

# Que savent les parents sur les antalgiques qu'ils donnent à leurs enfants et comment les utilisent-ils en automédication ?

**Dr Florence Behal-De Groc<sup>1</sup>, Dr Barbara Tourniaire<sup>2</sup>,  
Patricia Cimerman<sup>3</sup>, Dr Michel Galinski<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Médecin généraliste

<sup>2</sup> Pédiatre, centre de prise en charge de la douleur et de la migraine, hôpital Trousseau, Paris

<sup>3</sup> Infirmière de recherche clinique, Centre national de ressource de lutte contre la douleur (CNRD), Paris

<sup>4</sup> Anesthésiste-réanimateur, service d'anesthésie réanimation, hôpital Jean Verdier, Bondy

Les parents sont régulièrement confrontés à la douleur de leur enfant et ont souvent plusieurs médicaments à leur disposition pour les soigner eux-mêmes. Cependant, tant l'évaluation de la douleur que l'utilisation pratique des antalgiques présentent de nombreux pièges. Les parents devraient donc avoir un minimum de connaissances de base sur les antalgiques comme le paracétamol et l'ibuprofène afin de pouvoir gérer efficacement au domicile des douleurs « bénignes ».

Les études montrent que les douleurs en pédiatrie sont souvent sous-traitées principalement du fait de fausses croyances des parents. En effet selon les travaux, 50 à 60 % de parents pensent qu'il existe un risque d'addiction avec les antalgiques et 40 % qu'il faut en donner le moins possible à cause du risque d'effets secondaires [1, 2]. Les études qui s'intéressent au respect des posologies, du paracétamol notamment, retrouvent que dans un peu plus de 40 % des cas seulement les parents administrent les doses correctes à leur enfant [3-5]. Il existe peu d'études sur les connaissances pratiques des parents, leur utilisation de l'automédication et leurs sources d'informations.

Notre objectif principal était de savoir si les parents avaient suffisamment de connaissances (principes actifs, posologies, délais entre 2 prises, conduite à tenir en cas d'échec d'une première prise) pour gérer efficacement la douleur de leur enfant au quotidien. Notre hypothèse principale était que les parents utilisent le paracétamol sans crainte, le pensant complètement « inoffensif » mais ne savent pas identifier correctement les molécules contenues dans les médicaments qu'ils connaissent, confondant en particulier le paracétamol et l'ibuprofène, et ne sachant pas, parmi les noms de médicaments qu'ils ont dans leur pharmacie familiale, lesquels correspondent à telle ou telle molécule. Nous avons également cherché à savoir si les parents qui avaient déjà reçu des informations sur les antalgiques ou dont les enfants avaient régulièrement de fortes douleurs avaient de meilleures connaissances que les autres.

## Matériel et méthodes

Trois cent vingt-huit questionnaires écrits ont été distribués de juillet à septembre 2012 dans 3 centres d'Île-de-France : un cabinet de médecine générale de l'Essonne (91), le service de

pédiatrie générale de Lagny-sur-Marne (77) et le centre de prise en charge de la douleur et de la migraine de l'hôpital Trousseau à Paris. Nous avons ainsi pu toucher différentes familles, et modes de consultations, en soins primaires, secondaires ou tertiaires.

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel SPSS, le seuil de significativité étant fixé à  $p < 0,005$ .

## Résultats

Trois cent douze questionnaires ont été inclus, 136 au centre de la migraine dont 74 patients déjà suivis et 61 nouveaux patients, 85 dans le service de pédiatrie générale et 91 dans le cabinet de médecine générale. Les parents étaient des femmes dans 76,3 % des cas et avaient moins de 35 ans dans 31 % des cas. Cent soixante-neuf parents ont déclaré qu'un ou plusieurs de leurs enfants avaient régulièrement de fortes douleurs, des céphalées ou des migraines pour la plupart. Dans la population des parents 31,7 % déclaraient prendre régulièrement des antalgiques et 9,6 % s'identifiaient comme des douloureux chroniques ; 90,4 % avaient recours à l'automédication pour eux et 86,9 % pour leur enfant.

Les parents devaient en premier lieu dire s'ils utilisaient certains médicaments sans arrière-pensées ni crainte. Au total : aucun parent n'avait peur du paracétamol, mais 50 parents disaient avoir peur des AINS pour des raisons non pertinentes (« trop puissant, trop fort, le médecin a dit non »...). Vingt-quatre pour cent des parents déclaraient par ailleurs que le paracétamol n'avait, à leur connaissance, pas d'effet secondaire.

Parmi une liste de médicaments qui leur était proposée, 93,9 % déclaraient connaître le Doliprane® et 98,7 % l'Advil®.

Cependant lorsqu'on leur demandait d'identifier parmi cette même liste quels médicaments contenaient d'une part du paracétamol et d'autre part de l'ibuprofène, **seulement 145 parents étaient finalement capables d'identifier à la fois une molécule d'ibuprofène et de paracétamol sans les confondre, soit 46,5 % de la population totale de l'étude.**

Les parents devaient également identifier les effets secondaires du paracétamol, de l'ibuprofène et de la codéine parmi une liste dans laquelle étaient mélangées des propositions correctes et fausses. Seulement 11, 21 et 29 % des parents citaient un ou plusieurs effets secondaires corrects, sans citer d'effets secondaires faux, respectivement pour le paracétamol, l'ibuprofène et la codéine. Ainsi, finalement, les effets secondaires du paracétamol étaient les moins connus !

Quant aux connaissances sur les posologies, 10,3 % des parents citaient des posologies par prise trop faibles de paracétamol et 29,5 % pour l'ibuprofène. En ce qui concerne le nombre de prises possibles 42,3 % disaient pouvoir donner à leur enfant moins de 4 prises de paracétamol par jour.

Au total dans 30 à 40 % des cas, les doses administrées quotidiennement par les parents à leurs enfants étaient insuffisantes.

Enfin dans des questions de mise en situation clinique, 30 % des parents déclaraient ne rien faire en cas d'échec d'un premier antalgique, et un peu plus de 35 % changeaient de molécule mais dans des délais beaucoup trop longs pour la majorité des cas.

Nous avons finalement intégré tous ces critères dans une échelle globale, tenant compte de leurs connaissances sur les posologies, sur les molécules présentes dans les médicaments qu'ils connaissent et sur les délais d'administration. Les connaissances ont été ainsi classées de « très bonnes » à « mauvaises ». Seulement 4 % des parents avaient l'ensemble des connaissances

nécessaires pour traiter efficacement la douleur de leur enfant. Trente-cinq pour cent identifiaient correctement paracétamol, ibuprofène et aspirine mais faisaient des erreurs dans leur administration, 5 % alternaient correctement les antalgiques mais sans identifier correctement le principe actif. La moitié avait des connaissances insuffisantes.

Enfin 70 % des parents déclaraient avoir reçu des informations de la part de leur médecin qui était d'ailleurs la première source d'information des parents.

L'analyse statistique montrait que les parents dont les enfants avaient régulièrement de fortes douleurs ( $p = 0,009$ ) et ceux dont les enfants avaient déjà eu des explications lors de consultations douleur à l'hôpital Trousseau ( $p = 0,038$ ) avaient un meilleur niveau global de connaissance que les autres comme nous en avons fait l'hypothèse.

## Discussion

Notre population n'était pas comparable à la population générale mais dans la littérature les chiffres sont proches des nôtres, ainsi dans une étude américaine sur l'automédication réalisée en 2002, 66 % des personnes qui prenaient un médicament en automédication pour des céphalées n'étaient pas capables d'identifier correctement le principe actif qu'il contenait ou ne le savaient tout simplement pas [6] ; en revanche en ce qui concerne la connaissance et l'administration des posologies nos résultats sont plus optimistes que ceux de la littérature (tableau 1).

Tableau 1. Comparaison de nos résultats sur les posologies administrées avec ceux de la littérature

Étude	Alves <i>et al.</i> [3]	Goldman & Scolnik [7]	Li <i>et al.</i> [8]		Notre étude		
			Paracétamol	Ibuprofène	Paracétamol		Ibuprofène (par prise)
Par prise	Nb prises						
Principe actif	Paracétamol (248 parents interrogés)	Paracétamol (200 enfants inclus)	Paracétamol	Ibuprofène	Par prise	Nb prises	Ibuprofène (par prise)
Posologie incorrecte	54,2 %	53 %	62 %	26 %	13,7	42,8	32,7 %
Doses inférieures	84,4 %	41 %	NP	NP	10,3	42,3	29,5 %
Doses supérieures	15,6 %	12 %	NP	NP	3,4	0,5	7,7 %

NP : non précisé.

Malgré ces résultats médiocres, 92 % des parents déclaraient avoir été informés par leur médecin sur le délai entre 2 prises. Seulement 42 % en revanche ont déclaré avoir reçu des informations sur les molécules contenues dans les médicaments.

Le fait que les parents dont les enfants ont régulièrement de fortes douleurs et ceux dont les enfants sont suivis dans le centre de la douleur et de la migraine de l'hôpital Trousseau aient de meilleures connaissances que les autres s'explique par le fait qu'ils ont reçu plus d'informations sur les antalgiques. Dans ce centre spécialisé, la durée des premières consultations est longue (1 heure à 1 heure ½, contrairement aux consultations de médecine générale qui durent en moyenne 16 minutes [9]), et une grande partie de la consultation est dédiée à l'éducation thérapeutique en particulier sur les AINS, traitement de crise recommandé en première intention [10].

Des systèmes d'éducation thérapeutiques ont été testés et, bien que montrant une amélioration de la prise en charge, les résultats n'étaient pas significatifs [11-15]. Seule une étude dans laquelle une réglette était fournie aux parents, donc un système d'information très « pratique », a permis d'obtenir, dans le groupe test, une réduction significative des erreurs de dosage et une augmentation significative du nombre d'intervalles corrects entre 2 prises [16].

## Conclusion et perspectives

Les résultats de notre étude confirment notre hypothèse selon laquelle les parents ont finalement peu de connaissances sur les antalgiques, conduisant à leur sous-utilisation dans les douleurs de la vie quotidienne de leurs enfants. Cependant ceux qui ont déjà reçu des informations ciblées sur les antalgiques ont de meilleures connaissances que les autres, en tout cas suffisamment pour se « débrouiller ».

L'élaboration d'un outil d'information, clair, simple et pratique, est en cours. Les informations nécessaires seront regroupées pour permettre une prise en charge optimale de la douleur de l'enfant à domicile.

## Références

- [1] Rony RYZ, Fortier MA, Chorney JM, et al. Parental postoperative pain management : attitudes, assessment, and management. *Pediatrics* 2010 ; 125 (6) : e1372-8.
- [2] Fortier MA, Wahi A, Maurer EL, et al. Attitudes regarding analgesic use and pain expression in parents of children with cancer. *J Pediatr Hematol Oncol* 2012 ; 34 (4) : 257-62.
- [3] Alves JGB, Cardoso Neto FJ, Almeida CDC, Almeida NDC. Dipyron and acetaminophen : correct dosing by parents ? *São Paulo Med J Rev Paul Med* 2007 ; 125 (1) : 57-9.
- [4] Linder N, Sirota L, Snapir A, et al. Parental knowledge of the treatment of fever in children. *Isr Med Assoc J IMAJ* 1999 ; 1 (3) : 158-60.
- [5] Alomar M, Alenazi F, Alruwaili N. Accuracy of acetaminophen dosing in children by caregivers in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 2011 ; 31 (5) : 513-7.
- [6] Harris Interactive. Attitudes and Beliefs About the use of Over-the-Counter Medicines : A dose of Reality. A National Survey of Consumers and Health Professionals [Internet]. NCPIC ; 2012. Disponible sur : [http://www.bemedwise.org/survey/final\\_survey.pdf](http://www.bemedwise.org/survey/final_survey.pdf).
- [7] Goldman RD, Scolnik D. Underdosing of acetaminophen by parents and emergency department utilization. *Pediatr Emerg Care* 2004 ; 20 (2) : 89-93.
- [8] Li SF, Lacher B, Crain EF. Acetaminophen and ibuprofen dosing by parents. *Pediatr Emerg Care* 2000 ; 16 (6) : 394-7.
- [9] Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances de médecins généralistes. DREES Études Résultats. 2006 ; 481.
- [10] HAS. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. Recommandations [Internet]. 2002. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/migraine\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/migraine_recos.pdf).
- [11] Vincent C, Chiappetta M, Beach A, et al. Parents' management of children's pain at home after surgery. *J Spec Pediatr Nurs JSPN* 2012 ; 17 (2) : 108-20.
- [12] Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä AM, et al. Promoting children's pharmacological postoperative pain alleviation at home. *Pediatr Nurs* 2009 ; 35 (5) : 298-303 ; quiz 304-5.
- [13] Sutters KA, Savedra MC, Miaskowski C. The pediatric PRO-SELF©: pain control program : an effective educational program for parents caring for children at home following tonsillectomy. *J Spec Pediatr Nurs JSPN* 2011 ; 16 (4) : 280-94.
- [14] LeMay S, Johnston C, Choinière M, et al. Pain management interventions with parents in the emergency department : a randomized trial. *J Adv Nurs* 2010 ; 66 (11) : 2442-9.
- [15] Greenberg RS, Billett C, Zahurak M, Yaster M. Videotape increases parental knowledge about pediatric pain management. *Anesth Analg* 1999 ; 89 (4) : 899-903.
- [16] Hixson R, Franke U, Mittal R, Hamilton M. Parental calculation of pediatric paracetamol dose : a randomized trial comparing the Parental Analgesia Slide with product information leaflets. *Paediatr Anaesth* 2010 ; 20 (7) : 612-9.