en même temps que la vacciner et elle a refusé en fait... » E1*

## 2.2. Ce qu'on en dit, ou comment les mères parlent de la vaccination ?

La technique vaccinale des médecins n'est presque jamais discutée dans l'entourage des patients, en dehors du couple parental, sauf si des questions et observations concrètes ont effleuré l'esprit de la mère ou si elle a observé des changements comportementaux chez son enfant avant et après le vaccin.

Les parents discutent avec leur médecin plus sur l'intérêt global de la vaccination que sur la technique vaccinale. Le geste à réaliser est un investissement de confiance de la part des parents qui ne savent pas forcément comment doit être effectuée une vaccination, mais sont très attentifs à la souffrance exprimée de leur enfant au point de changer de médecin si l'expérience émotionnelle est négative.

### 2.2.1. Le langage des mères

Le langage utilisé par les mères, laisse deviner des représentations de violence concernant la vaccination. Des mots comme : gestes brutaux, violents, traumatisants, mémoire traumatique, contention de l'enfant « comme chez les fous », méthodes arriérées et poussiéreuses, barbares ; manque de douceur, compassion, écoute... surgissent au fil des souvenirs qui se déroulent pendant l'entretien.

*« Mais, oui. Je trouve ça un petit peu barbare, oui d'arriver... J'aimerais qu'il ait une prise en charge (...) de la douleur... (...) qu'il soit à l'aise... en confiance... » E5*

Ou mécanique :

*« Je pense que c'est dû aux gestes du médecin en lui-même, parce que ses gestes étaient (...) très mécaniques, très... très brutaux (...) J'ai l'impression qu'il y'a beaucoup de médecins*

*qui prennent cet acte de vaccination comme... comme un acte qu'il faut faire absolument, mais sans compassion... » E1*

### **2.2.2. Parler à son bébé ou à son enfant**

L'annonce du vaccin à son enfant est vraiment une question personnelle. Le mécanisme du langage utilisé est l'euphémisme faisant appel à un imaginaire de type nocturne selon Gilbert Durand. (14)

Les mères font la différence entre ce qu'elles disent à leur bébé et à leur enfant.

Il y a des mamans qui expliquent :

A tout âge :

*« Oui, rassurer. Parler, il faut parler, même à un bébé, un bébé, il comprend tout. » E2*

Certaines évitent le mot « vaccin » :

*« On va aller voir le docteur. On va faire une petite piqûre pour que tu ne sois pas malade ; (...) Je ne vais pas lui dire vaccin en fait. Je ne lui dis pas le mot vaccin. Je lui dis juste une petite piqûre » E1*

Ou le mot « douleur » :

*« Je ne dis pas que ça va faire mal, mais je dis que ça va pas être agréable. Ouais. Et que je vais le tenir et que... » E5*

Ou expliquer à la dernière minute :

*« Vous lui expliquez la procédure ? ...*

*Maman : Quelques minutes avant qu'il se fasse vacciner. » E3*

... Et des mamans qui n'expliquent pas à un bébé, mais expliquent à un enfant :

*« Non. Pas bébé comme ça. Non. (...) pas comme j'ai pu préparer (...) mon aîné, quand il avait 3 ans et qu'il s'est fait vacciner : là, j'ai vraiment été sur deux jours... » E6*

Ou encore :

*« Bébé, je lui explique pas du tout. Et... plus grand je... je lui dis voilà ! qu'il aura une visite de 6 ans. Je lui dis qu'il aura un vaccin à faire, voilà ! que c'est : une petite piqûre... mais je... je ne rentre pas dans les détails (...) Par contre, je la rassure sur... je réponds à ses questions, clairement. (...) Mais je rentre... je ne rentre pas dans les détails » E8*

### **2.2.3. Parler à son médecin**

Le plus souvent les mères n'osent pas critiquer ouvertement les gestes du médecin, elles obéissent à l'autorité :

*« On se laisse guider en tant que jeunes parents ; donc : on n'offusque pas... (...) ce que nous dit le médecin, en fait : on écoute. On est plus dans leur écoute : ils nous disent de l'installer sur la table : on l'installe sur la table. » E9*

Le premier réflexe face à un médecin c'est l'obéissance :

*« Ben non, je ne l'ai jamais dit, parce que : je la laisse faire... (rires)... parce que c'est comme ça ! et du coup, je fais le mouton. Je me dis bon bah ! c'est comme ça ! » E6*

Mais pas toujours :

*« Après je n'ai rien contre les vaccins, c'est la manière de faire qui ne me plaît pas. Mais je lui en ai déjà parlée...*

*Orateur : Et quelle a été la réaction de la doctoresse ?*

*Maman : Elle m'a dit que c'était son travail.*

*Orateur : et qu'est que vous en pensez ?*

*Mama : Qu'il y'a d'autres manières de faire. Surtout l'ancien médecin que j'avais. » E2*

La décision de changer de médecin est prise le plus souvent sans en parler avec le médecin :

« Les pleurs ont... ont changé dans leur intensité et dans leur durée à partir du moment où nous : on a changé de spécialiste. C'est-à-dire à partir du moment où nous on a choisi le médecin. Le médecin avait une toute autre approche euh... et là ça ! ... Ça a changé ! C'est-à-dire que l'enfant lui, a pleuré beaucoup moins, (...) Maintenant, on ne reviendrait plus en arrière. On a trouvé vraiment le médecin qui... qui nous fait ça de manière... de manière humaine on va dire. Ça... C'est... C'est très important pour nous cette dimension là... » E3

#### 2.2.4. Parler avec son entourage

Les discussions sur l'acte de vaccination ne sont pas fréquentes dans l'entourage amical. C'est plus une affaire de famille.

« Les enfants, bah ceux de mon frère en tout cas pareil, pleuraient à chaque vaccination aussi. (...) il m'a dit : « bah ! c'est vrai que nous, avec notre médecin, (...) ça s'est passé hyper vite, la piqûre dans la cuisse et... et hop ! : merci, au revoir ! » E1

Ou encore :

« Je n'ai pas énormément d'écho sur la vaccination des autres, je n'ai pas parlé beaucoup avec mon entourage. » E3

Le sujet est jugé tabou...

« L'intérêt : ouais. Mais la méthode non. Ce n'est pas... Je ne sais pas si les gens parlent beaucoup, mais ça serait bien d'en parler. C'est des sujets un peu... voilà ! tabou ! oui... » E5

On discute, mais on ne parle pas...

« Vraiment très vite quoi ! par exemple : si on est entre amis... fin, on dit bah : tiens ! un tel a eu son vaccin cette semaine... ou la... non. C'est vrai, que c'est jamais arrivé dans une discussion. C'est comme ça, en fait, on doit faire les... fin, on en parle jamais quoi, en fait ! »

E9

### 2.2.5. Déléguer la vaccination

Les mères accordent beaucoup d'importance à la vaccination de leurs enfants surtout pour les bébés.

*« Je sens que l'enfant sera mieux avec maman au moment difficile. Mais maintenant ça change avec l'âge, donc je pense peut-être aussi, que c'est bien que l'enfant soit dans les bras de papa maintenant. » E11*

La maman se sent investie directement du devoir d'assurer le réconfort de son enfant

*« Je préfère être là pour rassurer mon enfant après. Pour moi une maman rassurera plus, même si le papa est important. (...) C'est vraiment à la maman d'y aller. » E2*

Et assurer la permanence de la figure d'attachement

*« Pour moi c'est très important d'être présente, (...) la figure d'attachement quoi ! Je suis très importante dans la vie de mes enfants. Donc je ne me verrais pas déléguer cet acte à qui que ce soit » E3*

Avec un rôle auxiliaire explicite pour le papa :

*« Parce qu'après la vaccination, comme j'allaites mes enfants, mon mari s'occupe de... de régler avec ... fin, de régler la consultation ou de passer les cartes vitales, fin voilà ! Il fait tout ce qui est administratif. Et puis il discute avec le médecin... » E3*

Un papa s'est exprimé sur le sujet :

*« Orateur : et pourquoi vous n'y allez pas monsieur ?*

*Papa : parce que je suis au travail pour l'instant là en fait, (...) mais je sais que si je les amènerai, ça ne me dérangerait pas (...) Ça ne me fait pas peur... » E7*

Il y en a qui n'ont pas le choix :

*« Non c'était toujours moi, mon conjoint n'est jamais allé parce qu'il n'aime pas ça (...) c'est moi qui me... qui me... qui m'obligeais à y aller. Pour le bien de ma puce (...) Si je pouvais éviter, je l'évitais. Si je pouvais ne pas vacciner mes enfants, je... je les vaccinerais pas. »*

E1

## **2.3 Ce qu'on en pense**

### **Vaccination idéale et propositions ?**

Les mamans s'expriment de façon très diverse en fonction de l'imprégnation émotionnelle du vécu des vaccinations de leurs enfants.

Celles ayant une représentation plutôt négative proposent d'améliorer la formation des médecins avec un apprentissage de la douceur, de l'écoute, de l'empathie et une meilleure prise en charge de la douleur de l'enfant qui peuvent se traduire même par un projet sociétal.

Et celles qui, ayant vécu une expérience neutre ou positive, vont faire attention aux détails, comme la crème anesthésiante ou les informations plus générales sur les vaccins.

Dans cette partie nous avons choisi de mentionner l'avis de toutes les mères dans une représentation holistique.

Les représentations et propositions des mères sur la vaccination idéale peuvent être regroupées en 4 groupes :

#### **2.3.1 Idéal de formation des étudiants en médecine à la technique vaccinale, à l'empathie et à une meilleure prise en charge non médicamenteuse de la douleur.**

*« Vraiment apprendre ça aux étudiants que la douleur, les enfants ils la ressentent, c'est pas un poisson rouge... euh... Qui ne dit rien et qui fait des bulles quoi ! (...) divertir l'enfant,*



*parler aux parents, rassurer aussi les parents, (...) voilà ! il faut vraiment que ça fasse partie du... de la formation du médecin d'être à l'écoute d'un enfant » E1*

*« Oui, faire une préparation aux pédiatres, aux médecins, tous ceux qui sont emmenés à vacciner les enfants (...) Si on se met à la place du bébé, je suis sûre qu'on réagira mieux et que du coup l'enfant réagira mieux. (...) il y a des manières à mettre en place (...) un peu plus... douces. Si tout le monde est formé, je pense que ça se passera mieux. » E2*

*« Ce serait tout un programme sociétal en fait. Ce serait vraiment de revoir la vision qu'on peut avoir de l'enfant de... se dire voilà ! ce n'est pas juste deux cuisses à vacciner (...) on a un être humain devant nous, allons lui apprendre la bienveillance, la douceur, (...) essayer de (...) prendre en compte la douleur de l'enfant... ça serait bien, dans la... Dans la formation des médecins en fait. (...). Parce qu'un enfant c'est un être humain qui a le droit à la compassion, qui a le droit à la bienveillance et... Et à la douceur. » E3*

### **2.3.2 Idéal de maîtrise du geste dans les bras avec distraction**

*« Je conseille aux médecins : c'est pas d'immobiliser l'enfant. C'est vraiment de lui parler, de rassurer et voilà, quitte à ce que la maman si elle peut, elle le prenne dans les bras, pour un peu le rassurer mais voilà, mais surtout voilà, pas de faire des choses forcées, et encore moins en traître. (...) avec beaucoup de douceur. » E2*

*« Le coup de distraire un petit peu. Ce n'est peut-être pas mal de... de jouer un petit peu avec l'enfant. Lui proposer des jouets, lui proposer euh... plein de choses comme ça avant de le vacciner et même pendant aussi en même temps... je pense que c'est une bonne idée et une bonne manière de faire. » E4*

*« Pendant qu'il tétait. (...) Plus dans les bras, je pense que déjà ça rassure, même si on les maintient » E5.*

« Sans le forcer et puis : attendre la fin de rendez-vous, je trouve ça très... plutôt intelligent. (...) comme ça ! physiologiquement. Dans les bras. Pour moi, c'est la meilleure façon. » E7

« Je proposerai aux parents de le garder dans les bras. (...) je pense que d'être dans les bras des parents ça doit être... ça doit être quelque chose de très réconfortant pour les enfants, surtout les tout petits quoi ! à 2 mois hein... » E9

« Que l'enfant soit sur les genoux des parents, dans les bras, je pense que c'est une bonne idée. Parce que... objectivement : c'était vraiment une... par rapport aux deux autres médecins, c'étaient les vaccinations qui se sont mieux passées ». E10

### **2.3.3 Idéal d'écoute et personnalisation de la technique par rapport à la méthode standard.**

« Avoir déjà un professionnel à l'écoute de l'enfant et des parents. (...) qui a de l'empathie et du respect pour l'enfant. (...) Donc le divertir et être à l'écoute. (...) accepter que les mères puissent allaiter leur enfant pendant la vaccination » E1

« Faire la piqûre pendant l'allaitement, ça serait intéressant puis euh.... Le médecin qui parle tout doucement à l'enfant. Qui le met vraiment en confiance... » E3

« Une musique de fond (...) des distractions à portée mais... (...) qu'ils ne puissent pas prendre, mais très colorées (...) sur les genoux, comme ça a été le cas pour ma fille, parce que je trouve quand même que le contact avec sa maman est important. (...) Que le médecin essaie d'avoir une interaction avec l'enfant le plus possible, pour la rassurer autant que la maman quoi ! » E6

« Sur la table, avec un moyen de distraction, avec un (...) contact tactile aussi avec l'enfant. Pas que... pas que verbal... » E8

« Il faut que le médecin, pas le parent, mais le médecin : explique très simplement à l'enfant ce qui va se passer. Avec des mots d'enfants. Mais sans en faire (...) trop en fait. (...) Et...des petits objets rigolos pour... un peu dédramatiser les seringues » E10

« C'est bien de le prévenir. (...) d'employer tout ce système de distraction. (...). Pour qu'il garde un bon souvenir à la fin. Quand même s'il a souffert un petit peu, mais il a eu une récompense à la fin. » E11

« Ça pourrait être une musique, une chanson ; ils sont assez... assez réceptifs aux couleurs... pour les bébés : honnêtement, je ne sais pas trop. À part les avoir dans les bras en train de téter au biberon (...) Mettre du froid avant (...) d'avoir du kalinox tout le temps ! (Rire)... mais (...) Ça détourne juste l'attention. Aussi, c'est le même principe que l'hypnose. » E5

« Bah ! la distraction. Un peu de musique. Quelque chose qui puisse essayer, du moins, de faire penser à autre chose les petits quoi ! (...) le faire dès le plus jeune âge (...) Parce que, je pense que : dès le plus jeune âge, s'ils étaient un peu habitués à voir des choses plus douces lors de ce geste, ils seraient peut-être plus enclins à l'avoir plus tard quoi ! » E6

#### **2.3.4 Idéal de vaccin non invasif**

« Eviter une injection en fait, je ne sais pas ce qu'il pourrait... ce qu'il pourrait exister pour vacciner les enfants sans leur faire mal, sans une injection euh..., peut-être... comme à base de sirop, je sais pas, quelque chose dans le genre... » E1

« Proposer plus... plus facilement : il y a plein de crèmes, de patchs qui existent... » E8

« Le patch Emla : même si c'est peut-être que psychologique, mine de rien, ça nous rassure nous aussi les mamans, ainsi que les enfants. Et si nous on est bien, bah, les enfants seront bien aussi, puisqu'on sera en sécurité. » E2

« Et puis, voilà ! vaccination sans aiguille ?!!!... » E10

# DISCUSSION

## 1.1 Forces et faiblesses

Biais de l'étude :

L'échantillonnage a été fait afin d'obtenir une variabilité maximale, en excluant les parents qui avaient leur médecin traitant déjà inclus. Cependant, un biais de recrutement existe.

Aucun parent se déclarant anti vaccination n'a été recruté, sachant qu'ils représentent environ 13% de la population française. (15)

Nous n'avons pas posé de questions sur les pédiatres qui suivent les enfants, afin de ne pas recruter des enfants soignés par le même pédiatre. Donc un biais géographique peut exister, la technique du même pédiatre pouvant être décrite par plusieurs mères.

Un seul papa a participé à l'entretien, mais il n'a pas été recruté à priori.

Néanmoins nous avons répondu à la question de comprendre les représentations des parents sur la vaccination de leurs enfants, conformément au critère d'inclusion.

## 1. Les principaux résultats :

Les principaux résultats de ces 11 entretiens ont été regroupés en 3 grands thèmes :

1. Des pratiques hétérogènes
2. Rôle de la douleur et sa représentation dans la triade mère-enfant-médecin
3. Rôle du soignant et le transfert de la confiance parentale

### 1.1.1 Des pratiques hétérogènes

En France, les pouvoirs publics se questionnent sur les causes des réticences vaccinales (16), mais les études qui s'intéressent à la technique même sont rares. La formation des médecins généralistes et des pédiatres n'est pas standardisée, avec un apprentissage des techniques vaccinales sur le terrain.

Cette diversité des pratiques est bien visible lors de l'analyse des entretiens avec les mères. Chaque médecin semble appliquer sa technique et la prise en charge de la douleur dépend le plus souvent d'habitudes personnelles. Trouver un médecin qui applique la vaccination dans les bras avec distraction concomitante, est souvent le résultat des recherches des mères après des expériences vaccinales négatives, voir vécues comme traumatiques.

Comme dans une enquête gouvernementale pour la DREES de 2006, dans cette étude, nous arrivons à identifier 2 groupes d'attitudes bien distincts, que l'on analyse les parents, ou les praticiens, à travers le discours des parents sur leur pratique : les « réservés » et les « sensibilisés » par rapport à la douleur de l'enfant en général et à la douleur vaccinale en particulier. (17)

Pour les réservés, la douleur est quelque chose d'admissible, faisant partie du soin, comme une fatalité. Plus vite c'est fait, mieux c'est et on passe à autre chose.

Les sensibilisés considèrent qu'il n'y a pas de justification à éprouver la douleur, surtout quand elle est iatrogène. Toute douleur doit être éradiquée, car nous disposons de moyens antalgiques efficaces et inoffensifs.

La traduction pratique de ces attitudes s'applique, pour les praticiens réservés, par des vaccinations sur la table, des attitudes d'empressement avec des gestes mécaniques pour en finir au plus vite et discours impersonnel avec l'enfant traité en « objet » de travail. Les parents réservés ont plutôt tendance à se soumettre sans critique à l'autorité du médecin.

Toutefois, les parents aujourd'hui semblent tous plus ou moins sensibilisés aux méthodes de gestion de la douleur vaccinale, avec une large préférence pour la vaccination dans les bras avec utilisation de moyens de distraction. (Tableau II, annexe)

L'hétérogénéité des pratiques attestée lors des 11 entretiens, laisse comprendre une hétérogénéité des formations des étudiants en médecine, la gestion de la douleur dépendant de la personnalité du médecin plus que de la standardisation de sa formation.

Il est légitime de se demander si les médecins qui vaccinent sur la table, en séparant le bébé de sa mère, ont d'excellentes raisons de procéder ainsi ?

Au vu de la littérature nous disposons de peu d'informations à cette date sur le sujet, mais des études (18, 19), suggèrent que la séparation de sa mère pendant un stress aigu pourrait être bénéfique uniquement dans le cas de bébés à tempérament insécure, ambivalent ou désorganisé (environ 15 à 25% des enfants selon différentes études). Le comportement d'attachement « secure » étant lié avec une expression moindre des comportements de détresse par l'enfant en général. (20)

Une autre étude ne montre pas de différence de rythme cardiaque dans un groupe d'enfants vaccinés dans les bras ou séparés de leur mère, mais montre une différence significative dans la manifestation de détresse extérieure (cris et pleurs) sur des critères d'intensité et de durée ; les bébés vaccinés dans les bras de leurs mères paraissant moins affligés par le geste, ce qui influence le degré de stress de leurs parents. (21)

Une étude française sur 144 enfants menée dans la Somme, confirme également que les enfants vaccinés dans les bras de leurs parents semblent moins ressentir la douleur que sur la table. (22)

Enfin, une revue de littérature de 28 études sur le sujet montre une nette préférence des parents, indépendamment du tempérament de leur enfant, pour leur présence lors d'un

geste pédiatrique douloureux, alors que les bénéfices pour les enfants ne sont pas clairs.

(23)

Nous observons qu'il n'y a aucune preuve de supériorité à vacciner les bébés séparés de leur mère et que cette pratique ne s'appuie que sur les habitudes des médecins, mais qu'elle est très mal vécue par les mères, car les bébés exhibent plus bruyamment leur détresse.

La nécessité de séparation de la dyade mère-enfant a été conceptualisée par Freud sur des principes jamais reconnus par la communauté scientifique internationale s'appuyant sur son riche imaginaire génial, en se référant au père. Notons qu'à l'époque, au début du XXème siècle, les moyens anesthésiques n'étaient pas comparables aux nôtres et conceptualiser le postulat que l'enfant ne ressent pas la douleur en raison de l'immaturité de son cerveau, paraît une excellente excuse d'impuissance antalgique, pour soulager la conscience des médecins de l'époque. On peut les comprendre, mais nous ne sommes pas à leur place, ni à la place du père freudien.

Depuis, la lignée de chercheurs comme Donald Winnicott, John Bowlby, Mary Ainsworth, K. J. S. Anand, Boris Cyrulnik, Annie Gauvain-Piquard, Evelyne Pichard-Leandri, Daniel Annequin, Anna Taddio et al. ont œuvré à la déconstruction de ces théories qui ont l'air tenaces y compris de nos jours. Toute douleur peut être maîtrisée.

Devant ces incertitudes, l'attitude que doit avoir le médecin quant au rôle que doit jouer le parent pendant la vaccination, n'est pas clairement établie par les facultés de médecine, d'où l'observation de pratiques hétérogènes sur le terrain.

Selon une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, auprès de 24 médecins généralistes, menée d'octobre 2013 à mars 2014 en région Rhône-Alpes, l'apprentissage de la technique vaccinale est absente de la formation initiale théorique des Médecins Généralistes.

Les auteurs concluent que : « L'analyse de la procédure vaccinale en Médecine Générale montre l'existence de choix, d'incidents, erreurs ou fautes volontaires ou involontaires,

conscientes ou inconscientes. Cette procédure pourrait être mieux enseignée, améliorée au moyen d'une liste de vérifications au bénéfice des patients et vaccinateurs. » (24)

La distraction concomitante est fortement recommandée et a fait ses preuves lors de multiples études notamment pour les distractions : verbale, vidéo, musique et respirer avec un jouet. (25)

L'efficacité de la distraction est biologiquement prouvée, le taux de cortisol salivaire lors des vaccinations est moindre avec distraction par les parents, que sans aucune instruction préalable aux parents. (26)

Une limitation d'utilisation de la distraction en fonction de l'âge des bébés a été montré lors d'une étude. Après la présentation d'une vidéo de coaching aux parents, la distraction a été moins efficace chez les nourrissons de 6 mois que chez les enfants de 18 mois. (27), (28)

Dans notre travail, 8 enfants sur 11 ont été au moins une fois, vaccinés sur la table sans moyens de distraction et 6 mères ont déclaré avoir changé consciemment de médecin vaccinateur à cause de la négligence quant à la gestion antalgique per-procédurale avec séparation mère-enfant. (Tableau II, annexe)

Pourtant la position et le discours du médecin face au patient sont fondamentaux. Stanley Milgram lors des expériences sur l'obéissance de 1960 à 1963, a démontré que face à l'autorité, nous sommes enclins à obéir aux ordres pour environ 65% d'entre nous, même quand cela peut s'avérer néfaste pour autrui. (29)

Que dire alors de notre rôle à jouer dans l'éducation de nos patients sachant qu'ils vont nous obéir ? Des moyens efficaces et prouvés de maîtrise de la douleur existent et sont de plus en plus connus du grand public. Pourquoi continuer à négliger la douleur de nos enfants en nous servant de notre autorité de médecin ?



En informant le patient, nous sommes capables de scénariser le geste lors de la consultation pré vaccinale afin de transformer le parent en partenaire actif utilisant les moyens de distraction et ainsi l'aidant à élaborer un discours promoteur d'ajustement. (30)

Les parents peuvent devenir d'excellents promoteurs d'ajustement (coaches) avec un entraînement minimal, ce qui contribue à la diminution de leur propre stress et par transfert, celui de leur enfant. (31)

La liberté du scénario de distraction appliqué par le parent s'est avérée plus efficace que la procédure standard apprise par le médecin. (32)

### **1.1.2 Rôle de la douleur et sa représentation dans la triade mère-enfant-médecin**

Pour un enfant sans aucune comorbidité, la vaccination est la seule cause de douleur iatrogène. (33) (34)

L'analyse des relations à l'intérieur de la dyade mère-enfant s'effectue à l'aide du modèle de la théorie de l'attachement mise au point par Mary Ainsworth faisant suite aux travaux de John Bowlby. (35) (36) (37)

Lors de la « situation étrange », en observant le comportement des enfants d'environ un an en situation de séparation/retrouvailles avec la mère représentant la figure d'attachement, elle a identifié 3 types d'attachements et leur proportion dans la population générale en confrontant les résultats de laboratoire avec la vie réelle à travers le monde : 1 Secure 2 Insécure avec 2 subdivisions : Insécure évitant et Insécure ambivalent. (38) (39) (40)

Plus tard Main (1986), a complété le paradigme avec la troisième subdivision du type d'attachement insecure avec le type : Insecure Désorganisé. (41)

Grossièrement, la distribution de ces types dans la population générale est la suivante : Secure 60%, Insécure 40% avec les 3 sous types variables : Evitant, Ambivalent Désorganisé.

Longtemps considéré comme ayant un système nerveux immature, l'enfant n'était pas censé mémoriser la douleur, donc en souffrir. (42)

Selon une étude américaine de 2009 concernant la vaccination, la douleur est la préoccupation principale pour 44% des parents. (43)

Une thèse quantitative de 2014 auprès de 60 médecins généralistes picards, montre que 92% d'entre eux considéraient que la vaccination est un geste douloureux, 80 % utilisaient un moyen antalgique lors de la vaccination, essentiellement des moyens pharmacologiques (crème et paracétamol). Les autres moyens non médicamenteux : distraction, succion et association succion-solution sucrée, étaient très peu cités. Il ressort de cette étude, un manque de connaissances des recommandations actuelles concernant les moyens de lutte contre la douleur lors de la vaccination des nourrissons. (44)

Une autre thèse qualitative de 2018 en Alsace, montre que les médecins interrogés estiment l'intensité de la douleur vaccinale sur l'échelle EVA entre 0 et 7. Certains pensent que la douleur vaccinale est supportable étant de courte durée et que les pleurs sont inévitables, voir partie intégrante du geste. L'auteur conclut à un manque de connaissance des médecins généralistes concernant la douleur chez le nourrisson et leur capacité de mémorisation. (45)

Contrairement aux idées reçues, les enfants ne s'habituent pas à la douleur en devenant plus forts. (46)

Ils apprennent à l'éviter et l'expriment par l'anxiété anticipatoire, y compris à de très jeunes âges et dès l'immersion dans le contexte traumatogène comme le cabinet du vaccinateur. Chez l'enfant préverbal cette anxiété pré procédurale s'exprime par de l'agitation, hyperattachement au parent, ou avec le développement du langage, par la phrase,

malheureusement, mais pas fatalement, devenue classique : « Maman, le docteur va me faire une piqûre ? » (47)

La douleur vaccinale a été déclarée par l'OMS comme un effet secondaire maîtrisable de la vaccination en 2000. (48)

Depuis 2015, les recommandations au niveau mondial sont claires et suivent de près les recommandations canadiennes présentes dans toutes les références de l'OMS. (49)

En France, la combinaison de vaccins polyvalents a réduit le nombre d'injections à administrer en une seule fois à maximum 2 par consultation. Aux Etats-Unis, les recommandations autorisent jusqu'à 5 vaccins à administrer en une fois, car les vaccins sont moins regroupés qu'en Europe. (50)

La phobie des aiguilles est un thème récurrent dans la littérature américaine à cause des multi injections lors d'une seule séance. (51)

Il est décrit dans la littérature que la prévalence de la phobie des aiguilles dans la population générale est entre 3.5-10% incluant tous les critères de phobie spécifique dans le DSM IV et 25% exprimant une peur sans réunir tous les critères. Ces troubles peuvent être à l'origine de comportements évitants par rapport à la vaccination et compromettre une couverture vaccinale optimale. (52) (24) (53) (54) (55)

Lors de cette étude la question de la phobie des aiguilles n'a pas émergé directement, car non envisagée à priori, mais l'anxiété pré procédurale des nourrissons et enfants a bien été décrite par les mères, que ça soit par l'agitation et pleurs dès l'entrée dans le cabinet du vaccinateur précédent, ou verbalisée comme telle par les enfants plus grands dès l'annonce du vaccin à venir. (Voir résultats)

L'influence de la douleur sur le comportement au long terme a été largement démontré par de multiples études, notamment lors des travaux sur l'impact de la circoncision néonatale non anesthésiée, sur la diminution du seuil douloureux pendant la vaccination ultérieure, par

rapport aux garçons n'ayant pas subi cette intervention ou ayant bénéficié d'anesthésie et analgésie post-opératoire efficace. (56) (57) (58)

Dans notre étude, les mères caractérisent la mémorisation du vaccin, vécu comme un traumatisme qu'elles appellent comme tel, explicitement et à travers le langage utilisé exprimant de la violence procédurale. (Voir résultats)

Une étude d'avril 2017 sur 352 mères de nourrissons, ne montre pas de différence entre les différentes méthodes de gestion de la douleur procédurale lors des vaccinations. Mais à noter que cette étude a été menée au Canada, en incluant dans le groupe placebo des enfants bénéficiant déjà de l'application des recommandations OMS en cours, c'est-à-dire vaccination dans les bras avec distraction concomitante. (59)

L'existence d'une pratique de vaccination sur la table en France, nous suggère que si nous menions une étude pareille en France, notre groupe placebo en conditions réelles ne remplira même pas les recommandations de l'OMS de 2015. (49)

### **1.1.3 Rôle du soignant et le transfert de confiance parentale**

Le discours des mères s'adapte au caractère de leur enfant en utilisant en général, des mots minimisant le caractère douloureux de la procédure, par euphémisme. Les enfants ayant des capacités cognitives immatures sont moins capables de rationaliser les événements, donc pour eux, la douleur c'est de la douleur brute et aucunement un petit déplaisir pour un plus grand bien hypothétique, comme la raison adulte l'entendrait. Nous observons ce mécanisme psychologique à tout âge d'ailleurs, nombre d'adolescents ne disposant pas de la maturité nécessaire à cet exercice d'abstractisation pour raisonnablement prendre des décisions concernant leur santé, surtout pour accepter la vaccination HPV. (60)

L'information prodiguée par le médecin aux parents pendant la consultation de pré-vaccination est fortement prédictive de leur coopération harmonieuse pendant le geste. (61)

Certaines mères ont clairement verbalisé le besoin sociétal de gestion de la douleur vaccinale par une formation spécifique lors des études médicales. Si le médecin est capable de préparer l'adulte en amont, il représentera une source de réconfort pour l'enfant, car il aura eu le temps de scénariser le geste qui permettra une meilleure gestion de leur enfant pendant la vaccination. (62)

Naturellement et sans aucune formation médicale, la plupart des mères préparent leurs enfants à la vaccination en conformité avec les recommandations et adaptent leur discours à leur âge, c'est-à-dire 1 jour avant pour les plus grands et immédiatement avant le geste pour les nourrissons. (63) (64)

La résistance au changement de certains praticiens a été décrite par les mères, y compris par la question précise sur la technique vaccinale jugée violente. C'est également une direction de recherche à l'hôpital. (65)

Peu de mères parlent directement au médecin sur la façon de vacciner, car elles considèrent le sujet comme tabou, le médecin étant censé savoir de quelle manière pratiquer son art. Mais devant la réponse « Je fais mon travail » tout en vaccinant sur la table avec immobilisation du bébé par des puéricultrices nous, comme nos patients, savons que de différentes manières de faire sont disponibles et recommandées, issues d'études bien menées. (59)

L'utilisation de crèmes anesthésiantes a fait ses preuves au niveau de l'expression comportementales de la douleur (66) (58) et fait partie désormais, à part entière des recommandations canadiennes (34), mais pas encore des recommandations de l'OMS en raison du coût surajouté, mais pas seulement. (49)

Les arguments défavorables à l'utilisation de ces crèmes sont :

1. le coût ; démenti par une étude aux USA, donc applicable dans un pays industrialisé comme le nôtre. (67)

2. L'inefficacité ; démentie par des études (68)

Alors même que son efficacité n'est pas absolue, au moins la douleur de l'effraction cutanée est abolie, restant la douleur de l'injection du produit dans le muscle. (34)

3. L'incapacité des parents à appliquer correctement la crème ; démentie depuis plus de 25 ans. (69) (70) (71).

En utilisant des moyens antalgiques pharmacologiques, nous réduisons le rôle parental de repère sécurisant, par délégation de ce rôle vers le produit. Si par notre conduite et souplesse d'esprit, nous investissons la mère de la pleine maîtrise de son bébé, nous pourrions nous passer des crèmes. Ce regard semble éclairer la position de l'OMS (49), tout en considérant le facteur humain : médecin et mère, plutôt que pharmacologique.

Donc si les parents sont bien éduqués par le médecin, ils deviennent des partenaires précieux dans la gestion de la douleur vaccinale en incarnant une figure d'attachement efficace pour leur enfant et au bon moment, contribuant à la réussite de notre geste. (34)

Voici comment, en étant formés et sans autre surcoût, nous disposerions d'outils antalgiques efficaces pour répondre de manière adéquate et homogène aux besoins de la population française. (72)

## CONCLUSION

La banalisation du geste vaccinal pousse les pouvoirs publics à réfléchir sur l'extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination. (73)

Dans cette optique, le rôle du vaccinateur est réduit au geste technique d'injection du produit aux patients. Cette option semble cohérente lors de campagnes de vaccination de masse, nécessaires à réaliser en peu de temps, mais pas pour les vaccinations de routine.

Cette vision dogmatique occulte la complexité de l'art médical qui consiste à maîtriser tous nos gestes dans leur dimension physique, psychologique et pharmacologique surtout dans le climat ambiant d'hésitation vaccinale. (74) (75)

La littérature de recherche dans ce domaine suit la lignée behavioriste, maintenue par les équipes canadiennes (Anna Taddio et al) appuyant leurs principaux résultats sur les manifestations externes, comportementales de la douleur ; la lignée relationnelle, suivie par les équipes suisses (Nicolas Favez et al), qui analysent les interactions d'attachement dans la dyade mère-enfant étendue à la triade mère-enfant-médecin lors de la vaccination ; la lignée physiologique américaine (Lindsey L. Cohen et al) qui observent les changements des constantes physiologiques en situation de stress ; et la lignée mémoire de la douleur des équipes françaises (Daniel Annequin et al) qui s'interrogent sur l'impact des expériences douloureuses à long terme. Toutes ces directions de recherche sont complémentaires.

La formation des médecins à la gestion de la douleur vaccinale nous semble la clé pour mettre un terme à l'hétérogénéité des pratiques et ainsi réduire le retard que nous avons par rapport aux recommandations de l'OMS.

Nous nous sommes posés une question principale dans cette étude qui visait à : comprendre les représentations des parents sur la vaccination de leurs enfants .

Nous arriverons à le faire en comprenant le mécanisme de mimétisme social qui intervient quand un parent nous confie son enfant.

Lors de la vaccination, chaque geste, chaque mot, chaque attitude du médecin sera interprétée, consciemment ou pas, par le parent. Le transfert pour quelques secondes de la responsabilité parentale, rend le parent alerte au moindre détail, puisque le corps de son enfant en bonne santé est confié au praticien pour un geste de médecine préventive. Si la technicité du geste est importante aux yeux du médecin, l'aspect relationnel et affectif est primordial pour les parents. Cette différence d'intérêts entre le praticien et les parents, quand elle est significative, amène à une érosion de la confiance globale envers son médecin.

Le tempérament de l'enfant dans la dyade mère-enfant est fondamental, la plupart des bébés ayant besoin du contact avec leur mère pour gérer leurs émotions face à la douleur et apprendre à lui donner un sens.

L'information et l'éducation des parents afin qu'ils deviennent des partenaires actifs pendant la vaccination, sont la clé de voûte dans l'éventail des méthodes non pharmacologiques disponibles à visée antalgique et surtout anxiolytique pour les bébés.

La bienveillance, l'empathie et la douceur font partie des attitudes universelles des adultes de notre espèce envers nos enfants avec, fort heureusement, peu d'exception. Donc, il nous semble facile de repérer quel pourrait être le comportement attendu d'un médecin face à un enfant. En séparant l'enfant de sa mère pour effectuer parfaitement un geste technique, nous imposons inconsciemment la supériorité sociale de celui qui sait, de celui qui maîtrise, sur celui qui aime.

La meilleure façon de vacciner à l'heure actuelle nous semble de proposer aux parents plusieurs techniques de vaccination, en leur donnant le choix de choisir ou de changer en cours de route pour celle qui leur convient, sans imposer une rigidité du choix de la



méthode. Le respect du médecin envers les parents et l'enfant se manifestera dans la souplesse de notre comportement. Un parent moins stressé et qui participe à la décision, devient ainsi un partenaire précieux, dont le calme influence le bien-être de son enfant en diminuant l'impact de la partie psychologique de la douleur, importante au long terme.

La négation du rôle parental en tant que figure d'attachement, ne peut qu'engendrer des sentiments négatifs et saper la confiance que nous accordent les parents, surtout dans le contexte où des alternatives techniques existent sans arracher l'enfant à sa mère, pendant qu'on lui inflige une douleur iatrogène.

La relation médecin-patient implique la dimension d'expertise et la dimension affective qui ne s'opposent pas de façon manichéenne, mais sont complémentaires.

Notre rôle est de soigner nos patients. Nous ne pratiquons pas pour soigner notre égo.

De plus, ces pratiques peuvent accroître le sentiment d'hésitation vaccinale, antagonisant les politiques de santé publique visant une couverture vaccinale collective proche de 100%.

Le développement de l'enfant est multifactoriel et il est difficile d'affirmer avec certitude le bénéfice/risque d'une seule façon de faire. Vivre c'est aussi éprouver la douleur. Dans les conditions où la douleur est un facteur maîtrisable avec des moyens efficaces et en plus par des méthodes plus psychologiques que pharmacologiques concernant la vaccination, ne comportant pas d'effets secondaires, elle devient intolérable.

N'est-ce pas notre rôle de soignant de tout faire pour que la douleur ne soit pas iatrogène ?

## BIBLIOGRAPHIE

1. <https://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Histoire-de-la-vaccination/Vaccins-d-hier-a-aujourd-hui>
2. <http://vaccination-info-service.fr/var/vis/storage/original/application/download/Carte%20postale%20calendrier%20des%20vaccinations%202018.pdf>
3. Hurel S. Rapport sur la politique vaccinale. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016. 122 p.  
[http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_sur\\_la\\_politique\\_vaccinale\\_janvier\\_2016.pdf](http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sur_la_politique_vaccinale_janvier_2016.pdf)
4. Gautier S, Tricart C. Point de vue. Rendre les bienfaits de la vaccination perceptibles. Bull Epidémiol Hebd. 2017; (Hors-série Vaccination):3) disponible sur  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2016/index.asp>
5. Humez M, Le Lay E, Jestin C, Perrey C. Obligation vaccinale : résultats d'une étude qualitative sur les connaissances et perceptions de la population générale en France. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(Hors-série Vaccination):12-20.
6. Gautier A, Verger P, Jestin C et le groupe Baromètre santé 2016. Sources d'information, opinions et pratiques des parents en matière de vaccination en France en 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(Hors-série Vaccination) :28-35.
7. Collange F, Fressard L, Verger P et al. (2015). Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes. Études et résultats. Drees. n° 910. 8 p. poster disponible sur :  
[https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/Panoramas/2015\\_poster\\_p3v1\\_vaccination\\_congres\\_urpsml\\_la\\_baule.pdf](https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/Panoramas/2015_poster_p3v1_vaccination_congres_urpsml_la_baule.pdf)
8. Lévy-Bruhl D. Pourquoi des couvertures vaccinales très élevées chez le nourrisson sont-elles nécessaires ? Bull Epidémiol Hebd. 2017;(Hors-

- série Vaccination):6-11. Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2016/index.asp>
9. [KJS Anand](#), WG Sippell et A. Aynsley-Green, « *Randomized trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on stress response.* », *Lancet*, 1987, p. 62-66
  10. Annequin D, Cohen Salmon D, Maillet J, et al. Utilisation d'un mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène en hématologie pédiatrique lors de la pratique de ponctions lombaires et de myélogrammes. 2e Journée « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? » Paris, 1992. p. 59-65.
  11. Lozat R. Point de vue. 50 000 médecins généralistes en première ligne. Bull Epidémiol Hebd. 2017;( Hors-série Vaccination):4-5.
  12. Lejeune C, Qu'est-ce que la recherche qualitative ? In : Lejeune C, Manuel d'analyse quantitative, analyser sans compter ni classer. 1ere éd. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2016. p.20-39.
  13. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1?champRecherche=true>
  14. [Gilbert Durand, L'imaginaire. Essai sur les sciences et la philosophie de l'image. Paris, Hatier, 1994](#)
  15. Gautier A, Verger P, Jestin C ; Groupe Baromètre santé 2016. Sources d'information, opinions et pratiques des parents en matière de vaccination en France en 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(Hors-série Vaccination):21-7.
  16. Réponses Infovac aux interrogations ou commentaires les plus fréquents des parents/patients hésitants novembre 2018, disponible sur : [https://www.infovac.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=684&Itemid=665](https://www.infovac.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=684&Itemid=665)
  17. Emmanuel Fort - Nicolas Guillon, La prise en charge de la douleur chez l'enfant lors de son passage dans des lieux de soins ambulatoires, n° 61 – mai 2006, disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud61.pdf>

18. Gunnar M, Brodersen L, Nachmias M, Buss K, Rigatuso J. Stress reactivity and attachment security. *Dev Psychobiol* 1996;29(3):191—204.
19. Spangler G, Schieche M. Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation: the differential function of emotional expression. *Int J Behav Dev* 1998;22(4):681—706.
20. Favez Nicolas, Berger Susan, « Présentation et validation de l'Indicateur pédiatrique du Style d'Attachement (PASI) », *Devenir*, 2012/3 (Vol. 24), p. 215-230. DOI : 10.3917/dev.123.0215. URL : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2012-3-page-215.htm>
21. Cohen L. Reducing infant immunization distress through distraction. *Health Psychol* 2002;21(2):207—11.
22. Degorre Coralie. Evaluation de la prise en charge antalgique lors de la vaccination des enfants de moins de quatre mois. Thèse de la faculté de médecine d'Amiens, 2013, 53 p.
23. Piira T, Sugiura T, Champion G, Donnelly N, Cole A. The role of parental presence in the context of children's medical procedures: a systematic review. *Child Care Health Dev* 2005;31(2):233—43.
24. VALLÉE, Josette, ATTIMONELLI-MELIN, Laure, et CHARLES, Rodolphe. Analyse des procédures vaccinales en soins premiers. *Médecine*, 2017, vol. 13, no 5, p. 211-218.
25. Birnie KA, Chambers CT, Taddio A, McMurtry CM, et al. Psychological Interventions for Vaccine Injections in Children and Adolescents: Systematic Review of Randomized and Quasi-Randomized Controlled Trials. *Clin J Pain*. 2015 Oct;31(10 Suppl):S72-89.
26. Cohen L, MacLaren J, Fortson B, Friedman A, DeMore M, Lim C, et al. Randomized clinical trial of distraction for infant immunization pain. *Pain* 2006;125(1—2):165—71.
27. Rebecca Pillai Riddell, Monica C O'Neill, Lauren Campbell, Anna Taddio, Saul Greenberg, Hartley Garfield; Featured Article: The ABCDs of Pain Management: A Double-Blind Randomized Controlled Trial Examining the Impact of a Brief Educational Video on Infants' and Toddlers' Pain Scores and Parent Soothing Behavior, *Journal of Pediatric*

- Psychology, Volume 43, Issue 3, 1 April 2018, Pages 224–233,  
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx122>
28. Vidéo : Why Infants in Pain are Allowed to Think Adults Sometimes Suck | Rebecca Pillai Riddell | TEDxYorkU,  
<https://www.youtube.com/watch?v=FxGXNYLocWM>
  29. Stanley Milgram, Behavioral study of obedience, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963, Vol. 67, pp. 371–378.
  30. Favez N. L'ajustement du jeune enfant au stress de l'examen médical avec vaccination : une revue de la littérature. *J Pédiatrie Puériculture*. févr 2012;25(1):1-7. URL : [https://projet.chu-besancon.fr/pmb/PMB\\_Ecoles/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=118](https://projet.chu-besancon.fr/pmb/PMB_Ecoles/opac_css/doc_num.php?explnum_id=118)
  31. Cohen L, Bernard R, Greco L, McClelland C. A child-focused intervention for coping with procedural pain: are parent and nurse coaches necessary? *J Pediatr Psychol* 2002;27(8):749–57.
  32. Cramer-Berness L, Friedman A. Behavioral interventions for infant immunizations. *Child Health Care* 2005;34(2):95–111.
  33. Taddio A, Appleton M, Bortolussi R et al. Reducing the pain of childhood vaccination : an evidence-based clinical practice guideline (summary) *CMAJ* 2010 ; 182 (18) : 1989-95 ; E843-55
  34. Anna Taddio, C. Meghan McMurtry, Vibhuti Shah, Rebecca Pillai Riddell et al. Reducing pain during vaccine injections: an evidence based clinical practice guideline, *CMAJ* Sep 2015, 187 (13) 975-982; DOI: 10.1503/cmaj.150391, disponible sur :  
<http://www.cmaj.ca/content/187/13/975>
  35. BOWLBY J. : « The nature of the child's tie to his mother », *International Journal of Psycho-Analysis*, 1958 ; 39 : 350-373.
  36. BOWLBY J. : *Attachment and loss: Attachment*, (1re et 2e édition respectivement), Basic Books, London, 1969/1982.
  37. BOWLBY J. : *A secure base. Clinical implications of attachment theory*, Routledge, London, 1988.
  38. AINSWORTH M., BLEHAR M., WATERS E., WALL S. : *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*, Erlbaum, Hillsdale, 1978.

39. SOARES I., SANTOS P., JONGENELEN I., HENRIQUES M., SILVA A., et al. : « Avaliação da vinculação e da regulação autonómica da frequência cardíaca na Situação Estranha », in ALMEIDA L., ARAÚJO S., et al. (Org.) : Avaliação Psicológica : Formas e Contextos, IV Vol. Braga : APPORT, 1996.
40. VAUGHN B., WATERS E. : « Attachment Behavior at home and in the laboratory : Q-sort observations and strange situation classifications of one-year-olds », *Child Development*, 1990 ; 61, 1965-1973.
41. Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern : Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95–124). Norwood, NJ : Ablexemple.
42. Elissa N.Rodkey, Rebecca Pillai Riddell, *The Journal of Pain, The Infancy of Infant Pain Research: The Experimental Origins of Infant Pain Denial, Volume 14, Issue 4, April 2013, Pages 338-350*
43. Kennedy A, Basket M, Sheedy K. Vaccine attitudes, concerns, and information sources reported by parents of young children : results from the 2009 Health Styles survey, *Pediatrics* 2011 ; 127 Suppl 1 : S92-9
44. GUIOL AYME A-C. Etat des connaissances et pratiques des médecins généralistes face à la douleur liée à la vaccination des nourrissons. Université de Picardie Jules Verne Faculté de médecine d'Amiens ; 2014.
45. DALVAI CHARLOTTE, Prise en charge de la douleur lors de la vaccination des nourrissons : enquête qualitative menée auprès de 13 médecins généralistes en Alsace. THESE 2018, Strasbourg
46. Annequin D. T'as pas de raison d'avoir mal ! Le combat d'un médecin contre la douleur de l'enfant. Paris : Éditions La Martinière 2002.
47. Taddio A, Chambers CT, Halperin SA, Ipp M, Lockett D et al, Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. *Clin Ther.* 2009;31 Suppl 2:S152-67. doi: 10.1016/j.clinthera.2009.07.022 URL :

[https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918\(09\)00261-6/pdf](https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918(09)00261-6/pdf)

48. Southall DP, Burr S, Smith RD, et al. The Child-Friendly Healthcare Initiative (CFHI): Healthcare provision in accordance with the UN Convention on the Rights of the Child. Child Advocacy International. Department of Child and Adolescent Health and Development of the World Health Organization (WHO). Royal College of Nursing (UK). Royal College of Paediatrics and Child Health (UK). United Nations Children's Fund (UNICEF). *Pediatrics*. 2000; 106: 1054-1064.
49. Weekly epidemiological record/Relevé épidémiologique hebdomadaire 25 SEPTEMBER 2015, 90th YEAR / 25 SEPTEMBRE 2015, 90e ANNÉE No. 39, 2015, 90, 505–516 disponible sur : <https://www.who.int/wer/2015/wer9039.pdf?ua=1>
50. Middleton DB, Zimmerman RK, Mitchell KB. Vaccine schedules and procedures, 2007. *J Fam Pract*. 2007; 56(Suppl VaCCLnes):S47-S60, C4-C8.
51. Schechter NL, Zempsky WT, Cohen LL, et al. Pain reduction during pediatric immunizations: Evidence-based review and recommendations. *Pediatrics*. 2007; 119:e1184-e1198.
52. Taddio, A., Ipp, M., Thivakaran, S., Jamal, A., Parikh, C., Smart, S., Katz, J. (2012) Survey of the prevalence of immunization non-compliance due to needle fears in children and adults. *Vaccine* 30(32): 4807–4812.
53. Hamilton JG. Needle phobia: A neglected diagnosis. *J Fam Pract* 1995; 41:169-175.
54. Willemsen, H., Chowdhury, U., & Briscall, L. (2002). Needle Phobia in Children: A Discussion of Aetiology and Treatment Options. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(4), 609–619. <https://doi.org/10.1177/1359104502007004012>
55. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Arlington, Va: American Psychiatric Association; 1994

56. Taddio A, Goldbach M, Ipp M, et al. Effect of neonatal circumcision on pain responses during vaccination in boys. *Lancet*. 1995;345:291-292.
57. Taddio A, Katzj, Ilersich AL, Koren G. Neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet*. 1997;349:599-603.
58. Cohen LL, Blount RL, Cohen Rj, et al. Children's expectations and memories of acute distress: Shortand long-term efficacy of pain management interventions. *J Pediatr Psychol*. 2001 ;26:367-374.
59. Anna Taddio, Rebecca Pillai Riddell, Moshe Ipp, Steven Moss et al. A Longitudinal Randomized Trial of the Effect of Consistent Pain Management for Infant Vaccinations on Future Vaccination Distress April 2017 *The journal of pain: official journal of the American Pain Society* 18(9) DOI: 10.1016/j.jpain.2017.04.002 disponible sur :  
[https://www.researchgate.net/publication/316483051\\_A\\_Longitudinal\\_Randomized\\_Trial\\_of\\_the\\_Effect\\_of\\_Consistent\\_Pain\\_Management\\_for\\_Infant\\_Vaccinations\\_on\\_Future\\_Vaccination\\_Distress](https://www.researchgate.net/publication/316483051_A_Longitudinal_Randomized_Trial_of_the_Effect_of_Consistent_Pain_Management_for_Infant_Vaccinations_on_Future_Vaccination_Distress)
60. Hemery A. Ce qui décide les parents à faire vacciner leur(s) fille(s) par le vaccin anti-papillomavirus. Entretiens sur les éléments déclencheurs, analyse des tenants et aboutissants, Thèse 2018, Angers
61. Taddio A, Manley j, Potash L, et al. Routine Immunization practices: Use of topical anesthetics and oral analgesics. *Pediatrics*. 2007;120:e637-e643.
62. WORLD HEALTH ORGANIZATION : « Vaccination and trust. How concerns arise and the role of communication in mitigating crises » 2017, [www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2017/vaccination-and-trust-2017](http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2017/vaccination-and-trust-2017)
63. Schechter NL. Treatment of acute and chronic pain in the outpatient setting. In: Finley GA, McGrath Pj, Chambers CT, eds. *Bringing Pain Relief to Children: Treatment Approaches*. Totowa, Nj: Humana Press; 2006:31-58.
64. Broome ME. The child in pain: A model for assessment and intervention. *Cnt Care Quarter*. 1985;8:47-55.



65. M. Lena, Résistance des équipes soignantes à la prise en charge de la douleur, Extrait des actes du colloque UNESCO 2001 « la douleur de l'enfant, quelles réponses ? », Paris 2001 Disponible sur : <http://pediadol.org/Resistance-des-equipes-soignantes.html>
66. Taddio A, Manley j, Potash L, et al. Routine Immunization practices : Use of topical anesthetics and oral analgesics. Pediatrics. 2007;120:e637-e643.
67. Lieu TA, Black SB, Ray GT, et al. The hidden costs of Infant vaccination. Vaccine. 2000;19:33-41
68. Anna Taddio, Rebecca Pillai Riddell, Moshe Ipp, Steven Moss et al. Relative effectiveness of additive pain interventions during vaccination in infants, December 2016, Canadian Medical Association Journal 189(6), DOI: 10.1503/cmaj.160542 disponible sur : [https://www.researchgate.net/publication/311632481\\_Relative\\_effectiveness\\_of\\_additive\\_pain\\_interventions\\_during\\_vaccination\\_in\\_infants](https://www.researchgate.net/publication/311632481_Relative_effectiveness_of_additive_pain_interventions_during_vaccination_in_infants)
69. Koh JL, Fanurik D, Stoner PD, et al. Efficacy of parental application of eutectic mixture of local anesthetics for Intravenous insertion. Pediatrics. 1999;103:e79.
70. Taddio A, Nulman I, Goldbach M, et al. Use of Lidocaine-prilocaine cream for vaccination pain in Infants. J Pediatr. 1994;124:643-648.
71. Petousis-Harris H. Vaccine injection technique and reactogenicity evidence for practice. Vaccine. 2008; 26:6299-6304.
72. I. Richard, J-P. Saint-André, A. Flexner « Comment nos médecins sont-ils formés ? », Les Belles Lettres 2012.
73. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-08/recommandation\\_vaccinale\\_extension\\_des\\_compentes\\_des\\_professionnels\\_de\\_sante\\_en\\_matiere\\_de\\_vaccin\\_2018-08-08\\_14-46-16\\_310.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-08/recommandation_vaccinale_extension_des_compentes_des_professionnels_de_sante_en_matiere_de_vaccin_2018-08-08_14-46-16_310.pdf)
74. M. Patte, C. Levy, S. Béchet, R. Cohen, Perception de l'hésitation vaccinale par les médecins impliqués dans la vaccination: l'enquête Infovac, octobre 2018 Disponible sur : [https://www.infovac.fr/index.php?option=com\\_docman&view=download](https://www.infovac.fr/index.php?option=com_docman&view=download)



[&alias=1496-article-enquete-  
infovac&category\\_slug=hesitation&Itemid=384](#)

75. SickKids staff : Acute pain: How to treat and manage in infants and toddlers

<https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=3635&language=English>

# LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

## I. Tableau de synthèse N° II

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Mères, Age	36	41	34	31	39	31	32	35	37	31	33
Milieu urbain/rural	R	R	R	U	R	R	U	R	U	R	U
Profession	Employé e banque	Mère au foyer	Instituti ce	Foraine	IADE	IDE militaire	Assistante dentiste	Recruteur RH	Vendeuse	Affréteur international	Acheteus e
Enfants, Age	22m 1m	15,8,6, 3 ans, 15mx2	3.5a 9m	4,5 a 19m	12, 6, 1a	4,5 a, 18m	7a, 3,5 a	6a, 2a	8a, 3,5a	5a, 3a	5a, 3a
Filles/Garçons	F G	F,F,F F,F,G	F G	F F	G, G G	G F	G G	F G	G F	G F	G G
Niveau angoisse mères de base	10	8	7	5	2	8 : G 2 : F	Maman : 7 Papa : 4	5	5	3-5	2
Niveau angoisse pdt vaccination	10	8, puis 12	10	5	2	10 : G 0 : F	idem	5, puis 10	5	3-5	5
Veulent vaccination dans les bras	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Niveau angoisse enfants de base	0	1-2 : G 8-9 : F	0	0	4	10 : G 0 : F	7 : mère 3-4 : papa	5	5 : F 7 : G	7-8 : G 1-2 : F	0
Disposition à déléguer	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui L'a fait	Non	Oui L'a fait	Non
Parlent dans l'entourage	Oui	Oui Mais peu	Oui Peu	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
Lien vaccin-mémoire traumatique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Annoncent la vaccination avant	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	BB : non Enf : Oui	Oui	Non	Non	Oui Peu	Non
Expérience plusieurs médecins	Oui, 2	Oui, 6	Oui, 2	Oui, 3	Oui, 2	Oui, 2	Oui, 2	Non	Oui, 2	Oui, 3	Oui, 3 2 pays
Expérience plusieurs méthodes vaccinales	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui
Type d'expérience Table VS Bras	Table Bras	Table Bras	Table Bras	Table Bras	Table Bras	Table Bras	Bras Bras	Table Table	Table Table	Table x2 Bras	Bras Bras
Utilisation de distraction	1 : NON 2 : Oui	1 : Non 2 : Oui	1 : Non 2 : Oui	1 : Non 2 : Non	1 : Non 2 : Oui	1 : Non 2 : Non	1 : Oui 2 : Oui	Oui	1 : Non 2 : Non	1 : doudou 2 : Non	1 : Oui 2 : Oui

Carte conceptuelle des résultats pour analyse



# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>11</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>14</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES.....</b>	<b>16</b>
<b>1. POPULATION.....</b>	<b>16</b>
1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	
1.2 Le recrutement des mères	
<b>2. GUIDE D'ENTRETIEN ET DONNEES.....</b>	<b>17</b>
2.1 L'étude	
2.2 Réalisation des entretiens	
2.3 Déroulement de l'entretien	
2.4 Critères de jugement	
<b>3. ANALYSE.....</b>	<b>19</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>20</b>
<b>1. POPULATION.....</b>	<b>20</b>
1.1 Caractéristiques de la population d'étude	
<b>2. DONNEES.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 CE QUE L'ON FAIT</b>	
2.1.1 Technique du geste.....	21
2.1.2 Vacciner sur la table.....	22
2.1.3 Vacciner dans les bras.....	23
2.1.4 L'immobilisation pendant la piqûre.....	24
2.1.5 Distraction concomitante.....	25
2.1.6 Vaccin = Traumatisme ?.....	27
2.1.7 Mémoire traumatique à long terme ?.....	27
<b>2.2 CE QU'ON EN DIT, OU COMMENT LES MERES PARLENT DE LA VACCINATION ?.....</b>	<b>29</b>
2.2.1 Le langage des mères.....	29
2.2.2 Parler à son bébé ou à son enfant.....	30
2.2.3 Parler à son médecin.....	31
2.2.4 Parler avec son entourage.....	32
2.2.5 Déléguer la vaccination.....	33
<b>2.3 CE QU'ON EN PENSE, VACCINATION IDEALE ET PROPOSITIONS ?.....</b>	<b>34</b>
2.3.1 Idéal de formation des étudiants en médecine à la technique vaccinale, à l'empathie et à une meilleure prise en charge non médicamenteuse de la douleur.....	34
2.3.2 Idéal de maîtrise du geste dans les bras avec distraction.....	35
2.3.3 Idéal d'écoute et personnalisation de la technique par rapport à la méthode standard.....	36
2.3.4 Idéal de vaccin non invasif.....	37
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>38</b>
<b>1.1 FORCES ET FAIBLESSES</b>	
<b>1. LES PRINCIPAUX RESULTATS</b>	
1.1.1 Des pratiques hétérogènes.....	39
1.1.2 Rôle de la douleur et sa représentation dans la triade mère-enfant-médecin.....	43
1.1.3 Rôle du soignant et le transfert de confiance parentale.....	46

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>52</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....</b>	<b>61</b>
Tableau de synthèse N°II	
Carte conceptuelle des résultats pour l'analyse.....	62
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>65</b>
I.    Présentation du projet	
II.   Consentement	
III.  Grille d'entretien	

# ANNEXES

## I. Présentation du projet

Madame,

Je m'appelle Nicolae CRISTALOV, je suis en 9ème année de médecine et spécialisé en médecine générale. Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude qui s'intéresse à mieux comprendre les attentes et le ressenti des mères concernant la prise en charge de la douleur pendant la vaccination de leur enfant.

L'objectif de ce travail est de permettre à mieux comprendre votre vécu et votre ressenti à propos de l'acte de vaccination en lui-même, mais surtout par rapport à la prise en charge de la douleur proposée par votre médecin traitant. Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre expérience sur l'ensemble de la prise en charge de votre enfant.

Je souhaiterais échanger avec vous sur cette question pendant environ trente minutes, dans le lieu de votre choix. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes cités...) seront ensuite rendu anonymes. Nous vous en adresserons une retranscription par courriel si vous le souhaitez. Nous vous inviterons à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée. (Voir le document joint)

La participation à ce travail ne change en rien votre prise en charge médicale. Elle n'entraîne aucune contrepartie financière de votre part.

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse me contacter : N° tel et adresse mail.

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez. En vous remerciant par avance pour votre aide,

Nicolae CRISTALOV

## II. Consentement



Département de médecine générale  
Faculté de médecine d'Angers



Titre de la thèse :

**Représentations des parents sur les moyens antalgiques non médicamenteux pendant la vaccination de leurs enfants ?**

Nom du thésard : Nicolae CRISTALOV

### DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants : - L'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio - Les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués - J'aurai la possibilité d'écouter cet enregistrement - A ma demande, cet enregistrement pourra être effacé.

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la formation et la recherche susmentionnée au sein de la Faculté de Médecine d'Angers.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :



### III. Grille d'entretien

Orateur : Bonjour Madame,

Je vous remercie d'avoir accepté de réaliser cet entretien. Je m'appelle Nicolae CRISTALOV, je suis chercheur en médecine générale. Je réalise en ce moment une thèse sur les représentations des parents concernant la vaccination de leurs enfants. Ce travail de recherche se concentre sur le ressenti et le vécu des mères sur l'ensemble de la prise en charge de cette pratique de médecine préventive. Le but de cet entretien est de mieux comprendre votre vécu et votre ressenti à propos de la façon de vacciner en elle-même, mais surtout par rapport à la prise en charge proposée par votre médecin de famille. Alors. On va commencer par le début. S'il vous plait.

Racontez-moi la dernière vaccination de votre enfant ?

L'avant dernière ?

Avez-vous fait vacciner votre enfant par un seul médecin ou par plusieurs ? Si oui : Pourquoi ?

Lors de la vaccination, votre enfant exprime sa douleur de manière bruyante ? Croyez-vous qu'il a mal ?

A-t-il plus pleuré étant bébé ou après 9 mois ?

Préparez-vous votre enfant à la vaccination ?

Lui expliquez-vous la procédure où cela ne sert à rien de l'angoisser avant ? Si oui : à partir de quel âge ? Quels mots vous utilisez ?

Lui donnez-vous des antidouleurs (paracétamol, emla) ou récompenses (bonbons) avant la consultation ?

Pendant la vaccination, votre médecin utilise-t-il des moyens de distraction afin que votre enfant ait moins mal ? (Jouets, écran, bonbons, vaccination dans vos bras)

Selon vous, est-ce nécessaire d'utiliser ces moyens ? Lesquels sont plus efficaces ?

A votre avis, votre médecin s'y prend-il bien ?

Quelle serait pour vous la manière idéale de vacciner les enfants ?

Vous vous y prendriez comment ?

Délégueriez-vous à un tiers cet acte ? Au papa, nounou, mamie ? Si oui : pourquoi ?

Dans votre entourage, quels sont les expériences de vos proches concernant la vaccination ?

Avez-vous des propositions ?

## Questions courtes et administratives

Orateur : Quel âge avez-vous ?

Maman :        ans.

Orateur : Quelle est votre profession ?

Maman :

Orateur : Vous habitez en milieu urbain ou rural ?

Maman :

Orateur : concernant votre enfant. Quel âge a-t-il ?

Maman :

Orateur : son sexe ?

Maman :

Orateur : Est-il enfant unique ?

Maman :

Orateur : Comment est-il gardé ? A la maison (si oui par qui ?), chez la nourrice, crèche ?

Maman :

Orateur : A-t-il été vacciné par le même médecin, ou par plusieurs ? Si oui : pourquoi ?

Orateur : Sur une échelle de 0 à 10 a combien estimez-vous votre état d'angoisse habituel par rapport à l'état de santé de votre enfant ?

0 vous n'êtes jamais angoissée, 5 ça vous arrive souvent d'être angoissé, 10 vous êtes toujours angoissée. A combien cotez-vous votre état d'angoisse concernant l'état de santé de votre enfant ?

Maman :

Orateur : Et pendant la vaccination ?

Maman :

Orateur : Concernant votre enfant : Pleure-t-il facilement d'habitude ? Sur une échelle de 0 à 10

0 étant : pleure que pendant des blessures

5 : pleure assez facilement, mais pas très longtemps

10 : Pleure au moindre incident et cherche à être rassuré longtemps.

Maman :

Orateur : L'entretien arrive à sa fin. Est-ce que vous avez quelques choses à rajouter ?

Maman :

Orateur : Je vous remercie pour votre temps et je vous souhaite une bonne journée.



## Comprendre les représentations des parents sur la vaccination de leurs enfants

### RÉSUMÉ

**Introduction :** Quoi de plus banal chez le médecin que la vaccination ? C'est obligatoire et il faut le faire. Mais comment le fait-on ? Quelles sont les représentations des mères sur les gestes et attitudes du médecin pendant la vaccination ? Y-a-t-il une méthode à suivre pour « bien » vacciner ?

**Matériels et Méthodes :** Etude qualitative de 11 entretiens semi-dirigés avec des mères d'enfants en âge vaccinal. L'analyse a été réalisée manuellement, par codage extrait du verbatim, catégorisation et création d'une carte conceptuelle d'analyse des résultats.

**Résultats :** Trois grands thèmes ont été identifiés : 1. Ce que l'on fait, avec l'analyse de la technicité du geste vaccinal, la distraction et la prise en charge de la douleur. 2. Ce qu'on en dit, avec l'identification de la structure de la communication et le langage utilisé par les mères autour de la vaccination. 3. Ce qu'on en pense, avec la structuration d'un idéal de vaccination désiré et imaginé par les mères.

**Discussion :** Les résultats ont été confrontés aux études effectuées à travers le monde avec l'analyse de l'intervention du médecin dans la dyade mère-enfant. Les pratiques se sont révélées très hétérogènes, chaque médecin pratiquant un mode de vaccination bien particulier. Les directions de recherche dans ce domaine reflètent l'esprit philosophique local du pays où ces études sont menées.

**Conclusion :** On ne peut pas affirmer de manière certaine la supériorité d'une technique vaccinale sur une autre. Cependant, il nous semble meilleur de préparer en amont les parents, en scénarisant les étapes de vaccination. Ainsi le parent devient un partenaire actif en valorisant son rôle de figure d'attachement sans lui imposer l'autorité d'expert du médecin. Si la douleur vaccinale ne peut être éliminée, par notre attitude, en étant adéquatement formés, nous sommes capables d'en améliorer significativement le vécu émotionnel.

**Mots-clés :** Vaccination, dyade mère-enfant, douleur vaccinale, représentations parentales, antalgie non médicamenteuse.

## Understanding parent's beliefs about behavioral analgesia during childhood immunisation

### ABSTRACT

**Introduction :** What is more commonplace with the doctor than vaccination ? It's mandatory and you must do it. But how do we do it? What are the mothers' representations of the doctor's gestures and attitudes during the vaccination? Is there a way to practice a "right" immunization?

**Materials and Methods :** Qualitative study of 11 semi-directed interviews with mothers of children of vaccination age. The analysis was carried out manually, by coding extracted from the verbatim, categorization and creation of a concept map of analysis of the results.

**Results :** Three main themes have been identified : 1. What we do, with the analysis of the technicality of the vaccination gesture, the distraction and pain management. 2. What is said about it, with the identification of the structure of the communication and the language used by the mothers around the vaccination. 3. What we think about it, with the structuring of a desired vaccination ideal and imagined by the mothers.

**Discussion :** The results were compared to studies carried out around the world, with the analysis of the intervention of the doctor in the mother-child dyad. The practices proved to be very heterogeneous, each doctor practicing a particular mode of vaccination. The research directions in this area reflect the local philosophical spirit of the country where these studies are conducted.

**Conclusion :** We cannot certainly affirm the superiority of one vaccine technique over another. However, it seems better to prepare parents upstream, by scripting the vaccination steps. Thus, the parent becomes an active partner by valuing his role of attachment figure, without imposing on him the expert authority of the doctor. If the injection pain cannot be eliminated, by our attitude, by being properly trained, we are able to significantly improve the emotional experience.

**Keywords:** immunisation, vaccination, behavioral analgesia, pain management, mother's beliefs.