



# PLAN

## LISTE DES ABREVIATIONS

## INTRODUCTION

## MÉTHODES

- 1 PRINCIPE
- 2 DEROULEMENT DU FOCUS GROUP
- 3 NOTRE *FOCUS GROUP*
- 3.1 Le guide d'entretien
- 3.2 Les acteurs
- 3.3 Le déroulement des séances

## RÉSULTATS

- 1 DE L'ACCUEIL DU SYMPTOME A L'EXAMEN CLINIQUE
- 2 LA POSTURE BIOMEDICALE DU MEDECIN
- 3 LE MEDECIN FACE A LUI-MEME
- 4 DE QUOI ÇA PARLE DU COTE DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE
- 5 LE MEDECIN A L'ECOUTE DE L'ENFANT ET DE SES PARENTS
- 6 LA MALTRAITANCE

## DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1 DISCUSSION DE LA METHODE
- 1.1 Intérêts
- 1.2 Limites
- 2 DISCUSSION DES RESULTATS
- 1.3 Etre médecin généraliste et psychologue d'enfant
- 1.4 L'appel à la mère et la question de la parentalité
- 1.5 La confiance accordée à la parole de l'enfant

## BIBLIOGRAPHIE

## TABLE DES MATIERES

## ANNEXES

- 1 GUIDE D'ENTRETIEN DES FOCUS GROUPS
- 2 MAIL ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES MSU
- 3 MAIL ENVOYE AUX MEDECINS PARTICIPANTS AUX FOCUS GROUPS

## **INTRODUCTION**

Les douleurs abdominales récurrentes de l'enfant sont fréquentes et touchent selon les études environ 11 à 45 % des enfants d'âge scolaire (1). Elles ont été définies par Appley en 1958 comme au moins 3 épisodes de crises douloureuses abdominales au cours des 3 derniers mois d'intensité suffisante pour perturber les activités quotidiennes de l'enfant (2).

Ce motif de consultation représente 2 à 4 % des consultations en médecine générale au Royaume-Uni mais n'a jamais été évalué en France (1).

L'interrogatoire et l'examen clinique minutieux associés à la réalisation éventuelle d'examens complémentaires permettent d'éliminer une cause organique dans plus de 90% des cas (2) et aucun traitement pharmacologique n'a montré de réelle efficacité dans cette pathologie (3).

La définition même de la douleur fait souvent appel à une part physiologique et une part psychologique toutes deux étant étroitement liées. Il est finalement essentiel de prendre en charge la douleur dans sa globalité.

Chez l'enfant, s'ajoute à cette définition des particularités liées aux différents âges. D'après une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques) les plus jeunes enfants sont considérés comme plus vulnérables du fait de l'incapacité à exprimer verbalement leur crainte et leur ressenti. Au contraire, les pré-adolescents se caractérisent plutôt par une ambivalence entre pudeur de l'expression des phénomènes douloureux et complexité des phénomènes anxieux (4). Ce constat laisse penser que chaque enfant et sa famille ont probablement un vécu différent de ces douleurs et que l'expression de la plainte peut être en lien avec de multiples facteurs. Différentes études ont d'ailleurs montré l'influence de l'environnement de l'enfant sur l'existence de ces douleurs abdominales. Un contexte familial conflictuel, une scolarité difficile, une expérience parentale

compliquée des douleurs abdominales sont autant de facteurs souvent retrouvés chez les enfants souffrant de cette pathologie (5).

Le contraste entre l'apparente bénignité des symptômes et la répétition de la plainte peut entraîner des sentiments d'impuissance ou de frustration chez l'enfant et ses parents, mais aussi chez le médecin (6). La difficulté pour lui est-elle dans la compréhension de cette plainte douloureuse ? Est-ce la répétition même de la plainte qui pose problème ? Comment donner du sens à ces consultations récurrentes ?

L'objectif principal de ce travail est de repérer les représentations, les ressentis et l'attente des médecins généralistes dans le suivi des douleurs abdominales récurrentes de l'enfant d'âge scolaire.

# MÉTHODES

## 1 Principe

La méthode utilisée pour ce travail est une méthode de recherche qualitative appelée *Focus groups*.

Il s'agit d'une méthode d'entretiens de groupe semi-structurés permettant le recueil de perceptions, attitudes, croyances, craintes et ne cherchant en aucun cas à faire émerger un consensus.

Le but est de stimuler par une discussion ouverte l'expression des points de vue de chacun des participants en fonction de leur personnalité et de leur vécu.

## 2 Déroulement du focus group

Le nombre de participants est habituellement de 6 à 8 personnes.

La sélection des participants ne répond pas à des critères de représentativité car le projet est de faire émerger différents points de vue jusqu'à saturation des données sans établir une vérité scientifique.

Le thème général du *Focus group* est annoncé au préalable aux participants mais la question précise n'est dévoilée qu'en début de séance afin de laisser place à la spontanéité des débats.

Un modérateur expérimenté extérieur au travail de recherche anime les débats et répartit le temps de parole entre les participants. Son rôle est de stimuler l'émergence d'idées différentes via la dynamique de groupe tout en évitant au débat de s'écarter du sujet.

Un observateur est également présent et s'occupe de l'enregistrement audio et/ou vidéo ainsi que de l'observation éventuelle des aspects non verbaux des débats.

Le *Focus group* se déroule idéalement dans un lieu neutre et convivial propice à la discussion. Chaque participant est invité à signer en début de séance un document autorisant l'exploitation des enregistrements à des fins de recherche uniquement. Les règles à respecter durant le débat leur sont expliquées ainsi que le projet de recherche.

### **3 Notre *Focus group***

Il a été réalisé deux *Focus groups* espacés de deux semaines d'intervalle.

#### **3.1 Le guide d'entretien**

Un guide d'entretien a été élaboré afin de structurer les débats et d'aborder les différentes thématiques souhaitées par le chercheur (Annexe 1). Celui-ci a été établi après analyse de différents travaux de recherche présents dans notre bibliographie. Ce guide comportait plusieurs thématiques avec des sous-thèmes plus précis qui nous paraissaient pertinents pour ce travail.

Le guide d'entretien a été retravaillé entre les deux séances afin de permettre au modérateur d'orienter la discussion vers les thèmes peu ou pas abordés, ou bien de faire préciser des points de vue exprimés lors de la séance précédente.

#### **3.2 Les acteurs**

## ➤ Les participants

Un e-mail a été envoyé à tous les Maîtres de Stage Universitaires (MSU) listés à la Faculté de Médecine d'Angers en février 2014 par le biais de la scolarité (Annexe 2).

Devant le faible nombre de réponses, les médecins ont ensuite été recontactés par téléphone soit directement soit par l'intermédiaire de leur secrétariat.

Les médecins ont été inclus dans le projet au fur et à mesure des réponses positives pour atteindre un total de 8 médecins généralistes volontaires.

Ceux-ci ont ensuite été informés par mail environ 3 semaines avant la réalisation des *Focus groups* du but de l'étude et des modalités pratiques (Annexe 3).

Deux des médecins volontaires ne pouvaient être présents que pour un seul des *Focus groups*.

Un des médecins n'a finalement pas pu participer au 2<sup>ème</sup> *Focus group*.

Finalement, il y avait donc 8 médecins présents au 1<sup>er</sup> *Focus group* et 7 médecins au 2<sup>ème</sup>.

Six médecins étaient présents lors des deux dates.

## ➤ Le modérateur

Madame le Docteur Cécile Masson-Bellanger, médecin généraliste et enseignante au Département de Médecine Générale de la Faculté de médecine d'Angers a joué le rôle de modérateur lors des 2 *Focus groups*.

## ➤ L'observateur

J'ai occupé la fonction d'observateur durant les 2 *Focus groups*.

### 3.3 Le déroulement des séances

Les *Focus groups* ont eu lieu dans une salle de réunion de la Faculté de Médecine d'Angers les vendredi 11 et 25 avril 2014 de 13h à 14h30.

Les participants ont été accueillis par le Docteur Cécile Masson-Bellanger et moi-même.

La salle où se sont déroulées les séances a été équipée avec une caméra et 2 micros d'enregistrements afin de visionner les débats et d'en exploiter les résultats. Le matériel a été prêté et mis en place par un membre du département informatique de la Faculté de Médecine d'Angers.

Des boissons chaudes et des gâteaux ont été mis à la disposition des participants.

Les tables ont été positionnées en rectangle afin que chacun puisse se voir. Chaque médecin était invité à s'installer à la place de son choix.

J'ai d'abord pris la parole afin d'expliquer le sujet et le but de mon travail de recherche ainsi que pour remercier chacun d'avoir bien voulu participer. Je me suis ensuite placée en retrait des discussions dans le rôle d'observateur.

Le modérateur a ensuite expliqué les principes de la méthode du *Focus group* ainsi que le respect de l'anonymat et la confidentialité des propos recueillis.

Un tour de table a été réalisé afin de permettre à chacun de se présenter puis la discussion a commencé.

Le modérateur a entamé par la première question du guide d'entretien puis les participants ont pris la parole chacun leur tour s'ils le souhaitaient. Le modérateur a pu faire préciser certains points de la discussion et passait à la question suivante après s'être assuré que personne ne souhaitait ajouter quelque chose.

Le deuxième *Focus group* s'est déroulé selon les mêmes modalités.

# RÉSULTATS

## 1 De l'accueil du symptôme à l'examen clinique

Devant des douleurs abdominales récurrentes chez l'enfant, les médecins éliminent assez rapidement une cause organique « a priori c'est pas organique », « moi mon idée dans ma pratique c'est que les douleurs répétées de l'enfant ça témoigne plus de quelque chose qui n'est pas organique du tout ». De ce fait, ce motif de consultation ne génère pas d'inquiétude « moi a priori, je suis pas inquiet ».

Cependant, ils font dans le même temps du lien entre les douleurs exprimées par l'enfant et une raison extérieure à son organisme « c'est plutôt le symptôme d'un dysfonctionnement qui n'est pas dans son corps quoi ... c'est un symptôme d'autre chose ».

L'examen clinique est une partie importante de la consultation « notre premier rôle c'est quand même de vérifier les choses, donc d'examiner ».

La majorité des médecins a pour habitude de systématiquement examiner l'enfant même après plusieurs consultations pour le même motif « tu l'examines quand même [...] tu touches quand même le ventre », avec le besoin ressenti de toucher « oui je vais mettre la main sur le ventre ». C'est également une façon de montrer au parent que la plainte physique est prise en compte « c'est quand même aussi montrer que je pars pas forcément : a priori c'est dans la tête ».

L'examen clinique vient valider l'attitude médicale ultérieure auprès du parent « même si j'en attends pas forcément grand chose mais si j'examine pas je pense que j'ai pas tout à fait fait mon boulot », et de commencer à amener l'idée qu'ils ne sont pas inquiets « bah voilà, notre

rôle de soignant c'est aussi de faire des diagnostics donc ... si je dis que je suis pas inquiet et que je l'ai pas examiné, je suis pas forcément très crédible », « Moi aussi je suis comme toi, j'examine toujours les patients, complètement, pour rassurer déjà. Après, je dis souvent que je ne suis pas inquiète, je prends position. ». Un médecin exprime l'idée que l'examen physique, le contact avec l'enfant, peut être un geste qui soulage « l'examen médical c'est un acte médical qui en soit est thérapeutique, à mon avis. ».

Pour d'autres c'est aussi l'occasion de déceler des causes bénignes telles que la constipation «ça permet aussi de voir souvent des cordes coliques et on peut éliminer une constipation quand même » qui apparaît comme une des causes fréquemment retrouvées « j'suis quand même frappée et ça me met en difficulté, le nombre de fois où il y a un lien entre ces douleurs abdominales et constipation »

L'examen est également pour beaucoup des participants un moment privilégié auprès de l'enfant « On est vraiment à part, on est vraiment séparé de la maman, donc on peut vraiment parler avec l'enfant, moi je trouve que c'est une manière aussi de parler avec l'enfant, d'être en contact avec lui, d'avoir un lien » qui permet de lui redonner sa place au cœur de la consultation et de faciliter les échanges entre le médecin et l'enfant « moi ça me permet l'examen clinique d'avoir un lien avec l'enfant, de le reprendre au centre », « Moi je trouve que ça me met en lien quand j'examine, je me sens plus proche ».

Un des participants tempère en expliquant que l'examen n'est pas forcément répété à chaque consultation et que c'est une façon de consacrer du temps à d'autres moyens diagnostiques « je l'examine pas complètement à chaque fois et quand c'est vraiment récurrent ... une fois que je l'ai vraiment examiné complètement une fois ou deux, bon ... », « je le réexamine pas complètement à chaque fois parce que ça me donne du temps en fait pour faire autre chose ».

Ne pas répéter l'examen clinique peut également permettre au médecin de signifier à l'enfant et sa famille que la cause organique a été écartée « je dis « bah non je le réexamine pas parce

qu'on a déjà fait une démarche diagnostique, y'a pas de maladie du ventre, du corps, et donc on va essayer de chercher une autre raison » », « Donc c'est là qu'effectivement je vais pas forcément réexaminer l'enfant, pas forcément repartir sur la physiologie tout ça mais je vais dire stop il faut qu'on passe à autre chose. »

La discussion avec l'enfant et son ou ses parents est également une part essentielle de la consultation « y'a une grosse partie de discussion, vraiment une grosse partie de discussion ». D'abord pour faire préciser les signes cliniques « Je l'écoute toujours, j'essaie de lui faire dire déjà, quand est-ce qu'il a mal, est-ce qu'on a commencé à voir un peu s'il y a des facteurs déclenchants » ainsi que pour rassurer l'enfant et les parents sur l'absence de cause organique « mais quand on sent bien qu'il y a [...] pas forcément beaucoup de physique là-dessous, je commence par dire que je ne suis pas inquiète », « à partir du moment où on va expliquer clairement que pour nous c'est pas organique, que c'est pas grave, qu'il y a pas de maladie, déjà ça c'est un effet thérapeutique majeur ».

Bien qu'une cause organique soit rapidement éliminée dans l'esprit des participants, tous soulignent l'importance de prendre en compte et d'être à l'écoute du symptôme douloureux : « C'est-à-dire de pas non plus éliminer le côté douleur, le côté organique », « mais j'me dis faut pas qu'on l'élimine trop vite non plus par rapport à la demande des parents [...] la douleur, le symptôme quoi », « prendre en charge en disant bien que la douleur elle est bien là, ça existe ».

Si le corps n'est pas en cause au sens propre du terme, la douleur physique ressentie par l'enfant est quant à elle authentique pour les médecins « moi ce que je trouve compliqué à faire passer c'est comment euh le corps peut faire mal et dire des choses mais ça peut faire mal quoi ».

Ils peuvent être amenés à devoir donner du sens à la consultation car l'absence de diagnostic peut être compliquée à entendre pour les parents « parfois ils disent on a l'impression que c'est rien, je leur dis bah non s'il dit qu'il a mal, il a mal, reconnaissance aussi de la douleur en fait ».

Il semble qu'après avoir pu expliquer l'absence de cause organique et avoir tenté de rassurer les parents et l'enfant quant à la bénignité des symptômes certains médecins arrivent eux-mêmes à la conclusion simple de l'absence de trouble « y'a aussi des enfants qui ont rien et qui ont mal au ventre », « moi j'ai une autre impression, les enfants que j'ai suivis longtemps pour des problèmes de douleurs de ventre ... et bah ils avaient rien ». Cela les amène même parfois à se sentir en situation d'impuissance ou d'échec « je trouve difficile dans notre travail [...] éliminer ce qui est grave, s'embarquer dans plein de trucs et puis au bout du compte ah bah finalement il a rien ».

D'autres tentent de rassurer en étant convaincus de l'évolution favorable spontanée des douleurs « prendre en charge en disant bien que la douleur elle est bien là, ça existe, on a éliminé tout ce qui était grave, peut-être qu'il y a des choses qui vont passer, temporiser aussi et pas faire une escalade dans l'angoisse de la maman ... Mais bon, honnêtement moi le diagnostic souvent c'est : rien. Rien de verbalisé en tout cas. », « si on a confiance en notre médecin, qu'il s'est pas trompé, et qu'il y a pas de maladie derrière et qu'on a le droit d'avoir mal au ventre sans que ce soit effectivement quelque chose et bah à ce moment-là ça va se passer »

Ils essaient d'amener les parents et l'enfant à mettre la douleur en lien avec l'expression de quelque chose de douloureux autre que son corps « dédramatiser et essayer de faire du sens à ce symptôme », « je dis toujours aux parents, y'a une souffrance y'a quelque chose », « votre enfant il exprime quelque chose, à sa manière, face à une situation donnée », « C'est

toute la difficulté des douleurs d'origine psycho-somatique. On a vraiment mal dans le corps, il a vraiment mal dans le corps c't'enfant et la cause est pas dans le ventre quoi ».

## **2 La posture biomédicale du médecin**

Deux médecins ne prescrivent pas d'examens complémentaires ou de traitement à l'issue de la première consultation « Moi c'est pas rare du tout qu'après une première consultation ils repartent sans rien, du tout. Ni ordonnance, ni rien ... » « Non c'est jamais sur la première, les examens complémentaires et tout c'est jamais sur la première ». Un des médecins précise même que dans le cadre de douleurs fonctionnelles il préfère « éviter d'aller dans des examens [qu'il] juge inutiles voire agressifs ».

La majorité des médecins s'accordent pour dire que la prescription éventuelle d'examens complémentaires intervient en fonction de la demande parentale dans un but de réassurance : « Ca m'arrive de temps en temps de faire un abdomen sans préparation pour tranquilliser tout le monde. », « Ca m'arrive exceptionnellement de faire une échographie quand il y a une inquiétude parentale majeure ».

Un des participants précise également que dans ce type de plainte, ils n'ont pas de doute quant à la normalité des examens complémentaires éventuellement prescrits « quand je vais le revoir une deuxième fois je vais assez facilement demander quand même une num', [...] j'en attends quand même vraiment rien du tout j'crois qu'il faut être clair ... Mais du côté du parent, pour renforcer l'idée : bon l'examen est normal, vous voyez vraiment y'a aucune conséquence non plus ».

La prescription d'un examen complémentaire est parfois envisagée comme le seul moyen permettant d'aborder des causes non organiques avec le patient « j'ai demandé une num/CRP

mais vraiment moi dans l'idée de me dire comme ça on va pouvoir passer à autre chose » sans pour autant qu'elle permette évidemment de clore le problème « malgré qu'on ait fait des examens complémentaires, le symptôme perdure et l'inquiétude perdure ».

Un des médecins questionne le raisonnement médical à l'issue duquel le médecin décide de prescrire ou non des examens « quelle démarche intellectuelle on fait pour éviter éventuellement de faire des examens complémentaires pour dire que c'est pas grave », et évoque la possibilité d'avoir un arbre décisionnel « y'a bien une sémiologie gériatrique entre guillemets mais est-ce que justement y'a pas une sémiologie pédiatrique qui pourrait dans le chapitre douleurs abdominales nous dire bah voilà, comme un arbre décisionnel ». Il se sent manquer de repères sur les critères diagnostiques dans ce genre de plainte « A quel moment on déclenche des examens, quand est-ce qu'on les déclenche, est-ce qu'on les fait, est-ce qu'on a des moyens sémiologiques ? ».

Dans ce thème de consultations que sont les douleurs abdominales fonctionnelles récurrentes, plusieurs médecins parlent de diagnostics plus précis. Par exemple, la constipation semble souvent se trouver derrière ce type de plaintes « le nombre de fois où il y a un lien entre ces douleurs abdominales et constipation ».

Pour d'autres il s'agit d'un mécanisme douloureux lié à l'immaturation du système digestif de l'enfant « Donc je sais pas y'a p'têtre une histoire de maturation aussi digestive à certains moments ou je sais pas ... ».

Un autre médecin évoque le diagnostic de migraines abdominales « J'ai adressé au centre de la douleur chronique [...] elle a parlé de migraines abdominales voilà, alors je connaissais pas ».

D'autres médecins expliquent également que pour eux le diagnostic que l'on peut poser sur ce type de douleurs permet surtout de mettre des mots sur ce que l'on explique mal « C'est un

symptôme la constipation. Y'a des enfants qui sont constipés qui ont pas mal au ventre ... On fait un lien, on dit que c'est la constipation, peut-être que ça nous arrange ? [...] Mais bon le problème n'est pas résolu, une fois qu'il sera plus constipé il aura peut-être toujours mal au ventre ! ». L'idée sous-jacente est probablement de soulager le médecin et les parents de leur incapacité à expliquer les douleurs de l'enfant « Très clairement. Après moi j'pense que migraines abdominales je pense que c'est des étiquettes ».

Pour ce type de plainte difficilement objectivable et mesurable, plusieurs médecins font référence à leur instinct de praticien « en médecine y'a d'autres choses, y'a beaucoup de choses comme ça, où tu commences à sentir [...] cette douleur abdo là c'est bizarre [...] tu saurais pas dire pourquoi », « C'est pas tellement mesurable c'est du ressenti », comme une des qualités requises pour mieux comprendre le patient « Ca s'appelle le good feeling, ça a été étudié », avec l'idée que cet instinct est plus présent avec l'ancienneté : « C'est l'expérience oui. »

Plusieurs médecins proposent aux parents et à l'enfant de noter les crises douloureuses sur un calendrier « Moi j'essaie d'avoir un calendrier pour voir un petit peu », « je leur demande simplement de prendre un calendrier des PTT et puis de mettre un soleil ou un machin » afin de situer les facteurs favorisants et les horaires de survenue « je trouve que le calendrier est intéressant. De savoir quand est-ce que ça survient le mal de ventre ». Un des médecins y voit aussi le moyen de faire un parallèle avec l'émission des selles « moi j'aime bien les calendriers, pour marquer aussi quand ils vont faire caca ».

En ce qui concerne le traitement, plusieurs médecins ont évoqué des médicaments antalgiques simples « si il a vraiment très mal un peu de Doliprane », « on va mettre un peu de Debridat

pendant quelques jours, on verra ce que ça donne et puis on en rediscute » avec aussi le moyen de ré-induire une consultation en cas d'échec du traitement, consultation qui pourra alors être tournée vers l'environnement de l'enfant. Parfois on ressent l'idée de la prescription automatique comme réponse à une plainte « Le Spasfon Lyoc c'est un peu le général pour ce genre de truc ». Il a été question également des traitements plutôt orientés sur le versant psychique « elle a prescrit un traitement chronique sur 6 mois, quelques gouttes de Laroxyl, et ça a extrêmement bien fonctionné. ». Un médecin explique que « C'est peut-être plus facile de partir avec un diagnostic de migraines abdominales auquel tu peux pas grand-chose que de partir avec un diagnostic de dépression avec un symptôme douloureux abdominal avec du Laroxyl, ça a pas le même sens », comme si le fait de mettre un diagnostic médical sur les douleurs évitait en fait au médecin ou au patient d'aborder la question sur un angle plus psychosomatique. L'attribution de la guérison des douleurs abdominales par le traitement dans ce cas précis est remise en cause par un des médecins « Alors est-ce que le Laroxyl est efficace sur les migraines ou est-ce que le Laroxyl est efficace sur autre chose. » avec l'idée que l'on soigne les douleurs abdominales en soignant la souffrance psychologique. Finalement un autre intervenant conclut « On s'en fou pourvu qu'il soit efficace ! » ce qui peut montrer un certain empressement à vouloir à tout prix faire disparaître la douleur de l'enfant. Cette approche amène d'ailleurs parfois le symptôme à se répéter ou à migrer « on va peut-être supprimer un symptôme qui va réapparaître ailleurs ».

Un médecin propose aux parents des moyens thérapeutiques non médicamenteux « proposer que l'enfant s'allonge, de mettre une bouillote, masser un peu le ventre enfin quelque chose qui soit un petit peu de l'ordre de la décontraction » avec l'idée que l'enfant peut chercher simplement cette réponse réconfortante à travers ses douleurs « je dis quand il a mal, vous pouvez aussi l'allonger, lui masser un petit peu le ventre enfin [...] y'a une demande quand même qu'on s'occupe de l'enfant quoi ».

La majorité des médecins propose facilement d'autres consultations pour reparler du problème. Cela peut être parce qu'ils ont perçu la possibilité d'échanger et d'amener l'enfant à s'exprimer « quand ça accroche et que je me dis on a besoin de discuter et ça a l'air de partir, je propose qu'on se revoit ». C'est aussi le moyen d'ouvrir la porte au parent pour qu'il puisse venir s'exprimer également « je dis bah j'aimerais bien qu'on se revoit pour en discuter alors des fois c'est aux parents, des fois c'est à l'enfant. Soit je demande éventuellement si l'enfant a envie de revenir ».

L'orientation vers une consultation spécialisée a été évoquée par l'ensemble des médecins mais semble en réalité peu fréquente « Exceptionnellement », « Très très rarement ». Le recours possible vers le pédiatre, le gastro-pédiatre ou le centre anti-douleur « Moi j'ai du adresser 2 fois au gastro-pédiatre mais plus dans des contextes de diarrhée chronique avec des douleurs abdos chroniques ... Et puis ça revenait toujours normal, ce que j'avais dit exactement donc euh je fais plus ».

La consultation spécialisée est en fait surtout demandée par les parents de l'enfant et vient le plus souvent légitimer le diagnostic fait par le médecin généraliste « Oui ça avançait à rien et puis le compte-rendu c'était exactement ce que j'avais dit mais bon c'était le spécialiste donc ... ça résout pas le problème ». Il existe ici encore l'idée qu'il est parfois nécessaire d'avoir ce recours pour permettre à la discussion d'évoluer et de sortir du champ purement organique « Si y'a une demande forte moi je vais pas m'opposer à une demande hein parce que je peux moi ne pas être inquiet mais c'est pas pour ça que ça va rassurer le parent donc effectivement peut-être que l'avis du spécialiste quel qu'il soit s'il conforte notre avis bah ça va permettre de rassurer le parent et peut-être permettre de faire avancer le schmilblick. » Un médecin affirme sa compétence à prendre en charge ce type de problème autant que le spécialiste « faut peut-

être pas, toujours faire confiance aux spécialistes parce qu'ils sont pas forcément mieux armés que nous. C'est pas parce que t'as travaillé des années sur un sujet que tu sais mieux t'en débrouiller ».

Le relais vers un psychiatre ou un psychologue a été évoqué par plusieurs médecins mais semble réservé aux cas où la souffrance psychologique est au premier plan « C'est-à-dire que là faut déjà qu'on soit ... qu'on ait fait un diagnostic vraiment de souffrance psychologique et qu'il y ait un accord de la maman sur le fait que le symptôme soit vraiment psychologique et que ce serait bien que ça se parle vraiment ailleurs » ou si les symptômes s'aggravent et gênent l'enfant dans son quotidien « Moi j'ai quelques souvenirs d'enfants, bon voilà on passe à autre chose on a causé mais voilà y'a d'autres symptômes qui sont venus, des symptômes qui peuvent devenir envahissants et puis y'a eu un passage de main vers le psychiatre ». Un des médecins précise qu'il faut d'abord avoir convaincu les parents qu'il ne s'agit pas d'une maladie organique « Psy oui éventuellement, ça peut m'arriver quand vraiment pour moi c'est ça et qu'on est un peu d'accords finalement on peut proposer d'aller voir quelqu'un d'autre ». Un autre médecin place clairement sa pratique dans le domaine de l'organique « si je vois un symptôme qui se répète qui se répète et que j'ai fait mon boulot de somaticien ou de clinicien et d'écarter une chose organique et que ça n'avance pas [...] à ce moment-là je m'aide des autres [...] qui ont un regard différent »

Plusieurs médecins expliquent leur difficulté à avoir recours aux psychologues pour des raisons géographiques ou financières « Donc dans mon village c'est pas évident de proposer des consultations chez le psychologue parce que c'est loin, enfin y'en a pas trop loin mais, c'est pas remboursé, donc c'est compliqué » ce à quoi un autre médecin évoque l'idée du suivi « dans les CMP » ou « Y'a des psychologues dans les maisons des solidarités qui peuvent voir les enfants et les adultes et qui sont pas payants ».

Pour beaucoup de médecins, il peut être important dans le cadre de consultations répétées de partager son ressenti avec des confrères « Nous on partage, dans le même cabinet ». La notion de solitude et d'isolement du médecin généraliste est soulevée par un médecin « il faut éviter de rester tout seul ».

Paradoxalement un des médecins a l'impression que la parole est plus facilement libérée lorsque ce n'est pas le médecin habituel qui consulte « bien souvent les gens parlent quand c'est pas réellement le médecin traitant mais l'associé ou le remplaçant ou l'interne ».

Un des médecins explique qu'il lui arrive d'avoir recours à l'institutrice pour connaître d'éventuels éléments de la vie de l'enfant qui lui échapperaient « Ca m'arrive de discuter avec les enseignants en disant « comment ça se passe à l'école, qu'est-ce que vous en pensez ? parce que cet enfant là je le vois souvent et ça m'intrigue ». Il peut également profiter de sa proximité avec les professionnels du secteur pour obtenir des informations « J'exerce dans un village donc je connais les gens, je connais le réseau social donc éventuellement je vais discuter avec l'enseignant, j'appelle l'enseignant, éventuellement je discute avec les services sociaux ». Cette notion soulève le problème de la préservation du secret médical pour un des médecins « Moi je pense que je le ferais pas sans le dire aux parents ».

### **3 Le médecin face à lui-même**

Une des difficultés exprimées par les médecins est que le doute peut s'installer quant à l'existence d'une cause organique avec la crainte de méconnaître une pathologie potentiellement grave : « la difficulté effectivement entre est-ce que c'est de l'organique pas de l'organique bon c'est finalement notre quotidien ». Pour certains médecins, le doute s'installe parfois à cause de l'angoisse parentale « il reste quand même une espèce d'angoisse

de la mère enfin ou des parents hein en disant « mais vous êtes sûre quand même c'est pas normal qu'il ait tout le temps mal ». Un des médecins parle de transfert de l'angoisse parentale sur le médecin « finalement on a l'impression que pour nous aussi en même temps le doute s'immisce [...] est-ce que c'est pas une certaine forme de transmission finalement de l'angoisse de la mère qui se reporte sur nous. »

Des médecins expriment des difficultés à identifier et à faire avec la demande parentale « L'idée c'est pas de sortir du cabinet en disant bon maintenant tu te tais le docteur a dit que t'avais rien, terminé quoi. Alors que je pense que c'est quelque fois un peu la demande. ».

Ils peuvent aussi reprocher aux parents leur incapacité à identifier l'origine réelle de la souffrance de leur enfant « elles reportent sur nous en fait, bah une solution qu'elles n'ont pas su trouver et qu'elles n'ont peut-être pas forcément cherché à trouver ... Et que donc c'est tellement plus facile ». « Ce que je dis souvent aux parents c'est qu'en fait ils viennent chercher une solution chez nous mais qu'on l'a pas forcément. Et que cette solution elle est peut-être chez eux et pas forcément chez nous ».

La répétition des consultations peut être une richesse dans la compréhension des douleurs de l'enfant « Enfin moi j'ai jamais eu une consultation où à la fin de ma consultation j'étais sûre de moi voilà ... C'est plutôt au fur et à mesure des consultations où il y a des choses qui m'interpellent qui me questionnent ».

La répétition des consultations semble même être parfois la solution au problème : « Ca nous casse les pieds pendant un certain temps [...] quelques mois et puis on s'en sort », « Heureusement pour nous, douleurs abdominales chroniques, ça part euh ... souvent tout seul hein. », « je me rends compte qu'en fait en attendant un petit peu en ayant bien fait le tour de tout, bah y'a pas grand-chose et puis ça passe et puis voilà quoi. »

Cette répétition donne le temps au médecin et à l'enfant d'aborder le problème à l'origine des douleurs, et de le simplifier parfois assez rapidement « chez l'enfant c'est assez vite dénoué. Comme tu disais tout à l'heure, assez vite on peut mettre le doigt sur quelque chose qui va pas et donc y'a pas besoin non plus d'une thérapie sur des mois et des mois. Souvent on peut assez facilement dénouer les choses [...] souvent en 2-3 consultations ». Un médecin voit la répétition des consultations comme le temps nécessaire pour rassurer « J pense que ce qu'il faut aussi c'est rassurer les enfants et les mamans et puis ... ça passe ».

Cette répétition peut aussi être source d'agacement ou de lassitude pour les médecins « c'est pas de l'agacement c'est juste qu'on est mis en échec. », « le sentiment de pas réussir ». Ce sentiment est tel qu'il peut inciter le médecin à clore volontairement la consultation : « moi quelque fois c'est aussi la fin de la consultation, on leur fait comprendre que voilà c'est bon [...] faut supporter ou faut faire avec et trouver une autre solution et quelque fois ça règle le problème aussi hein ». Un des médecins explique que son propre agacement est le signe qu'il faut aller plus loin dans l'explication du symptôme douloureux « s'ils commencent à m'agacer, si je me sens mis en échec, c'est qu'il y a autre chose. ».

Les médecins se sentent parfois mis en cause à travers l'agacement des parents face à la répétition des douleurs chez leur enfant « Mais à travers ça c'est parce qu'elle te tient pour responsable en fait » (*la mère*). « C'est qu'en fait elle reporte son incapacité à gérer la situation sur toi. ». Un médecin exprime aussi le risque d'être en quelque sorte contaminé par l'angoisse des parents « On sait que ça va être difficile parce que c'est quelqu'un qui va être hyper angoissé, qui nous emmène son angoisse et qui vient la déverser chez nous, c'est tout ».

Du fait de cet agacement, certains médecins racontent qu'ils ont pu mettre en péril la relation qu'ils ont avec l'enfant et sa famille : « J'ai eu 2-3 fois déjà comme ça des expériences où je

suis allé un peu trop loin et ils sont pas revenus ... », et qu'ils doivent donc faire avec ce que le patient est capable d'entendre ou de réfléchir « Bah oui c'est un peu ça qui nous limite des fois c'est qu'on a peur qu'il y ait la rupture. Et en fait ça nous échappe, c'est vrai que si on a été parfois un peu trop incisif dans la discussion ... ». Un médecin va jusqu'à dire qu'il faut parfois en arriver là pour que les choses avancent « Mais est-ce qu'il faut pas prendre quelque fois le risque de perdre ce lien, soi, pour qu'il y ait autre chose qui se mette en place au décours ? ».

Certains médecins soulignent leur proximité avec leurs patients et ainsi leur capacité à mieux comprendre ce type de symptômes : « On a l'avantage en soins primaires de connaître les milieux, on peut supputer qu'il s'est passé des choses, ou on sait qu'il s'est passé des choses ». En suivant les patients et leurs familles ils peuvent être en capacité d'aider l'enfant et sa famille dans la compréhension du symptôme douloureux « On connaît leur histoire souvent, les soucis familiaux on les connaît quand même aussi ...on peut parfois aiguiller aussi en disant ... « il est dans la famille, il vit des choses avec vous aussi » pour rassurer, faire du lien » », « on a l'avantage de travailler sur la durée, de revoir les gens sur la durée ».

Un des médecins souligne aussi la difficulté que peut induire cette proximité avec les enfants et les familles qu'il suit de par leur ressemblance avec sa propre famille « sans doute que je m'identifie, je contre transfère vachement », un autre médecin expliquant « parce que tu te projettes en tant que parent ».

La relation de proximité que le médecin noue avec ses patients peut également l'empêcher d'aborder la plainte de façon neutre et un des médecins souligne l'intérêt d'un nouveau regard « c'est vrai que les internes, les remplaçants, ils nous apportent souvent pas mal de petites choses parce que nous on est un peu englués dans une relation ».

La place du médecin généraliste dans le suivi de ces enfants peut parfois atteindre ses limites « quand je sens qu'il va y'avoir besoin d'un soutien prolongé je dis « je suis là, mais tout seuls on va pas y arriver » ».

Un médecin met en doute ses capacités à suivre ces enfants en psychothérapie « Je me sens beaucoup moins compétente sur la prise en charge des enfants que celle des adultes ... Autant je vais m'embarquer sur des soutiens, psychothérapies d'adultes sans difficulté [...] donc effectivement soit ça va être quelque chose où je vais voir l'enfant 2 fois 3 fois et tout rentre dans l'ordre mais je vais beaucoup plus vite passer la main enfin proposer en tout cas ».

Un des médecins n'est pas d'accord avec l'idée que le suivi régulier de ces enfants sous la forme d'une psychothérapie soit du ressort du médecin généraliste : « je trouve que c'est pas le lieu, c'est pas notre lieu ça ».

Au contraire, un des médecins pense que le suivi à dominante psychologique peut faire partie de ses compétences « Parce que des fois ça peut se parler chez nous et c'est pas forcément si compliqué que ça hein » et y voit même une offre de soin plus pratique, accessible et efficace pour les patients « souvent je préfère rester dans le cadre des consultations médicales dans mon cabinet parce que c'est beaucoup plus simple et que finalement ça va peut-être être suffisant, enfin j'espère ... ».

#### **4 De quoi ça parle du côté de l'enfant et de sa famille**

Plusieurs médecins ont évoqué l'idée de ne pas forcément chercher à faire disparaître le symptôme mais plutôt de le mettre en lien avec un élément de la vie de l'enfant « On règle pas toujours le problème mais on l'explique en tout cas » « Mais c'est énorme déjà, c'est

énorme d'avoir expliqué. ». L'idée d'un possible transfert au corps des événements de la vie de l'enfant est exprimée par les médecins « Il s'agit pas forcément de supprimer le symptôme, c'est de faire du lien entre le symptôme et ce qu'il se passe dans la vie quoi », « J pense qu'il faut faire du lien en tant que soignant. En dehors du contexte ça n'a pas de sens ». La discussion est alors amenée dans ce sens « essayer de faire prendre conscience oui des moments où ça arrive, qu'est-ce qui pourrait le déclencher, d'aborder peut-être est-ce qu'il y a des soucis, est-ce qu'y a des choses qui l'inquiètent, est-ce qu'il y a des choses qui vous inquiètent »

Différents médecins expliquent que la répétition des consultations est nécessaire et permet d'amener l'enfant et sa famille sur ce qui pourrait, dans la vie de l'enfant, expliquer ses douleurs : « Après on passe à la troisième étape effectivement, qui est un petit peu celle dont tu parlais j'trouve là bon parlons des choses quoi. ». Ils essaient alors d'amener la discussion vers d'autres sujets « c'est qu'est-ce qui vous inquiète, qu'est-ce qu'il s'est passé, et puis parfois au bout d'un moment il est possible d'aller explorer d'autres causes possibles ».

La réponse du médecin peut aussi être d'expliquer la normalité de certaines réactions douloureuses en réponse à un événement « On peut aussi leur dire qu'avoir mal au ventre quand on a la trouille, c'est normal aussi », venant ainsi apporter un éclairage scientifique avec ses connaissances en physiologie.

Il semble que fréquemment le médecin analyse la demande de consultation pour l'enfant comme le moyen pour l'accompagnant de venir s'exprimer lui-même « C'est un enfant qui est amené ... », « c'est souvent un symptôme qui, moi j'ai l'impression qui inquiète plus les parents que l'enfant », « Y'a quand même : qui accompagne ? ». Il ressort même l'idée d'une réelle demande de soulagement émanant plutôt du parent « C'est pas l'enfant qui a priori est le plus

demandeur au départ ». L'enfant est alors vu par le médecin comme le vecteur de la parole et éventuellement de la souffrance de l'adulte « Oui la douleur de l'enfant souvent c'est un non-dit des parents hein », « l'enfant qui amène son parent en consultation ». Pour un médecin il est arrivé que la plainte de l'enfant permette de mettre en place un suivi pour le parent « moi ça m'est arrivé plusieurs fois finalement de revoir le parent de manière isolée alors qu'au départ c'est l'enfant qui venait en fait ».

Un autre médecin raconte comment la consultation pour l'enfant a pu être l'occasion pour le père de s'exprimer « quand on essaie de dénouer un peu les histoires finalement on pointe quelque chose et que là y'a l'émotion qui part [...] enfin je repense à une situation où c'est le papa qui a fondu en larmes et où du coup finalement c'est les parents qui parlent, qui lâchent quelque chose ».

Cette perception du mal-être parental peut amener les médecins à y revenir au cours d'une consultation « si je revois la maman pour autre chose je demande des nouvelles de l'enfant et puis je vais aborder avec elle ... je lui dis bah je trouve qu'elle est tendue, que ça a l'air compliqué avec son enfant, qu'elle a l'air de vouloir que tout soit parfait, que peut-être il faudrait lâcher un peu des choses ». Un médecin a pu même être amené à proposer une consultation « quelque fois ou finalement on va repérer aussi que la difficulté elle est du côté de la mère et pas du côté de l'enfant hein et donc éventuellement une proposition de dire bon bah voilà « on peut en reparler avec vous madame si vous voulez » ».

Un autre médecin souligne l'importance de ne pas évoquer la souffrance parentale devant l'enfant « Moi j'en parle aux parents mais pas devant l'enfant. ». Un autre explique qu'il est difficile d'amener d'emblée la conversation dans le champ de la souffrance parentale « je me vois pas tellement alors que c'est l'enfant qui a été amené pour son symptôme de ventre et qu'on parle de l'enfant que je transfère en disant bah finalement c'est pas votre enfant qui va pas bien c'est vous et donc maintenant on cause de vous devant l'enfant ».

Plusieurs des médecins ont l'idée que la plainte de l'enfant peut être le reflet d'un contexte familial difficile : « autant le symptôme mal de ventre de l'enfant ça peut être le symptôme assez fort d'une famille qui ne va pas bien mais quand une famille va pas bien, y'a pas que l'enfant qui va pas bien ».

Un médecin apporte l'exemple d'un contexte conflictuel entre les parents qui a abouti à un divorce « Moi la consultation qui me vient c'est 2 enfants que je voyais sans arrêt pour des entorses, des bleus, j'ai mal comme ci j'ai mal comme ça et puis ça témoignait de la méésentente familiale qui s'est traduite secondairement par un divorce. Les parents passaient leur temps à s'engueuler et effectivement les enfants venaient et amenaient leur mère, c'était essentiellement leur mère, ils l'amenaient en consultation ». D'autres médecins ont également fait l'expérience de l'impact de la séparation des parents au moment du divorce mais également ensuite avec la garde alternée des enfants « L'enfant peut être l'enjeu aussi de la séparation et du conflit », « des couples séparés avec la garde alternée les week-ends et le lundi matin, « oui j'en ai marre quand il revient de chez son père il a tout le temps mal au ventre » », « quand y'a des séparations par exemple. C'est extrêmement fréquent, l'enfant est le symptôme de ... ».

Un médecin exprime son inconfort à se trouver sollicité par les deux parents en conflit : « la difficulté c'est bah c'est la maman qui nous amène le gamin le lundi en disant bah il a encore été chez son père et il a mal au ventre »

Il existe pour les médecins l'idée que les douleurs ont souvent à voir avec le lien maternel « C'est quand même plutôt un enfant qui est amené, par sa mère le plus souvent », « ça inquiète souvent plus le parent qui l'amène, en l'occurrence plus souvent en effet la maman, que l'enfant lui-même », « je m'adresse plutôt à la maman parce que c'est vrai que c'est

souvent la maman quand même ». « C'est vrai que c'est rarement le père qui emmène un enfant qui a mal au ventre hein. C'est vrai que c'est souvent quand même la maman... ». « la difficulté est dans le lien mère-enfant souvent quand même ».

L'organe en lui-même est alors évoqué dans sa fonction liée à la maternité « Bah je pense que quand même le ventre c'est un appel à la maman ».

Un médecin voit dans les douleurs répétées de l'enfant le reflet d'une angoisse maternelle trop forte pour son enfant « y'a vraiment je pense quelque fois ce besoin de maîtrise chez la mère quoi de tout comprendre ce qu'il se passe chez l'enfant et avec cette espèce d'interrogatoire complètement anxiogène » et il donne une place très forte à la mère dans sa capacité à comprendre et à résoudre le phénomène douloureux « Alors je sais pas mais c'est elle qui a probablement ... qui a la solution ou qui est à l'origine du problème ».

Il existe pour certains une disproportion entre les symptômes et l'inquiétude qu'ils peuvent générer chez la mère « l'angoisse de la mère qui veut pas frustrer l'enfant, qui veut pas supporter que son enfant aille mal », « je suis pas une bonne mère si je peux pas lui éviter toutes les souffrances, toutes les douleurs ».

Un médecin explore ce lien entre la mère et l'enfant par l'étude de sa réaction face aux douleurs « Moi je demande à la mère [...] qu'est-ce qu'elle fait elle concrètement, face à la plainte de cet enfant ». Un autre médecin va également se pencher sur les réactions parentales lors des crises douloureuses « mais la difficulté c'est la gestion de ces douleurs par le patient et sa famille ... enfin l'enfant et sa famille, plus particulièrement par rapport à l'inquiétude parentale ».

Le discours parental peut également refléter la manière de communiquer des parents avec leur enfant et plus particulièrement la façon dont ils investissent la plainte exprimée : « Est-ce qu'il a quelque chose ou est-ce qu'il a rien ? » (*les parents*), avec parfois cette impression qu'elle

pourrait n'être fondée sur « rien ». On retrouve dans le même sens la question de la croyance, de la confiance qui est accordée à la parole de l'enfant « Est-ce qu'on doit le croire ou est-ce qu'on doit pas le croire ? » (*les parents*). C'est pourquoi certains des médecins refusent de valider un discours parental qui évoquerait une forme de comédie « Alors le mot comédie [...] ça voudrait dire que l'enfant fait exprès en fait [...] c'est un symptôme et j'suis pas certain que l'enfant il fasse exprès du tout même [...] c'est un mot qu'il faut essayer de bannir du langage des parents ».

Le comportement de l'enfant au cours de la consultation est également observé par plusieurs médecins et peut être le signe d'une relation mal équilibrée « y'a des parents qui se laissent complètement envahir aussi, c'est-à-dire effectivement la situation où l'enfant est tout le temps pendu à son cou, lui prend la tête [...] on sent bien ces mères incapables aussi de gérer ça ».

Une certaine lassitude est perceptible dans les propos d'un des médecins devant cette impression de transfert de la mère qui va mal vers son enfant « c'est encore l'angoisse de la mère qui ressort ».

Un des médecins note le possible caractère héréditaire de ce type de plainte douloureuse « Moi je trouve que enfin un enfant qui a mal au ventre souvent il a souvent une maman qui a mal au ventre un peu souvent aussi ».

Plusieurs médecins ont relevé des plaintes douloureuses abdominales qui cachent des croyances familiales ou populaires « les questions sur l'appendicite chronique, ah bah oui voilà, moi j'ai été opéré de l'appendicite, enfin vous connaissez l'histoire hein des gens, ce qu'il ont entendu parler ce qu'il peuvent aussi ... Ils ont des représentations sur le mal de ventre ».

Cela peut être aussi des interrogations sur les changements physiques attendus tels que ceux liés à la puberté « ça doit être ses ovaires qui la travaillent » ou ... j'sais pas quoi. Elle est pas encore réglée elle est pas encore pubère mais ... ».

Un médecin souligne d'ailleurs que le ventre est en lui-même un organe où s'expriment des symptômes complexes « Y'a un côté super mystérieux quand même dans le ventre hein ».

Un autre médecin liste des choses d'apparence banales à rechercher et qui peuvent avoir une répercussion douloureuse sur le ventre « c'est l'arrivée d'un nouvel ... p'tit frère ou p'tite sœur, les p'tits troubles de l'adaptation c'est-à-dire voilà on va changer d'école, le meilleur copain il est parti euh ... le grand-père ou la grand-mère est malade euh ... que sais-je [...] Les conflits de couple enfin voilà, tout, la vie quoi. La vie ça fait mal au ventre. ». La maladie d'un proche a été évoquée « il a des inquiétudes parce que sa grand-mère est malade, des choses de la vie quoi. ».

Ressortent également les douleurs abdominales en lien avec la fonction digestive tels que la propreté, le transit ou l'alimentation : « dans l'interrogatoire, quand est-ce que ça se déclenche, à quel moment, est-ce que c'est au moment du repas, est-ce que c'est au moment d'aller à l'école, est-ce que c'est aussi souvent ... on voit ça, on a tous vu ça, quand ils commencent à fréquenter l'école, qu'ils vont systématiquement les conduire aux toilettes, ils veulent pas aller aux toilettes », « T'aimes pas les épinards, ça ça fait mal au ventre. Moi dans mon idée ça fait mal au ventre ... Et si on peut faire sortir ça lors de la consultation, des choses simples, banales, heureusement ». Cela peut être un moyen pour le médecin d'aborder les difficultés liées au développement des enfants, aux changements liés à l'âge « Ton ventre te fait mal parce que t'as pas envie de faire ça mais après faut affronter, faut grandir, on peut avancer comme ça ».

Chacun des médecins a pu exprimer le fait que les douleurs abdominales récurrentes pouvaient être fréquemment le reflet d'un problème scolaire. « il y a aussi tout le champ aussi des phobies scolaires, des troubles de l'apprentissage moi je trouve aussi, des enfants qui veulent plus aller à l'école, qui ont mal au ventre [...] ... Qui sont en difficulté scolaire ou en difficulté d'orientation pour les plus grands après », « une dyslexie ». Les difficultés d'intégration ou relationnelles avec l'enseignant ou les autres enfants ont également été relevées « ça peut être à l'école il se fait embêter par un copain, un copain qui n'est pas un vrai copain, mais enfin voilà », « un problème relationnel ».

L'idée du bénéfice secondaire lié à la possibilité de ne pas aller à l'école en raison des douleurs a été soulignée par plusieurs médecins « Y'a contrôle de maths, j'suis nul en maths, j'ai mal au ventre quoi. Si je peux louper le contrôle de maths y'a un bénéfice secondaire quand même un peu évident. »

Un médecin explique que l'absentéisme scolaire est synonyme de gravité et nécessite une attention particulière « un indicateur c'est l'absence scolaire aussi, pas mal, quand ça a une conséquence sur le rythme scolaire c'est que faut quand même se poser vraiment le problème »

## **5 Le médecin à l'écoute de l'enfant et de ses parents**

Dans l'ensemble les médecins s'accordent pour dire qu'ils s'adressent directement à l'enfant. Cela peut-être dès le début de la consultation « je demande à l'enfant « alors est-ce que tu sais pourquoi tu viens me voir », et ce d'autant plus chez les enfants en âge de parler « l'enfant aussi il peut très bien décrire tout seul. », « souvent ils ont un avis à donner, même les plus jeunes, j'trouve qu'ils répondent ».

Un médecin essaie de quantifier l'inquiétude de l'enfant au-delà de la douleur exprimée « moi je demande aussi à l'enfant si ça l'inquiète lui ».

Dans la phase d'accueil certains médecins paraissent avoir des difficultés à modérer l'intervention parentale « Moi j'interroge l'enfant, toujours, je m'adresse toujours au petit, à l'enfant que j'ai devant moi en essayant de faire taire la maman parce que c'est souvent elle qui décrit finalement ». D'autres au contraire vont laisser d'abord s'exprimer le parent « moi je fais pas taire la maman, je la fais parler parler parler, avant, parce que souvent elle a des choses à dire » pour ensuite pouvoir se pencher sur l'enfant « je vais m'adresser à lui après, et peut-être notamment justement en l'examinant ».

Les médecins sont capables d'adapter leur vocabulaire à la compréhension de l'enfant en fonction de son âge : « Moi je leur dis de plus en plus, « que dit ton ventre ? ». Quand je le regarde, tiens qu'est-ce qu'il va me dire, c'est assez étonnant parfois ».

Un médecin explique aux enfants des notions plus scientifiques « moi j'passe du temps beaucoup à expliquer à l'enfant ... la physiologie digestive ... l'anatomie pas vraiment parce que c'est un peu compliqué ».

Pour avancer dans l'étude des causes possibles, le médecin peut les suggérer directement à l'enfant « si je connais un évènement je fais tout de suite le lien donc je le dis. « Est-ce que tu penses pas que tu as mal au ventre parce que t'es inquiet, parce qu'il s'est passé ça, qu'est-ce que t'en penses » », « Si ça me traverse l'esprit, je pose la question ... On me dit oui ou on me dit non ... Et puis si on me dit oui, et bah voilà j'ai gagné ».

Le médecin s'adresse également directement à l'enfant lorsqu'à l'issue de sa consultation il est en mesure d'écartier une pathologie organique « je lui explique, bon quand j'ai éliminé tout le reste, que bah peut-être des fois le corps il exprime, quand on a des choses difficiles à dire et qu'on arrive pas à les dire avec les mots bah c'est le corps qui dit qu'il y a quelque chose qui

va pas [...] en sachant très bien que le parent entend à côté et ça me permet de partir sur autre chose ».

Un médecin exprime sa difficulté au contraire à adapter son discours à la compréhension de l'enfant « mais comment on pose des questions, comment on reçoit ce que dit l'enfant, qu'est-ce qu'on en fait ? Comment on peut l'interpréter ? » « je suis pas sûr qu'on ait un langage adapté pour parler à un enfant. »

La présence des parents peut être un obstacle à aborder certains sujets pour le médecin, surtout lorsque ce dernier est amené à aborder des sujets difficiles « Moi ça m'est arrivé de demander : « est-ce que quelqu'un t'a fait du mal ? », « La difficulté pour moi c'est que si je suis avec la maman ou le papa et que je sens qu'il y a des choses qui sont lourdes voire graves dans la famille c'est comment les aborder avec l'enfant, en présence de l'adulte référent ».

La présence des parents peut également empêcher l'enfant de s'exprimer « C'est très difficile d'interroger un enfant devant ses parents ... parce que il est forcément parasité par la présence de ses parents, parce qu'il y a le regard de ses parents sur lui ».

Pour cette raison, certains médecins demandent aux parents à voir l'enfant seul « moi y'a un moment je dis « bah peut-être je pourrais le voir un petit peu tout seul » », ou même directement à l'enfant « c'est vrai que souvent je dis « bah est-ce que tu serais d'accord pour que papa ou maman attende dans la salle d'attente et qu'on puisse discuter un petit peu que tous les deux ? » ». Un médecin explique même qu'il peut s'agir du moyen nécessaire à l'enfant pour trouver un autre interlocuteur que ses parents pour aborder ses craintes « je dis que bah des fois y'a des choses qu'on ose pas dire à ses parents parce qu'on a pas envie de les rendre malheureux et c'est peut-être plus facile de me les dire à moi ».

Plusieurs médecins sont au contraire plutôt réticents à ces consultations seuls pour des raisons médico-légales : « ça me gêne toujours ces consultations seul. On dit toujours faut voir les

adolescents seuls. Moi je suis désolé mais les adolescentes euh je me méfie vraiment beaucoup maintenant de les voir seules. », « c'est très clair, tu peux très bien avoir une petite fille qui dit que à sa maman en sortant, le Docteur il m'a fait du mal. Et là ... là t'es mort professionnellement, t'es mort ».

Un médecin explique qu'il lui semble plus facile de les envisager pour les médecins femmes « Oui mais toi t'es une femme c'est différent », ou en présence d'un tiers « Certains médecins font venir leur secrétaire. »

Aborder des sujets plus difficiles comme la maltraitance peut poser problème aux médecins. Certains ont la crainte de heurter les parents et mettre en péril leur relation avec eux « j'ai jamais vraiment eu de doute donc c'est vrai que j'ai jamais vraiment posé de questions mais vous vous êtes pas fait envoyer sur les roses par certains parents ? », « J'ai eu 2 ou 3 fois déjà comme ça des expériences où je suis allé un peu trop loin et ils sont pas revenus ... ».

Plusieurs médecins sont en difficulté lorsqu'ils se retrouvent face à un enfant qui ne s'exprime pas verbalement : « en fait tu te retrouves avec un discours avec la personne qui est en face, la mère ou le père, et l'enfant lui il est à côté et il se demande pourquoi il est là et puis à quoi ça sert quoi ».

Un médecin explique que pour lui cette parole ne vient pas toujours « Moi je crois qu'en tant que médecin on est trop dans l'attente de la parole verbalisée de quelque chose de « oui bah voilà j'ai mal au ventre parce que mon père il m'a tapé » et que l'écoute de l'enfant est plus complexe qu'une simple réponse à une question posée « On attend quelque chose de bien objectif bien concret et bien au contraire dans un cas de maltraitance il faut chercher à libérer la parole et ça met beaucoup de temps », « l'enfant qui est maltraité, généralement il parle pas ». Cette attente peut même être une cause d'aggravation du mutisme de l'enfant et ceci peut être expliqué aux parents : « facilement je dis « mais vous savez j'crois que vous avez beau lui demander il sait pas lui-même ce qui va pas bien ou pourquoi donc j'crois qu'au

contraire plus on lui demande et plus on ... plus on le met en situation de difficulté parce que voilà il vous exprime qu'il y a quelque chose qui va pas bien » ... à la limite si c'était très clair pour lui il nous le dirait, voilà ».

Dans les outils d'expression utilisés pour mieux comprendre l'enfant un médecin se pose la question des dessins et de sa difficulté à leur donner un sens « je pense par exemple au dessin qui est sans doute quelque chose de très important et là pffff j'y connais rien du tout. Mes murs sont tapissés de dessins d'enfants mais voilà ... C'est un des outils par exemple dont je me dis que je sais pas utiliser et je suis intimement convaincue que ça doit être quelque chose de riche ».

Un autre médecin associe également le jeu et l'observation des parents au cours de cette activité « Oui ça peut être le dessin ou le jeu, et puis on voit aussi comment se comportent les parents avec l'enfant quand il est en train de jouer ».

Un autre médecin dit qu'il a pu également lui arriver de directement durcir le ton avec l'enfant pour obtenir son attention « d'être un peu plus ferme et de lui dire bah « apparemment t'as mal au ventre, moi j'aimerais bien que tu m'écoutes et puis que tu répondes à mes questions parce que là je vois bien que t'es pas »... Mais c'est vrai que quelquefois ça m'arrive, si les parents cadrent pas du tout d'essayer de me fâcher un peu. »

Un médecin perçoit qu'au cours de la consultation l'enfant est toujours présent et entend ce qu'il se passe « Moi j'suis toujours étonnée de l'attention que les enfants ont mine de rien quand ils jouent à côté, c'est fou ».

## 6 La maltraitance

La crainte d'une maltraitance cachée derrière les plaintes douloureuses abdominales récurrentes est revenue à de nombreuses reprises dans le débat. Les participants semblent tous avoir conscience de passer à côté de cas en médecine générale en comparant la prévalence « la prévalence elle est énorme, c'est pas 10% ? [...] d'adultes qui déclarent avoir été victimes » avec le pourcentage de cas dépistés par le médecin généraliste « C'est moins de 5% ... des médecins traitants ». Pour eux, il s'agit d'un diagnostic fait le plus souvent par d'autres intervenants « Ah bah non, la plupart des signalements ce sont des signalements qui viennent la plupart du temps de l'institut [...] rarement le médecin traitant », « De l'hôpital, souvent de l'hôpital, de consultations répétées à l'hôpital ».

Les médecins connaissent les modalités d'enquête devant une suspicion de maltraitance « La possibilité des informations préoccupantes c'est très intéressant pour nous. Parce que on nous demande pas de juger, de dire, enfin on n'est pas des juges, on n'est pas la loi. Et on constate des choses, on se pose des questions ».

Les médecins expliquent qu'ils peuvent être alertés par un faisceau de signes au cours des consultations répétées « Enfin moi j'ai jamais eu une consultation où à la fin de ma consultation j'étais sûre de moi voilà ... C'est plutôt au fur et à mesure des consultations où il y a des choses qui m'interpellent qui me questionnent ».

Cela peut-être à l'issue de l'examen clinique « aussi tu peux voir des bleus, on sait jamais ».

Un médecin dit être alerté lorsqu'un parent du sexe opposé accompagne pour un problème concernant la sphère génitale « moi quand j'ai des petites filles qui viennent pour des vulvites accompagnées par le papa ça me met toujours un peu mal à l'aise ».

Pour un autre c'est plutôt la multiplicité des intervenants qui l'oriente vers cette possibilité « Moi c'est un des symptômes qui aussi parfois me met le doute c'est quand je vois quelqu'un et des intervenants multiples ». Un autre médecin confirme avec l'idée que « les gens ils passent à travers, ils vont voir d'autres médecins, ils vont pas toujours voir les mêmes [...] le nomadisme ça cache vachement [...] comme y'a pas de médecin traitant pour les enfants [...] quand ils sentent que le médecin a tiqué un peu bah ils partent ailleurs ».

Pour un des médecins, les parents d'enfants maltraités ne consultent pas toujours la même personne « moi je me mets dans la peau d'un parent maltraitant, je vais pas revenir. » mais un autre pense le contraire « Peut-être pas au moment où toi tu t'y attends mais si ils vont revenir ».

Le nombre important de consultations alerte les médecins « Pas forcément de douleurs abdominales mais je pense qu'il y a beaucoup de choses à répétition », « d'où l'intérêt du thème des consultations répétées c'est que souvent c'est une question qu'on commence à se poser ... enfin j'trouve qui vient insidieusement dans notre esprit et où au fur et à mesure des consultations on se dit est-ce qu'il y a pas de la maltraitance, est-ce qu'il y a pas quelque chose dans cette famille-là», « c'est ça l'élément sémiologique que je trouve, c'est un enfant qui vient sans arrêt quoi, qui se blesse sans arrêt, qui tombe sans arrêt, des entorses à répétition ».

Lorsque les consultations se répètent pour des plaintes d'ordre psychosomatiques, les médecins sont également alertés « On a souvent des éléments subjectifs, on a les douleurs abdominales, on a d'autres petites choses et puis qui restent irrésolues ».

Lorsque le doute sur une maltraitance chez l'enfant s'installe dans l'esprit du médecin il peut être amené à proposer des consultations régulières pour préciser son idée « J'crois qu'aussi il faut pas hésiter à réinduire des consultations en disant je voudrais le revoir dans 10 jours et

puis là on voit bien si les enfants reviennent », « Ah oui moi toujours, je demande de revoir, de revoir, jusqu'à ce que mon idée soit confirmée ou infirmée ».

La crainte d'une maltraitance cachée est un argument de plus pour le médecin pour adresser l'enfant à un confrère ou une autre personne en capacité de donner également son sentiment : « c'est quand j'ai un doute sur des choses graves, que je veux avoir un regard extérieur ».

Les médecins dans leur majorité craignent de ne pas suffisamment y penser « Moi c'est vrai que la question de la maltraitance est aussi quelque chose qui m'inquiète un peu parce que je trouve que je n'y pense pas ». Un médecin affirme même être influencé par sa sympathie envers sa patientèle « Moi je suis un peu comme toi j'y pense pas et je pense que je veux pas y penser [...] les gens qui viennent me voir j'ai beaucoup d'empathie pour eux, c'est des gens sympas, je dis souvent que j'ai une patientèle super sympa, j'suis dans un coin plutôt favorisé, enfin ... », « sans doute que je m'identifie, je contre-transfère vachement et donc je veux pas y penser parce que c'est un truc que je peux pas envisager sans doute dans ma patientèle ». Un médecin déclare sous-estimer le problème du fait de sa propre position de jeune parent « moi effectivement ce qui me manque c'est la prévalence en médecine générale, il faut que j'arrive à me détacher de cette projection de jeune parent pour me dire ça existe ».

Plusieurs médecins posent la question des signes à identifier pour s'orienter vers un diagnostic de maltraitance « est-ce qu'il y a des mots, des discours, des choses comme ça, qui peuvent interpeller ? ». Un médecin aimerait avoir à sa disposition des critères précis à utiliser pour ce diagnostic « est-ce qu'on a des moyens de repère en fait de maltraitance entre guillemets sexuelle ou autre, euh sémiologique, chez ces enfants qui nous permettrait effectivement d'avancer et d'argumenter ».

Un médecin exprime sa crainte de ne pas être capable de repérer la maltraitance à travers le discours ou la plainte de l'enfant qui consulte « y'a des fois des familles où il y a pas de

problème, où il se passe des choses et on passe complètement à côté parce qu'on n'a pas forcément saisi là ce que nous a dit l'enfant à travers son discours ».

On perçoit que les médecins sont pris entre l'urgence de repérer un enfant maltraité et le temps nécessaire pour accumuler suffisamment de signes et d'arguments « on sait qu'on est dans une certaine urgence puisque en fait si on suppose qu'un enfant est maltraité il faut faire vite [...] mais en même temps les conséquences sont tellement importantes si on se trompe que moi ça me ... c'est un frein ».

Un médecin explique que pour lui l'aveu de la maltraitance par l'enfant lui-même ou par son parent nécessite du temps et qu'on ne peut espérer faire ce diagnostic aussi vite qu'on le voudrait « On attend quelque chose de bien objectif bien concret et bien au contraire dans un cas de maltraitance il faut chercher à libérer la parole et ça met beaucoup de temps », « Ils viennent nous demander de l'aide, mais voilà y'a des moments où ils peuvent s'inscrire dans un suivi et y'a des moments où ils peuvent pas. Et ... faut être patient »

# DISCUSSION ET CONCLUSION

## 1 Discussion de la méthode

### 1.1 Intérêts

La méthode du *Focus group* a pour avantage de multiplier les opinions, réactions et différences de points de vue grâce à la dynamique de groupe qu'elle crée. Chaque participant enrichit le débat de ses propres idées et incite les autres à s'exprimer, à argumenter et à apporter des éléments nouveaux à la discussion.

Les contradictions et les avis divergents permettent d'approfondir les points importants et de faire ressortir les différences de pratiques et d'opinions.

Sur le plan pratique il s'agit d'une méthode d'analyse facile à mettre en œuvre puisque les candidats ne doivent pas répondre à des critères de représentativité de la population étudiée.

C'est également une méthode rapide à réaliser et simple à mettre en œuvre.

### 1.2 Limites

Il s'agit d'une méthode d'analyse ne permettant pas la généralisation des résultats à l'ensemble de la population étudiée. Le travail qui en découle ne peut donc être qu'un moyen de soulever des questions, des thèmes de discussion, qui devront être analysés de façon plus représentative et généralisable.

Le groupe de discussion est composé d'un panel de participants comportant des différences d'âge, de sexe, de caractère, d'aisance à exprimer son avis. Certains participants se sont

forcément moins exprimés que d'autres ou de façon moins détaillée. Certains points de vue ont pu ne pas oser être exprimés de peur de la réaction du groupe, ce qui aurait sans doute été moins le cas avec des entretiens individuels.

Les médecins qui ont accepté de participer aux *Focus groups* ont un intérêt particulier pour le sujet étudié et plus globalement pour la pédiatrie, ce qui constitue un biais de sélection. Par ailleurs certains participants exercent dans une structure accueillant les enfants maltraités ou dans un service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ce qui a pu influencer la discussion. Le rôle de modérateur a été tenu par un médecin n'ayant jamais participé à ce type de méthode d'analyse. Il est possible que la tournure des questions ou la façon de faire préciser les propos ait été influencée par la personnalité du modérateur. Il est à noter que le médecin qui a occupé ce rôle travaille également au sein d'une structure accueillant les enfants maltraités. Le temps de discussion portant sur ce sujet a pu attirer en particulier son attention de ce fait.

Deux des médecins présents lors de la première séance n'ont pas pu assister à la seconde et à l'inverse un médecin présent lors de la deuxième séance n'était pas présent lors de la première. Le nombre de huit médecins lors de la première séance et sept médecins lors de la deuxième peut paraître faible mais c'est celui qui est retrouvé dans les recommandations pour la réalisation d'un *Focus group* (7).

La retranscription des propos a été effectuée dans son intégralité mais leur analyse et leur sélection apparaissant dans les résultats reste subjective et n'a été réalisé que par l'auteur.

## 2 Discussion des résultats

### 2.1 Etre médecin généraliste et psychothérapeute d'enfant

En s'intéressant à un sujet de pédiatrie ce travail a permis aux participants de s'interroger sur leur capacité à entrer en relation avec l'enfant au cours de leurs consultations et plus particulièrement en ce qui concerne les douleurs non liées à une pathologie purement organique.

Les douleurs abdominales récurrentes nécessitent une approche complexe de la part du médecin avec des allers-retours permanents entre prise en charge de la douleur physique et approche psychosomatique. Il s'agit en fait d'avoir une approche centrée sur le patient plutôt que sur la maladie (8,9).

Pour autant, un des rôles attendus par les patients de leur médecin généraliste est de pouvoir expliquer un symptôme douloureux après avoir réalisé un examen clinique rigoureux et une démarche diagnostique précise. L'enfant plus particulièrement est souvent dans l'attente de cet examen clinique et celui-ci peut même être un élément fondamental dans la confiance qu'il accorde au médecin et le réconfort qu'il peut trouver dans cette consultation. De même, les parents inquiets du symptôme exprimé par leur enfant auront à cœur que le médecin examine leur corps avant d'être dans la capacité d'évoquer autre chose qu'une maladie organique.

Le praticien peut lui aussi être confronté à un certain mal-être lorsqu'il s'écarte des prises en charge rationnelles de l'*Evidence-Based-Medicine* (EBM) dans sa définition originelle. Ce concept s'appuyait initialement sur les seules données de la science pour répondre à un problème de santé posé. Il a pu évoluer avec les années vers une définition plus globale et mieux adaptée aux soins primaires qui intègre les notions de préférence du patient et d'expérience du clinicien. Cette nouvelle approche permet dans le cadre des douleurs

abdominales récurrentes de s'écarter des listes de symptômes répondant à des syndromes divers pour prendre en compte ce que l'enfant et ses parents ont à exprimer de la douleur avec sa capacité personnelle à écouter et évaluer ce symptôme (10,11).

Cependant, il existe souvent une certaine dichotomie entre douleur d'origine organique et abord psychosomatique du fait de la crainte permanente de ne pas passer à côté d'une maladie organique potentiellement grave. Le médecin a tendance à raisonner comme si seule la normalité des examens complémentaires autorisait une approche psychosomatique et qu'inversement l'existence d'une pathologie organique l'interdisait. Les mécanismes de la symptomatologie douloureuse répondent en fait à une causalité circulaire avec une complexité bio-psycho-sociale (6,8).

Pour faire avec la difficulté des symptômes ayant un versant psychosomatique telles que les douleurs abdominales récurrentes chez l'enfant, chaque médecin généraliste a donc à inventer son propre déroulé de consultation selon sa propre personnalité, ce qui est amené par l'enfant et ses parents et la nécessité d'effectuer son travail de somaticien.

Ce type de consultation pose aussi des difficultés aux médecins généralistes en particulier au sein de cette population pédiatrique de part un mode de communication différent nécessitant des outils spécifiques et une écoute axée sur l'enfant et son environnement.

De nombreux pédopsychiatres et/ou psychanalystes d'enfants se sont intéressés à ce qu'il est possible de mettre en place en consultation pour permettre à l'enfant de s'exprimer différemment que par le seul langage oral d'élaboration souvent difficile pour lui.

Le jeu, en premier lieu, est une nécessité pour l'enfant et un outil privilégié pour l'observer et entrer en relation avec lui (12).

Freud y voit le moyen utilisé par l'enfant pour supporter les frustrations imposées par la réalité.

Pour illustrer son propos il raconte une observation de son petit-fils de 18 mois devant faire

face à la frustration liée au départ de sa mère. L'enfant s'amuse en envoyant par-dessus le bord de son berceau une bobine et en la faisant revenir vers lui. Ainsi, grâce au jeu il parvient à transformer une réalité douloureuse en une activité ludique qui la rend plus acceptable (12,13).

Winnicott a également étudié le pouvoir du jeu à travers ses travaux sur l'objet et l'aire transitionnels. Pour lui, « l'acceptation de la réalité est une tâche sans fin et nul être humain ne parvient à se libérer de la tension de la mise en relation de la réalité du dedans et de la réalité du dehors ; nous supposons que cette tension peut être soulagée par l'existence d'une aire intermédiaire d'expérience qui n'est pas contestée (art, religion ...) ; et cette aire intermédiaire est en continuité directe avec l'aire de jeu du petit enfant « perdu dans son jeu » » (12,14).

Mélanie Klein utilise également la technique du jeu comme base de ses psychanalyses auprès des enfants. Le concept repose sur l'observation puis l'interprétation des réactions de l'enfant ainsi que des commentaires qu'il formule librement lors de la mise en place du jeu : « les objets, les jeux dont je me sers, je m'en sers pour que l'enfant parle et associe, parce que pas d'analyse sans association ». (12)

A travers ces différents exemples il est possible d'imaginer que le médecin généraliste également se mette à la portée de l'enfant en s'appuyant sur le jeu au cours de certaines consultations. Ce serait là un moyen intéressant de rentrer dans l'imaginaire de l'enfant et de mieux comprendre les mécanismes de ses douleurs chroniques et de son fonctionnement interne.

Le dessin est également un des outils utiles à la compréhension des mécanismes psychiques mis en jeu dans les douleurs d'origine psychosomatique. Françoise Dolto a publié de nombreux écrits sur l'utilisation du dessin dans la psychanalyse d'enfants. Pour elle, « on ne dessine pas,

on se dessine et l'on se voit électivement dans une des parties du dessin... Non, on ne raconte pas un dessin, c'est l'enfant lui-même qui se raconte à travers le dessin. Un dessin, c'est un fantasme extemporané dans une analyse ; c'est comme cela qu'il faut l'écouter » (15,16). Le terme « écouter » montre bien comme le dessin peut représenter un véritable mode de communication pour l'enfant et que par celui-ci l'enfant est capable de nous dire ce que ses douleurs représentent pour lui. C'est encore une fois le moyen d'accéder à cet imaginaire dans lequel l'enfant peut transposer une partie de la réalité de son quotidien car comme l'explique Aubeline Vinay dans son ouvrage sur le dessin d'enfant « Par le dessin, nous voyons une possibilité d'accession à un monde intime de l'enfant et de l'adolescent chargé d'affects et témoignant de sa personnalité. »(17).

Le rôle du médecin généraliste n'est sans doute pas de mettre en œuvre une véritable psychothérapie ou une psychanalyse chez ces enfants souffrant de douleurs abdominales fonctionnelles. Pour autant, tout en effectuant son travail de clinicien proche du corps de l'enfant, le médecin peut faire appel à des moyens spécifiquement adaptés à l'enfant pour mieux comprendre et partager ses symptômes. En effet, de façon paradoxale c'est le médecin traitant de l'enfant qui rencontre en premier recours les symptômes d'origine psychosomatiques et il est pourtant sans doute moins bien formé que le pédopsychiatre pour les comprendre (8).

Le praticien doit donc accueillir l'enfant avec ce qu'il a à livrer au moment où il vient à sa rencontre sans avoir nullement à suggérer une éventuelle cause à son mal-être. Les résultats de ce travail montrent que le médecin généraliste est probablement trop rapidement dans la tentative d'explication du symptôme en lien avec un élément de la vie de l'enfant avant même d'en écouter la formulation par l'enfant avec des outils adaptés à ses possibilités de communication.

Cette approche des douleurs abdominales récurrentes des enfants ne semble pas familière des médecins généralistes. Sans doute comme cela a pu être relevé au cours des débats, certains jugent qu'ils n'ont pas leur place dans ce type de prise en charge ou ne souhaitent pas y prendre place. Cependant, des connaissances plus approfondies sur ce sujet permettraient au médecin d'être moins démuni face aux demandes d'aide répétées des familles et des enfants.

## 2.2 L'appel à la mère et la question de la parentalité

La mère de l'enfant a été très souvent citée comme la personne qui accompagne physiquement l'enfant en consultation mais également comme celle qui s'exprime pour décrire les symptômes et ce qu'elle repère comme dysfonctionnement chez son enfant. Elle peut être également celle que le médecin identifie comme « cause » au mal-être de l'enfant en fonction de la qualité du lien mère-enfant et de la santé psychique de cette mère.

Le ventre en lui-même représente un organe avec une portée symbolique forte. Il est à la fois le lieu où l'enfant est conçu par son père et sa mère ainsi que celui où se déroule ensuite la grossesse. L'enfant est en capacité de faire le lien entre son propre ventre et celui de sa mère dans lequel se fondent ses origines. Beaucoup d'enfants souffrant de douleurs abdominales montrent d'ailleurs l'ombilic comme le siège de leurs douleurs et il est intéressant alors de se demander ce que cet enfant a à nous dire de ce cordon, devenu virtuel depuis la naissance, qui le lie à sa mère (6).

Le lien mère-enfant a été l'objet de nombreuses études et représente un des piliers du développement de l'enfant.

Winnicott décrit l'existence d'un objet primaire qu'est la relation primaire mère-bébé, l'unité duelle mère-bébé. Il appelle la préoccupation maternelle primaire l'état psychique particulier

à la limite du pathologique dans lequel se trouve la mère associant repli sur soi et état de dissociation. Cet état singulier de la mère est caractérisé par son extrême sensibilité à l'égard de tout ce qui touche à son nourrisson et permettrait l'étayage du moi de l'enfant en lui offrant une continuité d'existence dans un milieu sécurisant. Il parle ainsi de « mère suffisamment bonne », préalable nécessaire au concept de « capacité à être seul » du bébé en présence de sa mère. C'est donc rassuré par l'idée que sa mère est présente et qu'elle répond à ses demandes que l'enfant peut accéder à l'idée de se différencier d'elle et de s'en détacher (18-20).

Lacan dans sa « Note sur l'enfant » écrit « le symptôme de l'enfant se trouve en place de répondre à ce qu'il y a de symptomatique dans la structure familiale ». Il s'agit pour Lacan de considérer le symptôme comme une réponse au problème posé à tout enfant « quelle place lui ménage le désir de ses parents ? » (21). Il propose ensuite deux axes de réflexion.

Un premier selon lequel l'enfant par son symptôme exprime la vérité sur le couple parental. Les plaintes douloureuses répétées d'un enfant peuvent être une façon de réunir ses deux parents sur un même socle et venir poser ainsi la question de ce qui se joue entre eux. L'enfant trouve là le seul moyen d'amener ses parents à partager quelque chose et les symptômes douloureux comme support du malaise parental ne pourront cesser que lorsque l'enfant se dégagera de cette responsabilité trop lourde à porter. Il est en effet nécessaire que l'enfant puisse passer « d'être un symptôme » à « avoir un symptôme » et identifier ainsi par un cheminement plus ou moins long ce qui fait symptôme pour lui seul (21).

Le second axe de réflexion pour Lacan est celui où l'enfant se retrouve prisonnier du fantasme maternel de l'enfant-objet issu du corps maternel. Il se crée alors une relation fusionnelle, sans limite, où la mère est toute puissante dans sa relation avec son enfant. Un enfant dit « Ma mère elle peut tout faire, elle est toujours là, elle est le père et la mère en même temps, elle est la plus forte ! » et une mère dit « Mon mari ne s'occupe pas bien de mon fils ; je fais

tout pour lui, son père n'a aucune place dans la famille, je suis le père et la mère à la fois » (18).

Il y a alors à bien identifier la place du père dans la structure familiale. « Le père, c'est celui qui désire la mère » disait Lacan, et ce peut donc être à lui de rompre le lien d'objet désiré par la mère qui découle de l'état de préoccupation maternelle primaire des premiers mois décrite par Winnicott.

Le stade du miroir souvent décrit par Lacan est justement la prise de conscience par l'enfant de son propre corps différencié de celui de sa mère, et celui-ci l'invite donc à abandonner l'enfant qu'il est en tant que double d'elle-même. Or, ce corps vu comme objet par la mère peut devenir le lieu d'apparition de symptômes en lien avec d'éventuelles défaillances lors de ces différentes phases du développement de l'enfant. Par exemple, un garçon de 8 ans dit à sa mère « j'aimerais être encore dans ton ventre ... ça fait de la chaleur, j'ai pas besoin de marcher, c'est toi qui me portes » (18).

Dans le cadre des consultations pour des douleurs abdominales récurrentes le médecin généraliste doit donc s'intéresser au fonctionnement de la famille et également du couple parental. La place du père est importante à repérer pour guider la mère, souvent accompagnante seule de l'enfant, dans la compréhension des réactions de son enfant. Cette question de l'aide à la parentalité est probablement insuffisamment abordée au cours des études médicales alors qu'elle apparaît comme essentielle dans l'accompagnement des familles.

La théorie de l'attachement développée entre autres par John Bowlby offre également des moyens de mieux comprendre les symptômes douloureux reflétant un dysfonctionnement de la relation mère-enfant. Il décrit en effet l'importance pour le nourrisson de la figure d'attachement, le plus souvent représenté par la mère et ce dès les premiers jours de vie. Il explique que l'enfant qui a du chagrin ou se trouve dans une situation inconfortable réclame

par des pleurs ou des cris la proximité physique de sa figure d'attachement afin de se sentir rassuré. Ce n'est ni un caprice ni du cinéma et il peut être important là encore pour le médecin généraliste d'enfants de s'appuyer sur ces concepts pour guider les parents dans leur expérience nouvelle de la parentalité. Dans cette approche, l'attachement ne rend pas l'enfant dépendant et au contraire c'est sa confiance dans la disponibilité de la figure d'attachement qui lui permet de se sentir en sécurité pour affronter les défis. On distingue ainsi plusieurs types d'attachement définis comme « secure » ou « insecure ». Chez deux-tiers des enfants, l'attachement dit « secure » est lié à l'existence d'une « base de sécurité » représentée par la confiance en la présence et la réponse de la figure d'attachement. Lorsque ce type d'attachement est présent chez un enfant de 12 mois, il est prédictif d'un développement émotionnel, cognitif et social de meilleure qualité. Il serait également un facteur de protection contre une pathologie psychiatrique ultérieure. C'est donc la qualité de la sensibilité maternelle qui favorise un lien de type secure chez l'enfant (22).

On peut extrapoler cette théorie de l'attachement sur le plan professionnel à travers le lien qui existe entre parents et soignants. Le suivi régulier des enfants accompagnés de leurs parents permet d'instaurer un climat de confiance et est propice à l'expression des craintes de la part des parents. En tant que médecin généraliste d'enfant, notre rôle peut également être de soutenir et prendre soin de ceux qui eux-mêmes ont à prendre soin de leur enfant (22).

## **2.3 La confiance accordée à la parole de l'enfant**

L'analyse des résultats a montré à plusieurs reprises que ce qui fait symptôme pour l'enfant met parfois le médecin dans l'incapacité d'élaborer un ou des éléments de réponse.

C'est la question du « rien ». Plusieurs médecins ont exprimé l'idée qu'après avoir examiné, prescrit des examens complémentaires éventuels, vus en entretien plusieurs fois l'enfant et

son accompagnant ... ils sont arrivés à la conclusion qu'il n'avait rien ou qu'en tout cas eux n'y voyaient rien.

Cette attitude est également parfois reprise par les parents en disant à leur enfant en sortant du cabinet « Tu vois, le Docteur a dit que tu n'avais rien ».

Que pense alors l'enfant de cette idée du « rien » ? Lui a exprimé une douleur, un mal-être, et ses parents et/ou son médecin en arrivent à la conclusion que ça n'existe pas, que c'est peut-être une « maladie imaginaire ». Le médecin en particulier renvoie à l'enfant qu'il ne le croit pas et ferme ainsi la porte à toute tentative de compréhension de ses symptômes.

Précisément, le médecin devrait faire l'effort de faire expliciter à l'enfant cet imaginaire en utilisant comme il a vu précédemment des moyens adaptés. Ce que l'enfant a à nous dire ou ce qu'il nous montre par ses douleurs n'est jamais *rien*. C'est au praticien de trouver la bonne attitude adaptée à chaque enfant pour l'aider à trouver le cadre signifiant, le fil conducteur, nécessaire à la compréhension de ses douleurs.

Freud avec ses patients avait l'habitude d'accorder une grande confiance à la parole quelle qu'elle soit. Sans pour autant être dupe des affirmations, il respectait la parole mensongère dans la mesure où elle engage le patient dans l'expression d'une certaine vérité qui le concerne (23).

A travers les mots de l'enfant, le médecin peut entendre différemment et s'aventurer avec lui dans un mode de communication verbal différent de celui des adultes. Un enfant dira par exemple « Ma mère est une merveille ». Doit-on entendre là le sentiment d'avoir une mère qui veille ?(24)

Quoi qu'il en soit, l'enfant vient en consultation avec sa douleur et même si le médecin identifie à travers elle un « doux-leurre », il a à accueillir cette plainte et cette parole en se mettant à sa hauteur, sans chercher à en suggérer la signification.

Pour conclure, cette étude a permis de repérer les grands axes abordés lors des consultations chez le médecin généraliste des enfants souffrant de douleurs abdominales récurrentes. Elle a également mis en évidence les difficultés et ressentis des praticiens liés à ce type de plainte. Le médecin généraliste élimine rapidement une cause organique au terme des premières consultations. Il arrive cependant que la répétition des symptômes lui fasse craindre de passer à côté d'une maladie grave et l'amène à prescrire plus d'examen complémentaires ou à demander un avis spécialisé.

Les participants identifient bien différents thèmes de la vie de l'enfant qui pourraient être responsables de leurs douleurs fonctionnelles : le milieu scolaire, l'environnement familial, les problèmes de couple, la relation mère-enfant, ont été cités comme cela était attendu.

En revanche, d'autres sujets n'ont pas été abordés comme le vécu de sa maternité par la mère, la place de celui qui n'accompagne pas (le plus souvent le père) et la nécessité de sa présence éventuelle.

Le thème de l'enfant maltraité et les moyens de le repérer a occupé une place importante dans le débat, cela n'était pas attendu et mériterait une étude plus approfondie centrée sur ce sujet à propos des douleurs abdominales chroniques.

Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes sont en lien avec le repérage et la prise en charge de la souffrance parentale comme vecteur des douleurs de l'enfant.

La façon de procéder avec l'enfant en consultation n'est pas très familière des médecins généralistes, à la fois dans les différents outils utilisés pour permettre à l'enfant de s'exprimer mais également dans la capacité de communiquer verbalement avec eux.

Il y a pour le médecin généraliste à inventer un autre déroulé de consultation pour les plaintes douloureuses récurrentes de l'enfant en rapport avec la prévalence très faible des maladies organiques.

Il serait également important que soient enseignées des notions concernant la parentalité et le développement de l'enfant au sein de la structure familiale afin que le médecin généraliste soit mieux armé pour répondre aux demandes liées à ce type de consultation.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Plunkett A, Beattie RM. Recurrent abdominal pain in childhood. *J R Soc Med.* mars 2005;98(3):101-6.
2. Apley J, Naish N. Recurrent Abdominal Pains: A Field Survey of 1,000 School Children. *Arch Dis Child.* avr 1958;33(168):165-70.
3. Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Pharmacological interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1):CD003017.
4. FORT E, GUILLON N. La prise en charge de la douleur chez l'enfant lors de son passage dans des lieux de soins ambulatoires. Juin 2006;Série Études n°61.
5. Bode G, Brenner H, Adler G, Rothenbacher D. Recurrent abdominal pain in children. *J Psychosom Res.* mai 2003;54(5):417-21.
6. Boige N, Missonnier S. L'enfant ventriloque. *Rev Fr Psychosom.* 1 sept 2004;no 26(2):119-47.
7. Frappé P. Initiation à la recherche clinique. *Global Media Sante;* 2011. 216 p.
8. Cathébras P. Troubles fonctionnels et somatisation: comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués. Paris: Masson; 2006.
9. Boige N, Missonnier S. La consultation de gastropédiatrie psychosomatique. *Carnet PSY.* 1 mai 2008;n° 127(5):34-8.
10. Pain S on CA. Chronic Abdominal Pain in Children. *Pediatrics.* 1 mars 2005;115(3):e370-81.
11. Chédane M. Evidence Based Medecine en médecine générale. 2015.

12. Delion P. La consultation en pédopsychiatrie approche psychopathologique du bébé à l'adolescent [Internet]. Paris: Masson; 2010 [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294706738>
13. Freud S. Au-delà du principe de plaisir [Internet]. Payot; 2013. (Psychanalyse Payot). Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=N8OZdTgXn1MC>
14. Winnicott DW, Kalmanovitch J, Sauguet H. De la pédiatrie à la psychanalyse. [Paris]: Payot; 1989.
15. Dolto F, Sauverzac J-F de. Dialogues québécois. Paris: Editions du Seuil; 1987. 312 p.
16. Garcia-Fons T. Invention du dessin dans la cure psychanalytique de l'enfant. Lett Enfance Adolesc. 1 sept 2002;no 49(3):43-50.
17. Vinay A. Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Dunod; 2014.
18. Bergès-Bounes M, Forget J-M. Le corps, porte-parole de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Toulouse: Éditions Érès; 2011 [cité 7 avr 2016]. Disponible sur: <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://www.cairn.info/le-corps-porte-parole-de-l-enfant-et-de-l-adolesce--9782749214337.htm>
19. Winnicott D. La mère suffisamment bonne. Paris: Payot & Rivages; 2006.
20. Agostini D. Les concepts de « capacité d'être seul » (D. W. Winnicott) et de « se sentir seul » (M. Klein). Adolescence. 1 mars 2005;no 51(1):67-78.
21. Menès M. Entre désir maternel et projet paternel..., quelle place pour le petit prince ? Lecture des « Notes sur l'enfant » de Jacques Lacan. Lett Enfance Adolesc. 28 févr 2011;(82):115-22.
22. Guedeney N. L'attachement, un lien vital. Fabert; 2010.
23. Cottance LA. Petit vademecum de la psychanalyse. Paris: Anthropos; 1999.
24. Duverger P. Mes parents sont fragiles. Paris: Éditions Anne Carrière; 2016.

# TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS .....	1
INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES .....	3
1 PRINCIPE.....	3
2 DEROULEMENT DU FOCUS GROUPS .....	3
3 NOTRE FOCUS GROUPS .....	4
3.1 Le guide d'entretien .....	4
3.2 Les acteurs .....	4
3.3 Le déroulement des séances .....	6
RÉSULTATS.....	7
1 DE L'ACCUEIL DU SYMPTOME A L'EXAMEN CLINIQUE .....	7
2 LA POSTURE BIOMEDICALE DU MEDECIN .....	11
3 LE MEDECIN FACE A LUI-MEME .....	17
4 DE QUOI ÇA PARLE DU COTE DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE .....	21
5 LE MEDECIN A L'ECOUTE DE L'ENFANT ET DE SES PARENTS .....	28
6 LA MALTRAITANCE.....	33
DISCUSSION ET CONCLUSION .....	37
1 DISCUSSION DE LA METHODE .....	37
1.1 Intérêts .....	37
1.2 Limites.....	37
2 DISCUSSION DES RESULTATS .....	39
1.3 Etre médecin généraliste et psychothérapeute d'enfant .....	39
1.4 L'appel à la mère et la question de la parentalité .....	43
1.5 La confiance accordée à la parole de l'enfant .....	46
BIBLIOGRAPHIE .....	50
TABLE DES MATIERES.....	52
ANNEXES.....	I
1 GUIDE D'ENTRETIEN DES FOCUS GROUPS .....	I
2 MAIL ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES MSU .....	II
3 MAIL ENVOYE AUX MEDECINS PARTICIPANTS AUX FOCUS GROUPS ..	III

# ANNEXES

## 1 Guide d'entretien des focus groups

Quelle est la place des douleurs abdominales récurrentes de l'enfant dans votre pratique ?

- fonctions du médecin généraliste
- habitude/expérience des consultations de pédiatrie
- quelles difficultés
- exemples concrets

A quels types d'examens ou d'avis avez-vous recours dans cette pathologie ?

- systématique ?
- réseau de spécialistes
- pourquoi adresser ? quand ?
- place du doute de la cause organique
- sensation d'inutilité, non compétence

Quelles sont les particularités que vous identifiez à travers ce type de plainte douloureuse chez l'enfant ?

- type de plainte, intensité, retentissement
- méthode d'évaluation
- vécu parental, contexte familial, scolarité, date anniversaire, deuil récent ...
- qu'est-ce qui est accroché ?

Quelles façons de communiquer avec l'enfant utilisez-vous dans ces consultations ?

- place des parents, présence ou non
- outils : jeux, dessins, activités manuelles
- formation continue

Quels est votre ressenti face à la répétition de ce motif de consultation ?

- sentiment d'échec, d'impuissance
- utilité du suivi dans la durée
- comment utiliser ce temps et le mettre à profit
- que viennent chercher les parents, les enfants chez leur médecin ?

### **3 Mail adressé aux médecins généralistes MSU**

Bonjour,

Dans le cadre de mon travail de thèse, je recherche des médecins généralistes volontaires pour participer à un groupe de discussion appelé "Focus group" composé de médecins généralistes.

Le thème de la discussion portera sur les douleurs abdominales fonctionnelles répétées de l'enfant.

L'objectif est de faire émerger les grandes lignes des attitudes et des difficultés rencontrées par les médecins dans ce type de pathologie.

Ces groupes de discussion se dérouleront à la Faculté de Médecine d'Angers. Le temps à prévoir est d'environ 1h30 et **deux dates** seront nécessaires, à définir en fonction des disponibilités de chacun.

Si vous êtes intéressés, je vous invite à me recontacter par mail en me précisant les plages horaires les plus pratiques pour vous.

Je pourrai également être amenée à vous recontacter par téléphone.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ce message et de votre réponse.

Bien cordialement,

Katy FINEL, interne en 6ème semestre.

[katyfinel@hotmail.fr](mailto:katyfinel@hotmail.fr)

## **4 Mail envoyé aux médecins participants aux Focus groups**

Bonjour,

Je vous remercie tout d'abord vivement d'avoir accepté de consacrer de votre temps à mon travail de thèse.

Je vous confirme que les 2 Focus groups auront lieu les **11 et 25 avril prochain de 13h à 14h30** à la Faculté de Médecine.

Le lieu exact vous sera communiqué dès que possible.

Il s'agit de réunir 8 médecins généralistes autour d'une même table pour aborder le sujet des douleurs abdominales fonctionnelles répétées de l'enfant, la discussion est animée par un autre médecin généraliste qui ne participe pas au débat.

Il est important de participer aux 2 dates afin d'obtenir une saturation des données et de rendre le plus riche possible ce recueil de vos perceptions et ressentis dans le cadre de cette pathologie.

L'ensemble du débat sera filmé et enregistré dans le seul but de retranscrire de manière anonyme les échanges. L'enregistrement ne sera pas diffusé mais visionné par moi-même pour la retranscription.

**Je vous remercie donc de me confirmer votre participation par retour de mail ou par téléphone.**

Encore merci de votre aide,

Cordialement,

Katy FINEL.

[katyfinel@hotmail.fr](mailto:katyfinel@hotmail.fr)

Rapport-Gratuit.com



## Attitude et ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des douleurs abdominales récurrentes fonctionnelles de l'enfant

### RÉSUMÉ

Les douleurs abdominales récurrentes touchent 11 à 45 % des enfants d'âge scolaire et une cause organique est écartée dans plus de 90 % des cas.

L'objectif principal de ce travail est de repérer les représentations, les ressentis et l'attente des médecins généralistes dans le suivi des douleurs abdominales récurrentes de l'enfant d'âge scolaire.

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée avec 2 *Focus groups* comprenant 8 et 7 médecins généralistes maîtres de stage universitaires à la Faculté de Médecine d'Angers. Les débats ont été enregistrés à 2 semaines d'intervalle en avril 2014. Les propos ont ensuite été analysés puis regroupés en différents thèmes par l'auteur.

Les médecins généralistes éliminent rapidement une pathologie organique par l'interrogatoire, l'examen clinique et la réalisation d'examens complémentaires. Ils identifient des thèmes à explorer chez l'enfant comme pouvant être en lien avec leurs douleurs fonctionnelles : le milieu scolaire, l'environnement familial, les problèmes de couple, la relation mère-enfant. Les médecins sont confrontés à des difficultés dans le repérage et la prise en charge de la souffrance parentale comme vecteur des douleurs de l'enfant. Les différents moyens d'expression et de communication avec l'enfant ne leur sont pas familiers. La question de la maltraitance est une inquiétude forte chez la plupart des médecins confrontés à ce type de plainte récurrente.

Le soutien à la parentalité et les moyens de communiquer avec l'enfant devrait être mieux connus des médecins généralistes pour leur permettre d'inventer un mode de consultation plus adapté aux douleurs abdominales récurrentes fonctionnelles.

350 mots ma  
éventuellemen

**Structure pro**

Introduction

Sujets et Méth

Résultats

Conclusion

**Mots-clés :** douleurs abdominales récurrentes, enfants, médecins généralistes, ressenti, Focus group

## Management and feelings of general practitioners in the treatment of functional recurrent abdominal pain in children

### ABSTRACT

Recurrent abdominal pain affects 11-45% of school-age children and an organic cause is ruled out in 90% of cases. The main objective of this study was to identify the representations, feelings and expectations of general practitioners in monitoring recurrent abdominal pain in children of school age.

This qualitative study was carried out with two Focus groups of 8 and 7 general practitioners academic tutors at the medical school of Angers, France. The discussions were recorded at a 2-week interval in April 2014. The statements were analyzed and grouped into different themes by the author.

General practitioners quickly eliminated organic pathology after history taking, clinical examination and further investigations. They identified themes to explore with children as being possibly linked with their functional pain : their school and family environment, relationship problems, the mother-child relationship. Doctors are usually faced with difficulties in the identification and management of parental suffering as a vector of children's pain. They are not familiar with the different means of expression and communication with the children. The issue of abuse is strong concern among most doctors confronted with this type of recurring complaint.

Parenting support and the means to communicate with children should be better known by general practitioners to enable them to invent a consultation mode best suited to functional recurrent abdominal pain.

**Keywords :** recurrent abdominal pain, children, general practitioners, feelings, Focus group

