

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard – LYON I

Faculté de médecine Lyon Est

Année 2014-2015 N°

**EXPLORATION DU VECU DES PARENTS ET DES
ENFANTS LORS DE L'ADMINISTRATION DES
MEDICAMENTS**

Enquête qualitative sur 18 familles

THESE EN MEDECINE GENERALE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

Soutenue publiquement le 15 janvier 2015

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Belin Delphine

née le 20/09/1986 à Metz (57)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice: Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2014/2015

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducarf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire

Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale

Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchabib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
-----------	-------	--

Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
-----------	----------------	--

Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Chanelière	Marc
Farge	Thierry
Figon	Sophie

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	12
ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION	15
GENERALITES	18
1) Méthode qualitative	19
a. Les avantages	21
b. Les inconvénients	22
c. Les critères scientifiques d'une étude qualitative	22
d. La population/l'échantillon	23
e. Le codage	23
2) Intérêt de cette étude	24
MATERIEL ET METHODE	26
1) Matériel	27
a. La population	27
b. Enregistrement	29
c. Guide d'entretien	29
2) Méthode	31
a. Etude qualitative	31
b. Aspect médico-légal	31
c. L'investigateur	32
d. Elaboration des modalités d'entretien	32
e. Le codage	34
3) Bibliographie	34
RESULTATS	36
1) La population	37
2) Les entretiens	37
3) Les enfants	38
a. Verbatim	38
b. Interprétation des dessins	46
c. Interprétation des jeux de rôles	53
4) Les parents	55
a. La communication	55
b. Ce qui facilite l'administration	58
c. Ce qui freine l'administration	62
d. La connaissance	65
e. Le ressenti difficile des parents	67
f. La surmédicalisation	68
g. L'enfant	70
h. Le médecin	71
i. Le médicament	73
j. Les voies d'administration	76
k. La prescription	78
l. La consultation	79

m.	La maladie	80
n.	Les différentes formes de soins	82
o.	Les autres professionnels	85
p.	L'évolution dans le temps	86
q.	La relation adulte/enfant	88
r.	Les supports d'information	89
s.	Tierce personne	90
t.	La bonne santé	93
DISCUSSION		95
1)	Limites de l'étude	96
a.	Elément perturbateur	96
b.	Mode d'enregistrement	97
c.	Rapport à l'interviewer	97
d.	L'entretien semi dirigé	98
e.	Le lieu de l'entretien	99
2)	Validité interne et externe	99
a.	Validité interne	99
b.	Validité externe	100
3)	Codage	100
a.	Le médicament et son administration	101
b.	Le médecin	101
c.	La prescription	102
d.	Entraves à la communication et à l'administration des médicaments	103
e.	Les autres formes de soins	103
4)	Le dessin	104
5)	Amélioration des pratiques	105
6)	Perspectives	106
CONCLUSION		107
ANNEXES		108
ANNEXE 1 :	Grille d'entretien parents	111
ANNEXE 2 :	Grille d'entretien enfants	113
ANNEXE 3 :	Présentation au Comité d'Ethique	115
ANNEXE 4 :	Avis du Comité d'Ethique	116
ANNEXE 5 :	Formulaire de consentement	117
ANNEXE 6 :	Consolidated Criteria for reporting qualitative studies (COREQ)	119
ANNEXE 7 :	COREQ list de l'investigateur	122
ANNEXE 8 :	Tableau récapitulatif des parents recrutés	126
ANNEXE 9 :	Tableau récapitulatif des enfants recrutés	128
ANNEXE 10 :	Codes enfant	129
ANNEXE 10 bis :	Interprétation dessin	130
Interprétation jeux de rôle		134
ANNEXE 11 :	Métacodes enfant	138
ANNEXE 12 :	Codes parents	140
ANNEXE 13 :	Métacodes Parents	142
ANNEXE 14 :	Dessins	151
BIBLIOGRAPHIE		168

REMERCIEMENTS

Ce travail de thèse n'aurait pas pu aboutir sans le soutien de tous mes maîtres, de mes proches et l'ensemble des familles participantes.

Merci au Professeur Gillet pour l'intérêt porté à cette thèse, vos commentaires et pour avoir accepté la présidence du jury.

Merci aux Professeur Dubois et Professeur Zerbib de s'être intéressés à mon travail et pour leur participation au jury.

Merci au Docteur de Freminville, mon directeur de thèse qui m'a soutenu dès l'élaboration de ce projet et m'a accompagné tout au long de ce travail et au cours de mon parcours médical. Grâce à vous je me suis découverte l'âme d'une exploratrice de la méthode qualitative « step by step ».

Merci à l'ensemble des familles ayant accepté de participer à ce travail de recherche, au temps qu'elles ont accepté de m'accorder et aux anecdotes qu'elles ont bien voulu partager.

Merci aux Docteur Laprais, Docteur Ballin, Docteur Toussaint et Docteur Virard qui m'ont appris les bases de mon futur métier et m'ont fait partager leur passion.

Merci à l'ensemble du service de pédiatrie de Villefranche sur Saône pour cette nouvelle vie professionnelle.

Merci au Dr Mestre et à l'ensemble du service de cardiologie de Vienne pour ce stage très enrichissant qui m'a permis d'acquérir une grande autonomie.

Merci à l'ensemble de mes maîtres de stage et aux services dans lesquels j'ai pu m'épanouir au long de mon cursus : les urgences de Roanne, l'infectiologie à Annemasse, la pédiatrie à Bourg en Bresse.

Un merci tout particulier à Nicolas, pour ton amour, ton soutien dans les bons comme les mauvais moments. Pour avoir envie chaque matin de me lever dans tes bras. Pour supporter mes défauts et mes larmes quand je suis fatiguée. Je ne sais pas où la vie nous mènera mais j'espère la vivre à tes côtés.

Merci à ma mère, mon père pour leur soutien indéfectible, les multiples relectures de ma thèse, leur disponibilité et leur dévouement face aux difficultés que j'ai pu avoir. Nous ne sommes pas du genre à étaler nos sentiments et je ne sais comment vous exprimer toute ma gratitude.

Merci à ma sœur Céline pour m'avoir soufflé l'idée de ce sujet, pour avoir passé du temps à la relecture jusqu'à la dernière minute, et pour ses précieux conseils tout au long de ma vie.

Merci à mon beau frère Nicolas pour son expertise informatique qui aura permis à mon ordinateur de tenir jusqu'à la fin de ce travail.

Merci à mes nièces Naomi et Ophélie pour leurs sourires et la joie de les voir grandir.

Merci à mon grand père Paul qui n'aura cessé de me dire « travaille bien » depuis ma plus tendre enfance, j'espère avoir été à la hauteur.

Merci à mes grands parents Henriette et Désiré, partis trop tôt, j'aurais aimé que vous soyez présents.

Merci à Pascal pour sa grande aide pour l'interprétation des dessins et à Rosalie pour les moments partagés ensemble qui sont si importants.

Merci à l'équipe de pirates : Pierre, Laura, Lauriane, Paul, Marine, Clément, Séverine, Basile, Marjorie, Apolline, Marc, Tara, Bertrand, Mélanie, Mathieu, Marion, Pierre, Arnaud pour ces 10 années de bonheur, de vacances, de soirée et de rigolade, je n'ai pas assez de mots pour résumer tout ce qu'on a partagé.

Merci aux copines disséminées à travers la France et l'Europe : Charlène, Marie-Lucie, Caroline, Marion parce que malgré le temps et la distance c'est comme si rien n'avait changé à chaque retrouvaille.

Merci à Delphine, la plus rapide, compétente et dynamique de toutes les internes. Toujours présente dans l'adversité, les coupures de gaz et les moments de bonheur.

Merci à Marie-Laure, Marion, Corinne, Cornélia des co internes en or avec qui le travail et la vie passent mieux en riant.

Merci à Laura, Julie et toutes les copines de Lyon pour être présentes et partager des moments conviviaux y compris les déménagements.

Et enfin merci au dégât des eaux d'avoir corsé un peu plus l'épreuve.

ABREVIATIONS

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

FAYR-GP : French Association of Young Researchers in General Practice

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

PAI : Projet d'Accueil Individualisé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

INTRODUCTION

Chaque jour les médecins généralistes prescrivent de nombreux médicaments destinés aux enfants pour les soigner ou les soulager de leurs maux. Une fois à la maison, il en est tout autre, l'administration s'avère parfois un vrai calvaire ou en tout cas un défi quotidien face à ces enfants qui ne comprennent pas toujours ce que l'on veut leur faire prendre.

Les parents ont une place de premier choix en ce qui concerne l'administration des médicaments aux enfants. Ils font office d'infirmière en les préparant et en les administrant, de médecin en diagnostiquant les effets secondaires et en évaluant l'efficacité du traitement, de pharmacien en conseillant leurs enfants et parfois même de psychologue pour tenter de comprendre leurs blocages et faire face aux difficultés des enfants.

Les parents sont une partie importante de l'équipe traitante, mais pour ce faire ils doivent avoir en main l'information pertinente, ce qui peut parfois être difficile, particulièrement en pédiatrie. [1]

Comment est perçu ce moment particulier d'administration des médicaments par les parents qui deviennent alors soignants sans aucune formation préalable, et par les enfants qui deviennent patients à part entière ?

Deux événements m'ont conduit à étudier ce thème. Le premier est d'avoir été confronté à des parents qui s'échinaient à donner des traitements anti diarrhéiques et anti émétiques à leurs enfants au cours d'une gastroentérite aiguë mais sans donner le soluté de réhydratation orale prescrit. Je me suis alors dit que le message n'était pas bien passé sur l'utilité des médicaments et la priorisation en cas de difficultés à administrer. Le deuxième est lié à une maman de mon entourage qui après avoir particulièrement peiné à donner des médicaments à sa fille, m'a suggéré cette idée de thèse.

Cette thèse fait suite à un travail de mémoire de recherche en médecine générale au cours duquel l'entretien avec les enfants a été testé.

L'objectif principal est d'identifier les difficultés rencontrées par les parents concernant l'administration des médicaments aux enfants. Les objectifs secondaires sont de découvrir quelles techniques ou astuces ils emploient pour arriver à leurs fins et quel est le ressenti à la fois des parents et des enfants face à la prescription médicale et aux médicaments en général.

L'hypothèse de base est la suivante : si en tant que médecin généraliste nous ne prescrivons que l'essentiel pour être certain que les médicaments indispensables soient donnés, cela permettrait d'augmenter l'adhésion de l'enfant au traitement.

GENERALITES

1) La méthode qualitative

La méthode qualitative est un cheminement progressif de questions en questions. Elle est largement utilisée dans les études sociologiques.

Les premières recherches sur des phénomènes humains dans leur environnement naturel sont réalisées par des anthropologues et des sociologues en 1920. [2]

En revanche, dans le milieu médical son utilisation est assez récente. Les premiers chercheurs dans le domaine de la santé sont apparus en 1990 [3]

Elle nécessite le plus souvent des études sur le long terme et avec plusieurs investigateurs.

Elle repose sur la **théorie ancrée** et relève de l'observation de l'individu : il s'agit de construire la théorie petit à petit à partir des données recueillies. Ainsi l'investigateur ne sait pas ce qu'il va trouver au départ de l'étude et chemine progressivement en découvrant des idées communes au fur et à mesure des entretiens. [4]

Le principe est d'interroger des personnes, patient ou professionnel de santé sur le ressenti et leur vécu face à une problématique. Plusieurs techniques peuvent être utilisées pour un même travail.

Etude quantitative et qualitative sont souvent mises en opposition alors qu'elles n'explorent pas les mêmes facettes de la connaissance. Elles sont complémentaires. La recherche qualitative ne cherche pas à mesurer ou à quantifier mais plutôt à recueillir des données verbales pour les interpréter ensuite. [5]

Tableau récapitulatif du CNGE 2013 sur les différences entre méthode quantitative et qualitative

Quantitatif	Qualitatif
Mesure un phénomène	Explore un phénomène
Dénombrer, compte	Cherche un sens
Recherche des liens statistiques	Interprète
Déductif (en général)	Inductif (en général)
Teste des hypothèses	Génère des hypothèses
Biomédical, variables	Individu/groupe
Objectif, reproductible	Subjectif, non reproductible
Etablir des relations entre deux phénomènes, causalité	Comprendre Interactions, phénomènes

Le choix de la méthode dépend de ce que l'on souhaite explorer et de la question que l'on se pose.

On dénombre 5 principales techniques de recueil des données en méthode qualitative : [6]

- les **entretiens individuels** : dirigés, semi dirigés ou approfondis. Il s'agit d'interroger des personnes en face à face avec des questions plus ou moins directives sur le thème choisi. Un entretien semi dirigé comporte des questions les plus ouvertes possibles pour permettre à la personne interrogée une certaine liberté mais les questions sont néanmoins sur des thèmes précis pour répondre à la question posée.
- les **focus group** : on réunit plusieurs personnes d'horizons divers pour qu'elles donnent chacune leur opinion sur un thème donné et permettre l'interaction entre elles. Il y a alors une dynamique de groupe qui permet d'entretenir le débat. Cette technique n'est pas adaptée aux sujets trop intimes.

- la **méthode Delphi** qui consiste en une systématisation d'avis d'experts par le biais d'un recueil d'opinion jusqu'à obtenir un consensus sur une question donnée. On envoie une question à des experts qui font chacun des propositions pour y répondre puis on en fait la synthèse que l'on renvoie à chaque fois jusqu'à tomber sur un accord.
- Technique du **groupe nominal** : groupe structuré constitué d'experts destiné à recueillir des données sur un sujet précis. Les participants écrivent des idées puis chacun les présente aux autres avant d'en discuter.
- **Analyses de données** : documents archivés, matériel vidéo, etc...On recueille les données à partir de fichiers déjà enregistrés auparavant et on en ressort des thèmes communs.

Les questionnaires utilisés sont basés sur très peu de questions très ouvertes pour obtenir un maximum d'information. Le nombre de récurrences d'une donnée importe peu, car si une occurrence est notée une fois, elle est prise en compte.

La totalité des interviews sont retranscrites dans un **verbatim** c'est à dire un support qui reprend mot à mot tout ce qui a été dit au cours de l'entretien y compris les interjections, les rires, les hésitations, les silences et les bafouillages.

a) Les avantages de la méthode qualitative [2]

- cette méthode est la seule qui permette l'utilisation d'informations subjectives
- la maniabilité, il s'agit d'une technique moins rigide
- elle examine des questions complexes, des questions chargées de sens
- elle explore de nouveaux domaines de recherche

- elle construit des théories neuves grâce à une manière différente d'aborder les personnes interrogées
- une recherche en profondeur : on explore des points particuliers chez des sujets particuliers

Il s'avère que la méthode qualitative est tout particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale. En effet elle axe plus sur le vécu du patient et sur ses attentes.

b) Les inconvénients [2]

- la subjectivité
- la manque de reproductibilité
- le fort coefficient de travail, il s'agit d'un travail de longue haleine
- le coût
- défaut de formation des chercheurs biomédicaux

c) Les critères scientifiques d'une étude qualitative [2]

- **Validité interne** : vérifier si les observations sont fidèles à la réalité, à leur crédibilité [7]. Le chercheur observe-t-il vraiment ce qu'il croit observer ?
- **Validité externe** : s'assurer que les observations sont généralisables à d'autres objets ou contextes et pour cela, il s'agit de bien décrire la population établie de manière très précise [8]. C'est équivalent à la fidélité, la constance, à l'objectivité [7] : il s'agit de savoir si la population est bien représentative et suffisamment diversifiée car si l'on prend des caractéristiques trop similaires, on arrivera à saturation des données de manière artificielle.

La validité d'une étude qualitative est exacerbée par

- la triangulation des données c'est à dire à la relecture systématique des verbatim par un chercheur autre que l'investigateur afin de croiser les résultats retrouvés.
- La saturation des données qui consiste à avoir suffisamment d'entretiens pour ne plus avoir d'information nouvelle

d) La population/l'échantillon

Le principe est de recruter des participants qui fassent ressortir les divergences (de représentations, de comportements et d'attitudes) qui existent au sein de la population par rapport au thème proposé. Il faut maximiser l'expression de la diversité. [5]

Il n'y a pas de règle précise quant à la taille de l'échantillon. Si l'on recherche de la profondeur, il faut privilégier un petit échantillon. Si l'on souhaite en revanche avoir un grand nombre d'information, il faut avoir un grand échantillon. [5]

e) Le codage

Coder c'est donner du sens [9]

C'est un processus de transformation fait en continu. Il permet de passer du chronologique au thématique puis à l'explicatif.

On sort de son contexte un morceau de texte et on recherche le plus petit élément signifiant.

On regroupe ainsi les verbatim en illustrant les données.

Il s'agit de décontextualiser puis recontextualiser les données recueillies. Ce processus se fait en continu au cours de l'étude. [9]

2) Intérêt de cette étude

Au cours de la première recherche bibliographique effectuée en décembre 2013, aucune étude ne s'intéressait directement au point de vue des enfants. C'est pourtant une population que l'on rencontre de plus en plus en médecine générale suite à la diminution globale de la démographie médicale.

Cette tendance va probablement s'accroître avec le temps et les médecins généralistes se doivent d'en comprendre les particularités.

La bibliographie retrouvait également de nombreuses études sur les effets indésirables des médicaments et sur les erreurs de posologies mais pas sur les difficultés que pouvaient présenter les parents à domicile.

Lors de la deuxième session de recherche bibliographique en avril 2014, une étude d'une interne en médecine générale s'intéressait au point de vue des enfants sur la consultation médicale et sur leur médecin généraliste. Cette étude utilisait la technique du focus group. [11]

Le constat est alors le même : les consultations de pédiatrie représentaient 1,7% des consultations en médecine de soins primaires selon un rapport de la DREES en 2007

On dénombre en 2014 selon un rapport de l'INSEE : 7 710 pédiatres pour 102 140 médecins généralistes. [12]

Le problème de l'observance est un problème récurrent en pédiatrie, c'est un vrai frein à la bonne efficacité d'un traitement.

Avoir la faculté d'adapter ses prescriptions en fonction des éventuelles difficultés rencontrées au domicile permettrait d'augmenter l'adhésion au traitement de l'enfant. Mais pour cela, il faut justement identifier ces difficultés.

La communication avec l'enfant est un exercice particulier, tous les médecins n'y sont pas forcément habitués et trop souvent, le dialogue se déroule uniquement entre adultes. Cette étude a pour but de laisser la parole aux enfants et comprendre leurs difficultés.

L'auteur Jean Piaget a écrit « la représentation du Monde chez l'enfant » et il note que l'enfant n'est pas un adulte en plus petit, il a sa propre interprétation du monde et sa propre gestion des informations. Il convient donc de le prendre en compte pour optimiser le soin. [13]

Notre étude traite donc d'un sujet nouveau, qui n'a pas encore été observé et permet d'étudier l'interaction entre les 3 acteurs principaux du soin de l'enfant en ambulatoire : le médecin, le parent et bien sûr l'enfant.

MATERIEL ET METHODE

1) Matériel

La récolte des données a été effectuée par des entretiens semi dirigés menés par un investigateur, interne en dernière année de médecine générale sur une période allant de décembre 2013 à octobre 2014.

a) La population

L'échantillonnage était stratifié avec une première sélection sur l'âge des enfants entre 3 et 7 ans puis au hasard à la première personne rencontrée en cours de consultation de médecine générale sur des cabinets différents et avec un recrutement de population différent pour permettre la diversité de l'échantillon. Certaines familles ont été recrutées par le biais du bouche à oreille et effet boule de neige c'est à dire en demandant à des personnes interviewées de nous présenter une autre personne qui puisse être intéressée par l'étude.

Les critères d'inclusion étaient l'âge de l'enfant entre 3 et 7 ans, il n'y avait pas de critères d'exclusion.

Les personnes ont été sélectionnées suite à une première consultation avec l'investigateur au sein de 4 cabinets de médecine générale : 2 cabinets étaient dans le département du Rhône (69) : l'un rural et l'autre semi rural ; 2 autres cabinets étaient dans le département de l'Ain (01) : tous 2 en semi rural.

Par le bouche à oreille, 5 familles ont pu être recrutées et ont permis d'élargir la zone géographique à plusieurs départements : Moselle (57), Meurthe et Moselle (54), Ain (01) et Isère (38). Le seul critère nécessaire était l'âge de l'enfant situé entre 3 et 7 ans.

Le premier contact a été établi à l'issue de la consultation puis un deuxième contact par mail pour ceux recrutés en cabinet ; les autres ont été contactés par le biais de connaissances de l'investigateur puis recontactés par mail par l'investigateur.

Un premier questionnaire a été posé aux parents mère ou père puis un second adapté aux enfants âgés entre 3 et 7 ans. L'âge des enfants a été décidé en fonction de la faculté de compréhension et de communication pour permettre un entretien. [14] [15]

En effet, en dessous de 3 ans, la communication verbale n'est quasiment pas possible entre l'enfant et l'investigateur. A partir de 3 ans, l'enfant a accompli le passage entre le bébé et l'enfant, il est plus coopérant. [16] Entre 2 et 4 ans, le geste du dessin devient de plus en plus contrôlé, il se ralentit et la forme va naître. De plus, c'est à la fin de la troisième année que les dessins deviennent suffisamment représentatifs et graphiques pour permettre une interprétation, il s'agit d'un « gribouillage différencié ». [17]

De 3 ans jusqu'aux environs de la sixième année, l'enfant entre dans une phase schématique : l'enfant part à la découverte de ce qu'il est et de qui sont les autres. [17].

Entre 3 et 6 ans, l'enfant apprend à exprimer ou à réprimer ses sentiments, c'est à cet âge qu'il va construire son attitude fondamentale envers tout ce qu'il ressent intérieurement. [16]

Au delà de 6-7 ans selon la maturité des enfants, la façon d'interpréter les événements se rapproche de la vision adulte et n'est plus aussi spécifique, les traits des dessins deviennent de plus en plus conformes aux informations visuelles. Le développement psychomoteur et psychoaffectif évolue rapidement au cours des années de scolarisation en maternelle, les enfants interagissent plus avec les personnes étrangères et développent progressivement leur réflexion.

La population a été choisie au sein de 4 cabinets de médecine générale mais aussi par le biais de connaissances indirectes et sur 5 départements différents (69, 01, 57, 54, 38).

Les personnes interrogées n'étaient pas connues directement de l'investigateur pour éviter toute part émotionnelle dans l'interprétation des résultats.

b) Enregistrement

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'une webcam au domicile des familles pour permettre de mettre à l'aise au maximum les enfants et observer leur comportement dans leur milieu habituel. 2 entretiens ont été réalisés au sein de 2 cabinets de médecine générale sur demande des parents.

L'utilisation d'un enregistrement vidéo a été préférée au dictaphone pour permettre une retranscription exacte des verbatim. L'utilisation des données non verbales pourra être utilisée également ultérieurement.

c) Guide d'entretien

Il s'agissait d'un questionnaire semi structuré à base de questions ouvertes. Le guide d'entretien définitif a été établi au mois de mai 2014.

Celui destiné aux parents comportait 10 questions. [ANNEXE 1]

Les premières, destinées à mettre à l'aise les interviewés, portaient sur la composition de leur famille et sur leur vécu à eux lorsqu'ils étaient petits.

Les suivantes traitaient des techniques qu'ils utilisaient pour administrer les médicaments à leurs enfants.

Les questions suivantes abordaient les attentes des parents concernant leur médecin généraliste à propos de leurs prescriptions et/ou leurs explications pour soigner leurs enfants.

Puis on s'intéressait aux nombres de médicaments prescrits et à l'éventualité d'en prescrire moins pour permettre une plus grande facilité d'administration.

Enfin, on explorait le ressenti des parents face à l'administration de médicaments et à ce rôle inhabituel de soignant.

Au fur et à mesure des entretiens des questions se sont révélées utiles sur la perception du médicament idéal et sur les autres formes de médecine et de soins. Les questionnaires ont donc été adaptés selon le déroulement des entretiens.

Celui destiné aux enfants [ANNEXE 2] était volontairement plus directif pour permettre un dialogue et des réponses suffisantes face à ce public particulier. Il a été testé sur une des personnes de la famille de l'investigateur afin d'en valider les questions initiales. Il s'agit d'une enfant de 4 ans et demi de sexe féminin mais son entretien n'a pas été retenu pour la réalisation de l'étude du fait de la proximité et de l'engagement émotionnel avec l'investigateur.

La grille d'entretien comprenait 5 questions :

La première question, destinée à détendre l'enfant, concernait la composition de sa famille et quelle place il avait dans la fratrie.

Les questions suivantes étaient en rapport avec les connaissances de l'enfant du médicament et du médecin.

Ensuite, on traitait de la façon dont leurs parents leur administraient les médicaments puis on explorait le ressenti de l'enfant face à ce temps d'administration des médicaments.

Un dessin leur était demandé. La consigne était de dessiner un enfant à qui l'on donne un médicament. Cette étape a été rajoutée suite au premier entretien pré test pour permettre aux enfants de s'exprimer différemment.

A l'issue du mémoire de recherche, il a été décidé d'intégrer un principe de jeu de rôle pour tenter de projeter d'autres données et mettre à l'aise les enfants. Il leur

était donc demandé de mimer l'administration des médicaments à une poupée ou une peluche.

2) Méthode

a) Etude qualitative

Nous avons réalisé une enquête qualitative observationnelle non interventionnelle à type d'étude de cas. La méthodologie qualitative se rapproche de l'anthropologie sociale. L'**anthropologie sociale**, ou **ethnologie**, est une discipline des sciences humaines et sociales qui étudie l'homme en société. En d'autres termes, elle étudie les rapports sociaux propres à chaque groupe humain ou à chaque situation, s'intéressant dans le même mouvement à la grande variabilité des formes de vie sociale. [18] Il s'agit d'un contact avec une communauté donnée. On s'intéresse alors aux régularités comportementales de situations quotidiennes [9] La communauté choisie pour cette étude était les enfants âgés de 3 à 7 ans ainsi que leurs parents.

b) Aspect médico-légal

L'étude étant uniquement observationnelle, non interventionnelle et ne modifiant pas la prise en charge des patients, il n'y a pas eu besoin de demander un accord auprès du CPP (Comité de Protection des Personnes) selon le Code de Santé Publique : art L 1121-1 et suivants du CSP [19]

En revanche, l'étude portant sur des enfants, nous nous sommes posés la question de devoir demander une autorisation auprès du comité d'éthique.

Une audience au sein du Comité d'Ethique des Hospices Civils de Lyon a été accordée le 17 décembre 2013 par le Professeur GUERIN. A l'issue d'une

présentation Powerpoint, l'accord du Comité a été obtenu [ANNEXE 3 et 4]. Les principales interrogations portaient sur l'intérêt d'interroger des enfants en bas âge et si cela allait être concluant.

Le formulaire de consentement éclairé a été réalisé selon les critères de la McMaster University et a été signé par l'ensemble des parents interviewés. [ANNEXE 5]

c) L'investigateur

Selon les critères COREQ's de validité d'une étude qualitative, nous nous devons de préciser la totalité des caractéristiques de l'investigateur. [ANNEXE 6 et 7] [20]

Il s'agissait d'une personne de sexe féminin âgée de 27 ans interne en médecine générale en 3^{ème} année d'internat, célibataire sans enfant.

Elle a été préalablement formée à la méthode qualitative par différents biais :

- formation délivrée par l'association FAYRGP (association des jeunes médecins généralistes chercheurs français)
- tutorat par l'intermédiaire de son Directeur de mémoire Dr de FREMINVILLE grâce à des formations délivrées par le collège national des enseignants en médecine générale CNGE
- recherche bibliographique sur la recherche qualitative et son origine : la théorie ancrée.

L'investigateur était à l'aise avec la population pédiatrique de par une formation approfondie en pédiatrie au sein de son cursus universitaire de 3^{ème} cycle.

d) Elaboration des modalités d'entretien

Un entretien préalable a été réalisé au sein de la famille de l'investigateur avec des caractéristiques de la population similaires au mois de décembre 2013. Celui-ci étant trop subjectif considérant les liens affectifs entre les protagonistes, il n'a pas

été utilisé pour l'interprétation des résultats mais a simplement permis d'adapter les questionnaires parent et enfant.

Le guide d'entretien a été établi par l'investigateur sur la base de 5 questions ouvertes au départ. Suite au premier entretien pré test, le guide s'est avéré trop ouvert ou pas assez précis. Les questions ont donc été modifiées dans un second temps puis remodelées au fur et à mesure des entretiens.

Le guide d'entretien parents final comportait alors 10 questions avec des questions de relance.

Par ailleurs, le guide d'entretien enfants comportait 8 questions ainsi que la réalisation d'un dessin illustrant un enfant à qui l'on administrait des médicaments. L'interview se terminait par une séance de jeu de rôle avec une poupée ou une peluche à qui l'enfant devait administrer des médicaments.

L'entretien pré test ainsi que l'entretien de la famille N°2 ont été enregistrés avec une caméra d'ancienne génération. Cette caméra étant relativement volumineuse, elle a eu tendance à perturber les enfants mais aussi les adultes.

C'est pourquoi les données ont finalement été collectées à partir d'un enregistrement vidéo par webcam pour 17 familles. Cette caméra était de très petite taille ce qui permettait de moins perturber les enfants.

L'enregistrement vidéo a été choisi pour permettre de visualiser a posteriori les attitudes que pouvaient avoir les interviewés au cours de l'interview.

Il n'y a pas eu de notes écrites prises au cours de l'entretien par le chercheur pour éviter de perturber et de perdre le contact visuel.

Les seules notes prises étaient en fin d'entretien sur les éventuelles lacunes du guide d'entretien.

Les entretiens n'ont pas été répétés, il n'y en a eu qu'un seul par personne et par famille. Les données n'ont pas été relues après rédaction par les participants mais les résultats de l'étude leur seront communiqués dans les suites.

La plupart des entretiens ont eu lieu au domicile des différentes familles permettant de mettre les enfants à l'aise et d'observer les familles et leur comportement dans un milieu qui leur est familier.

2 entretiens ont été réalisés au sein des cabinets de médecine générale sur proposition de l'investigateur et demande des parents. La cause invoquée était d'éviter d'être dérangé par le reste de la fratrie.

e) Le codage

Les données ont été codées par l'investigateur et il y a eu triangulation avec le directeur de thèse de façon manuelle à partir d'un fichier word. Aucun logiciel spécifique de codage n'a été utilisé.

Le codage des données a été fait en 2 temps avec d'une part l'interprétation des entretiens enfants puis d'autre part l'interprétation des entretiens parents. Dans un second temps, il y a eu une interprétation des dessins des enfants avec l'aide d'un psychologue scolaire : Mr Pascal LEBEDEL.

3) Bibliographie

La bibliographie a été faite en 3 temps : le premier au cours du mois de novembre 2013, le deuxième en avril 2014 et le troisième en novembre 2014.

Il s'est avéré que peu de documents étaient en rapport avec le sujet traité. La plupart des textes publiés étaient plus en rapport avec les erreurs d'administration en général et plus particulièrement en milieu hospitalier.

Une thèse d'une interne en médecine générale publiée en mai 2014 réalisait des entretiens semi dirigés avec des enfants de 4 à 5 ans en école maternelle pour connaître leur vision du médecin généraliste. Les entretiens étaient un peu différents car répétés à 5 reprises avec les mêmes enfants en focus group. La technique de leur faire dessiner un dessin était également utilisée.

Les recherches ont été effectuées sur 3 sites différents : Pubmed, Google Scholar et la Banque de donnée en Santé Publique

L'équation booléenne : CHILDREN AND QUALITATIVE RESEARCH a ramené 9937 réponses sur Pubmed et 2 000 000 de résultats sur Google scholar

L'équation booléenne : DRUG ADMINISTRATION AND CHILDREN a ramené 89 897 réponses sur Pubmed et 2 050 000 résultats sur Google scholar

L'équation booléenne : ADMINISTRATION + MEDICAMENTS + ENFANTS a ramené 33 600 résultats sur Google Scholar

L'équation booléenne : VECU DES ENFANTS + MEDICAMENTS a ramené 28 500 résultats sur Google scholar

RESULTATS

1) La population

Au total, 18 entretiens parents et 18 entretiens enfants ont été réalisés entre janvier 2014 et octobre 2014.

Le taux de réponse positive après sollicitation par mail était de 71,4%.

La cause de refus principale était le manque de temps.

Les parents étaient âgés en moyenne de 34,88 ans. Il y avait 22,2% de père et 77,8% de mère.

Les enfants interrogés avaient en moyenne 4,86 ans. Il y avait 50% de garçons et 50% de filles.

Le recrutement des familles a été varié avec 2 familles recomposées, 1 famille monoparentale, 13 familles avec des parents mariés ou en concubinage, 1 couple homosexuel. 2 familles étaient d'origine turque (ANNEXE 8).

Parmi les enfants, il y avait 2 enfants uniques et 16 enfants issus de fratries dont 9 aînés, 4 cadets, et 3 benjamins.

2) Les entretiens

Les entretiens parents ont duré en moyenne 21,1 minutes. L'entretien le plus court a duré 8 minutes 20 secondes, il s'agit d'un des tout premiers entretiens lorsque l'investigateur n'avait pas encore bien rodé son questionnaire. L'entretien le plus long a duré 31 minutes 34 secondes.

Les entretiens enfants ont duré en moyenne 12,5 minutes. L'entretien de l'enfant N°16 a été le plus court. Il a duré 44 secondes par refus de l'enfant de parler à l'investigateur. 2 raisons à ce refus, l'heure de l'entretien était en début d'après midi

soit le moment de la sieste pour l'enfant et, juste avant le moment de l'entretien, l'enfant s'est cogné la tête ce qui l'a rendu grognon. L'entretien le plus long a duré 27 minutes 21 secondes.

Au vu du nombre d'entretiens, il a été décidé de présenter l'interprétation des données groupées plutôt que entretien par entretien pour éviter les répétitions et permettre une meilleure clarté des informations.

[21]

3) Les enfants

a) Verbatim

La totalité des verbatims sont joints dans le CD Rom accompagnant la version papier de cette thèse.

Les citations des verbatim sont notées entre guillemets et suivies de leur référence entre parenthèses : E pour enfant suivi de son numéro puis de la ligne de l'entretien (L). Les paroles de l'investigateur sont notées en italique et en plus petit.

7 thèmes principaux se sont dégagés à l'issue du codage.

i. Le médecin :

Tous connaissaient le mot « **docteur** » et son rôle. Ils y associaient le soin : « c'est quelqu'un qui s'occupe des gens, qui soigne des gens qui sont malades » (E4L23) « Quelqu'un qui nous dit qu'est ce qu'on a comme maladie » (E18L46) « Pour que j'suis plus malade » (E13L54)

Cette notion n'était pas forcément acquise chez des enfants de cet âge. C'est ainsi que lorsque l'on demandait à l'enfant s'il savait ce qu'était un médecin, l'un nous a répondu : «oui, un docteur (...) il nous donne des cachets, il nous fait quelque chose »

(E2L40) tandis que l'autre a hésité un long moment avant de dire « pour m'examiner » (E1L46)

L'enfant N°11 nous a confié certaines **caractéristiques** qu'il appréciait chez son médecin : « Mmh moi j'aime mieux les dames mais mieux les monsieur les p'tites dames » (E11L84) « Et ben un jour il m'a donné des cadeaux le médecin » (E11L80)

Les enfants ont été marqués par certains **soins prodigués en consultation** : « Ben en fait des fois quand je les lave pas mes oreilles, ben il prend un machin euh j'sais pas comment ça s'appelle pour les oreilles et il m'regarde les oreilles et il peut voir quand j'ai quand j'ai de la saleté il prend comme ça après il l'enlève et il fait à l'autre et quand j'en ai pas il fait rien » (E6L64-66) « Euh et ben c'est un médecin qui euh fait qui quand on est malade et ben et ben le médecin et ben et ben il nous fait des piqûres mais quand il nous il nous fait des piqûres, c'est mal les fesses » (E11L61-63)

2 des enfants avaient **changé de médecin** récemment avant l'entretien : « Oui mais avec la bouille en blanc, c'était pas le bon docteur » (E8L70) « Le docteur qu'on avait il nous disait pas les maladies » (E18L58)

ii. Le médicament

Tout avait son importance dans le médicament. Selon ses caractéristiques et ses propriétés, la prise était plus ou moins facilitée.

Lorsqu'on les interrogeait, la plupart des enfants savaient ce qu'était un médicament et en connaissaient **l'utilité**, ils en avaient une définition bien précise : « Un médicament c'est comme un produit qu'on donne pour guérir » (E4L20) « Euh à voir à quoi ça soigne les gens. Je crois que ça soigne tout dedans » (E17L58) « A désinfecter les maladies » (E15L59)

Ils reconnaissaient les médicaments selon **la couleur, la texture et la forme** : « j'en connais un il a une forme un peu de grosse fusée » (E17L41) « Et après on boit la poudre aussi » (E15L175) « Parce que sinon c'est sec » (E18L91)

Certains enfants avaient même intégré **le mode d'action** que pouvait avoir le médicament : « Oh, ça va dans le bidou(...)Et ça se transforme en tout petits bouts parce ça se fond » (E5L67-71) « Quand on le prend ça vient au fond de la gorge comme ça (montre le fond de sa bouche la tête en arrière) » (E8L120-121)

La **forme galénique** la plus couramment citée était le sirop mais les enfants en connaissaient bien d'autres : « Les verres et le nez et le pshitt là, le pshitt pour le nez et ben elle m'la donné c'est maman » (E5L106 -107) « Euh, un sirop (...)Euh un cacheton (...)Euh attend...pastille » (E6L33-39) « Euh des fois ils font une chose avec de la poudre, et après on met de l'eau » (E15L172) « C'est plus facile à prendre en sirop ». (E1L93)

Les enfants connaissaient un seul le **nom commercial** : le DOLIPRANE. Une seule enfant avait retenu également le nom ADVIL. « Du DOLIPRANE euh après j'sais plus les autres médicaments les prénoms » (E15L31) « Du DOLIPRANE, de l'ADVIL » (E18L27)

L'avis sur **l'efficacité** des médicaments était variable. Si certains enfants les trouvaient efficaces « *tu crois que ça va aller mieux maintenant avec le médicament ? Oui* » (E4L134), certains autres ne les trouvaient pas suffisamment efficaces « *D'accord et le médicament il te fait aller mieux après ? (fait non de la tête) non pas du tout* » (E9L139-140) « *Et ça te permet d'aller mieux ? Mmh, des fois oui mais des fois non* » (E10L34-35)

Plusieurs enfants citaient **le circuit du médicament** ou comment cela se passait de la consultation chez le médecin au médicament au domicile : « Ils vont au docteur, ils achètent des médicaments après ils me donnent » (E13L98) « Ben ils en ils en achètent et après euh je leur dis quand j'ai mal quelque part et ils me donnent des médicaments » (E15L167-168)

iii. Ce qui facilite l'administration

Au premier plan le **goût du médicament** apparaissait primordial. Les goûts qu'affectionnaient les enfants étaient très variables d'un enfant à l'autre mais tous avaient pour point commun un goût fruité et sucré : « comme ça, tu mets du sirop de fraise (...)Pour faire bon (...)Ben ça fait bon et ça, vu que ça se mélange au truc et ben euh au médicament du coup ça fait meilleur bon » (E5L37-39) « Moi je trouve que c'est très boooon (se frotte le ventre) » (E8L40) « J'aime bien à l'orange (...)A la fraise, j'aime pas trop » (E17L46-48) « *ça avait quel goût ?* la banane » (E4L102) « Mais j'aime bien les médicaments qui est au caramel (...)Et un antibiotique à la banane surtout » (E7L155)

Parfois le goût des médicaments ne leur convenait pas : « Un médicament c'est dégoûtant ! » (E8L32) « un jour j'ai bu du jus d'orange il m'a donné du sucre et puis c'était pas bon du tout pour moi. Y'avait du sucre mais c'était pas bon quand même ! » (E11L135-137)

Les **outils d'administration** utilisés pour faciliter l'administration étaient surtout représentés par les cuillères et les pipettes : « Avec une cuillère » (E6L164) (E11L143) « maman elle tire comme ça et après ça va sortir le DOLIPRANE dans ma bouche » (E8L136-137) « après on fait un tourbillon avec une cuillère et on boit tout d'un coup » (E15L173)

Le plus souvent, c'était la maman **qui administrait** le médicament à l'enfant mais dans certains cas les 2 parents étaient cités ou seul le papa : « Non y'a que Maman » (E5L105) « Oui, des fois c'est papa *Des fois c'est papa ? C'est qui qui te donne les médicaments le plus souvent ?* Maman » (E10L113-115) « Le plus souvent, euh je pense c'est Papa » (E17L131)

La nourriture utilisée par les parents qu'elle soit donnée avec le médicament ou juste après permettait de masquer le mauvais goût et de faciliter les choses : « Je l'avale vite fait et j'bois un coup, et voilà » (E6L205) « Je mange après » (E18L174) « *Ils mettent du sirop à quoi ? A la grenadine, la fraise ou la myrtille* » (E18L109)

Lorsque l'enfant donnait son accord pour prendre le médicament, cela se passait bien : « c'est pour soigner même si c'est pas bon c'est pas grave » (E5L76) « Euh mais il m'appelle je viens et il me donne le médicament » (E17L117)

Ils aimaient pouvoir être autonomes et participer activement au soin, cela les responsabilisait et diminuait l'appréhension qu'ils pouvaient avoir : « Et ben, Ils ouvrent le bouchon, et ben ils tiennent l'oeil et puis ça coule. Et après avec euh. avec un mouchoir je tamponne » (E4L79-80) « J'aime mieux quand c'est moi qui le mets je mets des fois alors je mets la crème » (E10L103)

Enfin étape importante pour permettre la bonne adhésion au traitement, l'explication. Elle pouvait venir des parents ou des aînés vers les plus petits de la fratrie : « Elle me dit que ça va dans le corps et puis que ça va pas rien faire dans ton bidou, ça va faire quelque chose et ça va faire du mieux à ton corps alors mange-le » (E5L96-97) « *D'accord et quand elle sera plus grande tu vas lui expliquer alors ? Oui ! Bien sûr !* » (E5L92-93)

iv. Ce qui rend l'administration plus difficile

L'**appréhension** face au médicament mais aussi au médecin pouvait déstabiliser l'enfant et le rendre plus réfractaire à la prise du médicament ou à la consultation : « Mais je vais pas prendre des médicaments ! » (E9L34) « Et ben et ben et ben moi j'avais pas envie aller au médecin j'avais pas envie mais j'allais quand même » (E11L73-74) « Non il a pas peur. C'est juste qu'il a un peu peur » (E2L73-74) « *Est ce que t'aimes bien aller chez le docteur toi ? (fait non de la tête) Non pas du tout ! (fait non de la tête en tirant la langue) Pourquoi t'aimes pas ? Qu'est ce qu'il te plait pas ? (mange*

ses doigts et regarde ailleurs) Tout (...) Parce que j'aime pas quand y'a trop de monde » (E7L57-63-70)

L'acceptation du médicament était parfois modifiée selon les **moments de la journée** : « Non parce que des fois c'est la nuit et ya jamais le jour alors c'est pour ça du coup » (E5L89) « Il me le donne le soir et le jour » (E1L67)

La **quantité administrée** de médicament avait également son importance. Plus elle était petite mieux cela se passait : « Non je veux juste une petite goutte » (E8L54)

Les enfants avaient conscience de la nécessité de prendre le médicament et se pliaient à cette **contrainte** : « Je les prends quand même *Tu les prends quand même ? Pourquoi tu les prends quand même ?* Parce que j'suis obligé » (E9L123-125) « Ben ils me disent quand même que je suis obligé de le prendre et je le prends et ils se débrouillent » (E6L199)

Ils présentaient une certaine **ambiguïté face au médicament** : ils alternaient entre ne pas aimer le médicament et le prendre malgré tout : « Oui non mais moi j'aime pas les médicaments moi je trouve que c'est bon mais j'en veux pas trop » (E8L51-52) « J'y va quand même (...) Parce que j'ai envie d'être guérie » (E7L204) « Oui euh non j'ai pas peur mais sauf...sauf que euh mon cœur il bat très fort parce que euh il a très très envie de PAS manger des médicaments (...) Parce que mon cœur il a pas envie de se laisser faire mais moi j'me laisse faire mais mais euh aussi mon cœur il fait « nooon » » (E15L195-196-200-201)

En revanche, lorsque l'enfant montrait son **désaccord** complet, la tâche devenait alors bien plus compliquée : « Ben oui des fois quand ils sont pas bons j'me dis « j'ai pas envie de le prendre, j'ai pas envie, j'ai envie de le prendre ouais ouais j'ai envie de le prendre » (E6L195-196) « J'aime pas les médicaments » (E18L117)

Une des enfants avait conscience que selon **l'âge** les difficultés étaient variables. Ainsi un enfant en âge de comprendre aurait moins de difficultés qu'un nourrisson qui ne comprendrait pas ce que l'on voudrait lui faire prendre : « Non, pas du tout

parce que moi je suis grande (...) Parce que elle est plus petite que moi elle sait rien du tout, encore, elle sait pas elle sait pas ce que c'est un médicament, elle sait pas que ça fait ça reste dans son bidou ou quelque chose » (E5L84-86)

v. L'organe

L'organe qui recevait le médicament pouvait parfois poser problème : « Oui... les gouttes dans les yeux j'ai- j'aime pas du tout » (E10L134) et le plus souvent, les enfants décrivent des médicaments pris par voie orale : « Et ben il va dans la bouche » (E11L133) « on « ouvert » la bouche, on tire la langue » (E17L70)

La pathologie qui les atteignait et donc **l'organe malade** était également cité par les enfants : « j'ai mal à cette lèvre et à les 2 lèvres » (E15L45) « Oui j'avais plein de points quand j'avais très mal au ventre quand j'étais bébé » (E8L77) « quand j'ai mal à la gorge, quand j'ai mal aux yeux » (E4L28)

vi. Le ressenti de l'enfant

Globalement, le **ressenti** face au médicament était plutôt **positif** : « Je me sens bien » (E3L132) (E4L107) « *Est ce que c'est un moment difficile, est ce que t'es obligé de te forcer un peu pour les prendre ?* Non » (E12L106-107) « *tu râles un petit peu pour prendre des médicaments ?* Jamais » (E15L189)

Mais il arrivait que le **ressenti soit négatif**, les enfants avaient du mal à mettre des mots sur leur sentiment de détresse : « *Comment est ce que tu te sens au moment où on doit te les donner ?* Pas bien » (E9L133-134) « *c'est difficile pour toi de prendre ce médicament ?* (fait oui de la tête) » (E18L179-180) « *Tu râles pas ?* (fait la moue) Si » (E10L138)

Les enfants appréhendaient également **la douleur** qu'ils pouvaient ressentir au moment de l'administration de certains médicaments : « *Ca te fait mal quand on met la*

crème ? Oui » (E10L100) « Si vous me « faisez » des piqûres moi j'ai jamais envie d'avoir des piqûres » (E15L85)

vii. Les éléments de l'environnement

La **notion de famille** n'était pas toujours bien acquise. Certains enfants confondaient familles et amis, ceci était valable surtout pour les plus petits, les enfants un peu plus grands parvenaient à citer les personnes qui faisaient partie de leur famille : « Euh, ya...dans la même maison ? » (E5L6) « A famille c'est ma nounou » (E8L6) « Et ben ils sont à l'école avec moi *Ils sont à l'école avec toi, est ce que tu sais ce que ça veut dire famille ?* (fait oui de la tête) *Ouais ça veut dire quoi ? C'est les copains* » (E10L6-10) « Y'a papa, y'a maman et grande sœur et petite sœur » (E14L8)

Certains **lieux** en rapport avec la prise de médicament étaient évoqués par 2 des enfants : « Oui, on en prend, sinon à la maison » (E5 L62) « Hôpitaux » (E15L69) « C'est un cabinet ! » (E15L75)

viii. Rapport à l'interviewer

Au cours de l'entretien, 2 enfants ont fait référence directement à l'interviewer, l'une lors de la séquence de jeu de rôle sur la poupée : « En fait ça c'est toi enfant ! » (E5L128) et l'autre pendant le dessin : « Toi tu seras bientôt docteur ? » (E11L103)

ix. Projection de l'enfant

Une question a été posée à l'enfant N°7 sur comment ferait elle si elle devait donner des médicaments à son enfant, elle a eu des difficultés pour se projeter et a préféré botter en touche : « *Et toi si t'avais une petite fille qui voulait pas prendre des médicaments, tu ferais quoi, tu ferais comment ?* (réfléchit) j'lui donnerais demain » (E7L168-169)

b) Interprétation des dessins [ANNEXE 10 bis et 14]

La consigne était : « **Dessine moi un enfant à qui l'on donne des médicaments** ».

La même boîte de feutre et des feuilles de papier totalement blanches ont été utilisées pour tous les enfants sauf l'enfant N°7 qui a utilisé le matériel disponible à son domicile.

L'interprétation des dessins a été faite à partir de livres d'interprétation écrits par des psychologues pour enfants ainsi que grâce à l'aide de Mr Pascal LEBEDEL, psychologue scolaire. Il nous a fourni son interprétation à partir des dessins avec pour information l'âge des enfants et la phrase explicative donnée par l'enfant.

Un enfant de 4 ans commence à peine à dessiner des dessins avec des traits précis mais l'évolution est rapide au cours de la quatrième année. Entre 3 et 6 ans, le dessin de l'enfant va être celui exclusivement de la curiosité et de la découverte de sa capacité de penser, la production graphique se transforme en une expression de la relation émotionnelle d'avec l'autre vers la fin de la 6^{ème} année. [17]

Des thèmes communs ont été mis en évidence sur les commentaires donnés sur les dessins :

Certains enfants étaient **angoissés à l'idée de ne pas faire ce qui était attendu d'eux** : « Voilà, ah non j'ai pas fait les médicaments, j'sais pas bien faire les médicaments » (E6L89) « Je sais pas dessiner ça » (E15L100)

Les pathologies choisies étaient variées et toujours en rapport avec des maladies qu'ils avaient eux même eu ou quelqu'un de leur entourage : « Il a de la dishydrose aux pieds » (E10L79) « La « broncholite » » (E18L75) « Il a la varicelle » (E12L72)

Un enfant a dessiné un personnage qui **refusait de prendre le traitement** du fait de son goût : « Euh il est pas vraiment d'accord parce que ce n'est pas un sirop c'est un médicament » (E6L161)

Tous les enfants avaient foi en **l'utilité du médicament** qu'ils avaient dessiné, tous pensaient qu'ils allaient guérir leur personnage « Oui ça va le soigner » (E8L114) « Il lui donne lui donne que sa sa maladie elle part » (E15L139)

Les différentes **parties du corps** étaient bien décrites par les enfants : « Des yeux, une tête, des bras, un cou et même des pieds » (E7L112)

La personne qui administrait le médicament n'était pas toujours représentée, parfois il s'agissait de l'enfant lui même « Le bonhomme, l'enfant il donne un médicament à un monsieur » (E13L66) « C'est un hum une petite enfant qui donne un DOLIPRANE avec des sachets » (E14M63), parfois il s'agissait d'un parent « C'est le papa » (E17L112), et parfois le médecin « C'est le docteur Un docteur imaginaire ! » (E15L142-143)

Certains enfants avaient fait une **projection directe** de leur situation sur le dessin : « Moi j'en ai encore un petit peu sur les pieds de la dishydrose » (E10L83-84) « *Et tu crois qu'il est d'accord ce petit garçon ou cette petite fille de prendre le médicament ?* Moi je suis d'accord » (E11L125-126)

i. Dessin enfant 1

"les gouttes pour guérir les yeux"

L'enfant n'était pas dessiné mais la consigne pour ce premier enfant était simplement de dessiner un médicament. Il a donc bien respecté la consigne. Il n'y a pas de commentaire particulier à faire. Une seule couleur est utilisée, le dessin est bien représentatif avec un bouchon dessiné.

ii. Dessin enfant 2

"c'est le cachet pour les boutons des jambes"

Ce dessin était révélateur d'un optimisme et d'une bonne maturation. Le cou et le ventre montraient l'intérêt pour le médicament et les difficultés à avaler. Les boutons n'étaient pas dessinés, on pouvait se poser la question d'un déni éventuel de la maladie ou bien l'enfant pensait qu'il était déjà guéri ou qu'il allait guérir.

iii. Dessin enfant 3

"du sirop pour le petit garçon, il tousse"

"c'est la maman qui donne à boire"

A 3 ans, l'absence de bras dessiné est normale à cet âge. La mine était un peu triste mais pouvait être le reflet de la maladie.

iv. Dessin enfant 4

"ça c'est la maman, ça c'est le médicament, et elle donne le médicament à l'enfant qui sourit...euh c'est un médicament pour les yeux"

Ce dessin révélait une très bonne maturité. Le bouchon sur le médicament et les cils de la maman étaient dessinés. Les couleurs utilisées pouvaient être le reflet d'une certaine anxiété.

v. Dessin enfant 5

Il n'y a pas eu de commentaires enregistrés pour ce dessin. Le psychologue s'est posé la question de la possibilité que cette enfant ait été hospitalisée, voire peut-être perfusée.

Le bleu clair du dessin était le reflet d'un calme et d'une sérénité. L'enfant a été impressionnée et a bien retenu ce lit particulier que l'on retrouve à l'hôpital mais elle n'a pas été effrayée.

vi. Dessin enfant 6

"ça c'est un bonhomme, le médicament, l'herbe, la voiture, le soleil" "le sirop ! pour donner à des enfants quand ils sont malades" "la voiture ça c'est pour quand le le, c'est la dame qui l'a envoyé là en fait et c'est pour ça et après elle revient le chercher"

Par rapport à l'âge de l'enfant, il semblait y avoir un certain manque de maturité dans ce dessin. L'enfant dessiné semblait joyeux, il s'emparait du médicament.

vii. Dessin enfant 7

"une robe, des mains, des cheveux, des yeux, une tête, des bras, un cou et même des pieds" "elle a mal au ventre"

L'enfant n'a pas répondu à la consigne de dessiner un enfant à qui l'on donne des médicaments. Le médicament n'a pas été dessiné. On pressent l'évacuation des fèces et des urines dans les couleurs de la robe.

Les spirales pouvaient être un symbole d'éternité. Cela pourrait être le reflet que la petite fille avait vraiment peur et qu'elle mettait le mal à distance. La figure légèrement triste pouvait être le reflet de la maladie.

viii. Dessin enfant 8

"ça c'est un gros médicament et là c'est le petit trait du médicament et là c'est le petit enfant qui prend des médicaments c'est pour soigner la gorge parce que il a une maladie avec ça avec la gorge"

Ce dessin était difficile d'interprétation. On pouvait se poser la question de pourquoi l'enfant était dessiné si petit par rapport au médicament : est ce le reflet d'un sentiment d'impuissance ? Le psychologue ne retient pas cette interprétation.

ix. Dessin enfant 9

"c'est moi qui donne le médicament, oui des médicaments pas bons à maman à maman. *C'est pour la soigner de quoi ?*

De le ventre" "c'est un gros chewing gum, c'est un chewing gum c'est un gros gros médicament ça se suce et on le met sur la langue"

On notait un peu d'immaturité dans ce dessin chez cette enfant. Il existait une grande violence dans ce dessin, on sentait une rage par rapport au médicament.

Au départ, elle n'avait dessiné qu'un rond pour signifier le comprimé puis au cours de l'entretien, tout en parlant, elle a poursuivi le dessin et l'a raturé à de nombreuses reprises. Le dessin correspond tout à fait à l'entretien. Il y avait un aspect inquiétant de ce médicament, il perturbait l'enfant. Par ailleurs, elle disait que c'était elle qui donnait le médicament à sa mère mais ce statut d'être nourricière semblait l'inquiéter. Elle essayait de dominer son malaise. Néanmoins, elle s'investissait dans le traitement et semblait vouloir sauver son parent.

x. Dessin enfant 10

"C'est un bonhomme, il a de la dishydrose aux pieds" *Alors on le soigne avec quoi ?*" avec avec de la crème pour les pieds. Moi j'en ai encore un petit peu sur les pieds de la dishydrose, euh avec euh des granules quand ça gratte"

Il y avait dans ce dessin une négligence de la partie atteinte. Le placement du dessin en bas à gauche pouvait signifier la nostalgie d'avant d'être malade. On pouvait évoquer le fait que cette enfant préfèrait le passé. Elle mettait le médicament à l'écart.

xi. Dessin enfant 11

"Euh un crocodile un et puis et puis des des des petits garçons et puis un crocodile et des animaux et puis du soleil et pis ça et puis mon prénom.

J'ai dessiné un zenfant et des caments. Des caments quand on est malade avec toux"

Ce dessin était d'interprétation difficile, il y avait encore peu de réalisme. L'enfant mélangeait du graphisme avec des traits précis et du coloriage remplissage ce qui compliquait l'interprétation.

Il y avait une grande mise à distance de la consigne.

L'enfant lors de la réalisation du dessin nous est apparu impulsif. On reconnaissait bien les crocodiles et l'eau dans le dessin mais on ne reconnaît pas le soleil ni les enfants. On peut se demander si les tâches coloriées représentaient les médicaments ?

xii. Dessin enfant 12

"Euh le bonhomme il a la varicelle"

Le médicament est escamoté, comme s'il dérangeait. L'enfant était sûr de lui, serein : le dessin était réaliste symétrique bien centré. On identifie parfaitement la maladie qu'il a voulu dessiner.

xiii. Dessin enfant 13

"le bonhomme, l'enfant il donne un médicament à un monsieur, un sirop parce qu'il est malade"

Ce dessin apparaissait très clair, très réaliste. Le médicament était au milieu des 2 personnages, mais on a du mal à identifier qui donne à l'autre.

xiv. Dessin enfant 14

"c'est un hum une petite enfant qui donne un doliprane avec des sachets pour quelqu'un d'autre, un grand euh pour le mal de gorge"

Le médicament était noir et minuscule. On peut se demander qui l'absorbe. Il y avait une contradiction entre le dessin et ce que l'enfant disait : on a l'impression que le médicament est pour l'enfant. Le visage est souriant.

xv. Dessin enfant 15

"C'est un bonhomme, et voilà un doliprane"

La prise du médicament était mise à distance : le médicament était dessiné loin des mains. C'est un signe de malaise par rapport au médicament. Le cou dessiné était très grand et une seule couleur était utilisée, c'est un peu moins joyeux.

xvi. Dessin enfant 16

Cet enfant n'a pas voulu répondre aux questions de l'investigateur, l'entretien a été très court et aucun dessin n'a été réalisé.

xvii. Dessin enfant 17

"hum il y a un petit garçon qui en fait hum il attend. Et son papa en fait discute avec le docteur. Ils vont lui donner ce médicament"

Cet enfant fait preuve d'une grande maturité à travers son dessin. Il y avait une mise à distance du médicament qui est mis du côté des adultes. L'entretien et le dessin n'étaient pas tout à fait concordants. Les détails du dessin étaient bien signifiés dans le médicament et les personnages. Beaucoup de couleur brune a été utilisée.

xviii. Dessin enfant 18

"là c'est la maman qui donne son médicament à l'enfant qui est malade, il a la "broncholite"" " un sachet dans de l'eau et j'ai mis un peu de sirop"

Ce dessin était très réaliste, l'enfant présente une très bonne maturité par rapport à son âge. L'adulte et le médicament étaient bien présents sur le dessin, l'enfant a bien respecté la consigne. Le trait dessiné en travers de la gorge pouvait être un reflet de

la présence d'une souffrance respiratoire qui correspondait bien à la pathologie choisie. La mine des personnages dessinés était un peu triste, le dessin pourrait refléter des difficultés sur le plan affectif.

Le soleil situé à gauche est un symbole moins gai que s'il était dessiné au centre ou à droite. Le ciel bleu en revanche est une marque joyeuse qui peut refléter l'envie qu'il n'y ait plus de maladie après.

L'interprétation des dessins est délicate et nécessite des formations poussées, l'investigateur n'a pas la compétence nécessaire pour pousser plus loin l'interprétation.

Le psychologue scolaire n'a pas assisté aux entretiens et n'a pas eu accès aux enregistrements vidéos ce qui limite également l'interprétation.

Dans la plupart des cas, la personne qui administre le médicament n'a pas été figurée par les enfants mais la consigne n'était peut être pas assez claire pour cela.

c) Interprétation des jeux de rôles [ANNEXE 10 bis]

Ce jeu de rôle avait pour but d'aborder les mêmes thèmes que dans le questionnaire et le dessin mais en passant par le jeu. Certains enfants se sont pris au jeu mais d'autres non. Des thèmes communs ont pu néanmoins ressortir de cette étape de l'entretien.

3 enfants ont mimé **une situation de désaccord** pour prendre le médicament :
« (La poupée) « je veux pas, Maman, je veux pas je veux pas, JE VEUX PAS »
(E5L136) « Et ben il tourne la tête et puis moi je lui mets dans la bouche »
(E10L153) « Euh ouais mais le truc c'est qu'il, il peut pas ouvrir la bouche »
(E17L157)

3 enfants ont utilisé **la force** pour pouvoir administrer le médicament : « Maintenant tu t'assois et on va prendre le médicament (la poupée) » « Non Maman je veux pas, je veux pas ». Non non, je te tiens fort hein allez » (E5L138-140) « *Et si jamais elle voulait pas qu'on lui donne, comment on ferait pour lui donner ? On l'attrape On l'attrape !* Et on la tient et on lui donne le médicament » (E7L256-259) « Euh non, en fait et ben j'lui ferme la bouche pour pas qu'il recrache...et il avale tout » (E10L155)

1 des enfants a utilisé la **nourriture pour faciliter l'administration** : « Bon d'abord un grand verre de lait parce que...ou le miel d'accord » (E5L137) « Je mélange comme ça elle r'connaît pas le goût (...) Je mets un tout petit peu de sirop , voilà. Et après je le mélange encore et après je lui donne Et là elle trouve du goût du coup elle aime bien » (E5L158-162)

La **technique d'administration** était souvent la même, en passant le médicament par la bouche avec une cuillère ou une pipette : « On lui donne des médicaments (...)On met par la bouche(...)Avec la main » (E12L123-130) « Euh comme ça (touche la bouche du doudou), il le prend et il le met dans sa bouche » (E13L132) « Des médicaments, il faut qu'on le couche, on ouvre la bouche, on fait...on met les p'tites gouttes ! » (E8L185-186) « Euh une cuillère » (E17L155) « Y'a une pipette j'sais pas où elle est » (E10L171)

La **forme galénique** retenue était le plus souvent un sirop : « Ca va être bien d'abord la pastille et après le sirop, la pastille et après le sirop » (E6L243) « Euh avec du sirop » (E7L243) « Avec euh du sirop » (E15L218)

Le goût du médicament était mauvais chez un des enfants ce qui n'a pas empêché la peluche de prendre le médicament : « Oui, il était d'accord, beeerk, il a dit berk » (E8L190)

Les **pathologies choisies** pour être mimées étaient variées : « Parce que euh...Elle avait de la fièvre vraiment beaucoup, elle était à 18 » (E5L150) « De...là il a la varicelle, il a pleins de boutons et...son nez il coule, il tousse. Il a la rougeole (sourit) et ben voilà hein » (E6L236-237) « Euh il a mal à la queue (rires) » (E14L119)

Les **noms des médicaments** utilisés étaient sans surprise le DOLIPRANE mais aussi du SMECTA : « *Elle a mal au ventre alors qu'est ce qu'on lui donne comme médicament ? Euh...du SMECTA* » (E7L221) « Euh des fois j'lui donne euh j'lui donne des DOLIPRANES » (E10L149)

2 des enfants ont également mimé une **autre forme de soin** en administrant des aliments comme médicament : il a besoin de prendre une tasse de lait chaud » (E8L201) « des fois du bibi et du jus d'orange » (E10L163)

Tous les doudous et les peluches ont eu leur médicament que ce soit facilement ou non, aucun n'a mimé de refus définitif du médicament.

Cette phase de l'entretien a permis de terminer sur une note plus ludique qui a en général détendu les enfants car certains d'entre eux montraient des signes de fatigue et de manque de concentration quand l'entretien se prolongeait.

4) Les parents

La totalité des verbatims sont joints dans le CD Rom accompagnant la version papier de cette thèse.

20 thèmes sont ressortis des entretiens parents.

Les références des verbatim utilisés sont précisées en fin de phrase avec le N° de la maman (M) ou du papa (P) ainsi que la ligne du verbatim (L). Les paroles de l'investigateur sont notées en italique et en plus petit.

a) La communication

3 personnages principaux interviennent au cours du soin et de la consultation en médecine ambulatoire :

- L'enfant
- Le parent

- Le médecin

Ce triangle de relation nécessite une excellente communication pour permettre un bon déroulement du soin.

Tout d'abord, la **communication parent/enfant** qui passe par les explications. Ce temps paraissait primordial pour permettre l'adhésion des enfants : « en fait tout le travail est en amont et c'est fait déjà quand on va chez le médecin, on explique pourquoi » (M4L43-44) « mais avec les explications ça passe, il se laisse faire » (M6L87)

Pour certains, il s'agissait même du seul moyen de préparer l'enfant au soin « je lui explique clairement hum pourquoi, pourquoi elle doit le prendre, qu'est ce que ça doit faire dans son corps » (M5L67-68) « j'explique que ce sera pas bon voilà j'explique tout de A à Z et en général ça se passe très bien » (M11L83-84)

Parfois, les parents étaient obligés d'utiliser la **négociation**, de parlementer avec l'enfant, d'argumenter pour faire accepter la prise de médicament : « C'est pareil, on parle, » (M7L92)

La **communication enfant/parent** : il apparaissait qu'une fois que l'enfant était en âge de s'exprimer, les choses étaient facilitées. Un dialogue pouvait alors s'instaurer : « à partir du moment où on sait qu'on se comprend c'est plus simple, » (M8L155-156) « J pense qu'après à 4 ans, il peut il peut dire je veux pas ou non pas maintenant et y'a ça aussi » (M11L253-254)

La **communication entre parent et médecin** passait par la demande d'explications en cours de consultation quand celles ci étaient jugées insuffisantes : « Ah ben oui, si il me dit rien, je vais poser des questions » (M6L185). Certains déploraient parfois ce manque de communication : « après peut être des explications sur ce qu'il a, chose que les médecins donnent pas toujours » (M6L174-175)

« Mon mari lui avait dit, comment on fait pour lui donner sans qu'elle recrache donc voilà elle nous avait expliqué » (M18L230-232)

Une des mamans n'a jamais posé la question à son médecin sur comment faire pour améliorer la prise de médicament, elle nous a alors confié : « Après c'est peut être à moi aussi d'amener la chose en lui expliquant que ça passe mal » (M9L176-177)

La **communication entre le médecin et le parent** : tous appréciaient d'avoir un médecin qui expliquait les choses « J'aime bien le suivi qui peut y avoir suite à un problème, une consultation, y'a des progrès qui sont faits, des appels de nouveau voilà (...) Que ça communique voilà c'est ça, ça j'aime bien » (M10L123-126)

« bon échange et un bon dialogue (...) je pense qu'avec le dialogue, ça fait du bien » (M4L125-126)

Certains médecins n'hésitaient pas à demander comment cela se passe à domicile : « ben déjà d'elle même elle me demande comment je lui donne » (M7L209)

Mais par dessus tout ce que les parents appréciaient c'étaient **les conseils** que pouvaient délivrer leur médecin : « des conseils ça peut toujours être bon parce que des fois c'est pas toujours... (...) des conseils c'est toujours bon à prendre » (M4L129-131) « des conseils dans une hygiène de vie » (M5L115)

« Oui la pédiatre me conseille sur certains trucs (...) qu'en posant des questions genre sur le comportement d'A. et M. euh des fois elle me dit ben vous pourriez faire comme ci comme ça » (M7L221-222)

Pour finir, les parents insistaient sur la nécessité d'une bonne **relation entre le médecin et l'enfant**. Il apparaissait essentiel que le médecin sache communiquer avec les tout-petits : « j'apprécie parce qu'il est doux avec les enfants, il sait les prendre, il les brusque pas. » (M6L176-177) « faut qu'il sache parler vraiment avec les enfants quoi, qu'il s'amuse un peu avec eux » (M13L135-136)

L'information était mieux intégrée par l'enfant lorsque les consignes étaient délivrées par le médecin, ce qui pouvait être un appui de plus pour le parent une fois de retour au domicile : « il lui explique aussi euh que je sois pas toute seule parfois à galérer à la maison » (M8L182-183) « quelqu'un d'autre qui lui explique les choses

et professionnel en même temps ça passe aussi un peu mieux voilà dans la tête » (M8L184-185) « je pense que si le médecin explique bien les choses déjà à l'enfant après on peut rappeler ce que le médecin a dit. » (M8L191-193)

b) Ce qui facilite l'administration

«tout ce qu'on peut faire pour effectivement que les choses se passent bien.» (M4L50)

La plupart des parents étaient satisfaits de la façon dont se passait l'administration des médicaments, globalement il s'agissait d'un moment plutôt facile : « ils font jamais de gros caprices, c'est euh en général ça se passe plutôt bien » (M13L38-39)

De la même façon, lorsque eux-mêmes étaient enfants, il ne semblait pas y avoir de difficultés particulières : « fallait les prendre pour guérir donc euh je les prenais sans qu'il y ait véritablement de souci pour les donner » (M12L17-18)

Même si les choses ne semblaient pas compliquées, tous ont dû à un moment ou un autre faire preuve d'**astuce** : « fallait les broyer (...) fallait trouver des astuces en fait un petit peu » (M4L27-28) « Ah oui il faut être maligne ! » (M11L378)

Ils ont donc fait preuve d'imagination pour trouver des techniques efficaces et ont redoublé d'ingéniosité.

5 **techniques** privilégiées ont été mises en exergue :

- **Utiliser la nourriture** : méthode N°1, les aliments étaient un bon moyen pour administrer le médicament. « quand c'est à diluer, je cache dans quelque chose avec de l'eau euh je sais qu'il aime bien le miel alors on dilue avec du miel » (M6L53-54) « soit on sucre beaucoup soit on va mettre un peu de sirop dedans » (M4L70) « tout ce qui est solution buvable je mets dans du jus d'orange ou un autre jus de fruit » (M9L83-84).

Parmi les aliments, les laitages permettaient au mieux de masquer le goût selon plusieurs mamans : « j'mets souvent du yaourt avec du sucre, j'trouve que le lait ça masque le goût des médicaments » (M11L85-86) « des fois dans du yaourt j'pense par exemple un peu de sachet, on le met dans le lait, ça dépend des sachets » (M18L113-114) « dans le biberon ils remarquent pas, je sais pas pourquoi, dans le lait, ils remarquaient pas la poudre alors que dans d'autres boissons, ils le remarquaient et ils buvaient pas. » (M13L50-52)

- **Détourner l'attention** : quand les enfants étaient absorbés par autre chose, ils avaient moins tendance à rejeter le médicament. Un jeu, un écran, tout pouvait être utilisé pour focaliser leur attention sur autre chose : « détourner l'attention (...)Euh j'prends un hochet ou autre chose, mon mari m'aide il s'occupe d'elle, il la fait rigoler comme ça woop ça passe tranquillement sans qu'elle se focalise dessus et qu'elle rejette le médicament» (M5L47-52) « on les prend par surprise aussi, on les met devant le dessin animé alors ils sont captivés par le dessin animé et TCHAK (mime une pipette et rit). » (M18L117-118)

- **Passer par le jeu** : d'une manière générale, les enfants étaient réceptifs au jeu. Pour faciliter le temps d'attente lorsqu'elle lui mettait des gouttes dans les oreilles, une maman nous a confié qu'elle racontait des histoires à son enfant : « Ce que je faisais un moment je l'allongeais dans le lit, je lui racontais une histoire et je retournais la tête de l'autre côté hop on relisait une histoire » (M12L184-186)

Les systèmes d'inhalation type aérochamber ou babyhaler devenaient également des accessoires de jeu « après ça allait tout seul même elle s'amusait avec euh l'inhalateur parce que pour eux c'était un petit peu un jeu aussi » (M7L123-124) « Et comme ça voilà en jouant de la trompette c'est la solution qu'on a trouvé pour la VENTOLINE quand il était plus petit » (M2L43-44)

- **Tricher** : les parents ont fait preuve de ruse. Ils trichaient un peu entre ce qu'ils disaient et ce qu'ils faisaient pour permettre de donner le médicament : « tu fais un effort et j'en fais un voilà y'a 2 cuillères j'en donne qu'une 'fin

voilà des petites ruses, j'suis un petit peu comme ça aussi » (M11L368-370)
« Oui pour changer le goût voilà si on peut essayer de tricher un petit peu
voilà » (M4L75) « Je compte jusqu'à 5 avec elle (...) sauf que je fais partir le
suppo avant la fin » (M9L100)

- **Récompenser après la bonne prise du médicament.** D'autres fois, l'enfant prenait correctement son médicament et avait alors droit à une récompense pour son bon comportement : bonbon, gâteau etc...« on prépare le bonbon pour après » (M4L49), « en donnant à la fin un bonbon parce qu'elle a été courageuse » (M5L58), « Ou des fois y'a eu du chantage j'te donne ça le médicament et j'te donnerai quelque chose que tu aimes derrière » (M12L73-74)

Cela permettait de faire oublier le mauvais goût du médicament et d'encourager leur bonne conduite pour les fois prochaines.

Dans tous les cas, les parents devaient s'armer de **patience** : « Voilà, on finit par y arriver, avec un peu de patience » (M6L125) « ça c'est long en terme de concentration et de patience » (M12L183).

Parfois, c'est le fait d'aller vite qui facilitait les choses, **la rapidité d'administration** était alors un élément important : « non c'était ouvre la bouche avale vite boit un coup d'eau et c'est bon (rires) » (M10L26).

Les **outils d'aide à l'administration** avaient une place importante pour faciliter la prise des médicaments. Reine des accessoires, la pipette était de loin la plus pratique selon les parents : « Euh alors pourquoi tous les médicaments sont pas sous forme de pipette ! (...) *Donc la pipette c'est C'est le bonheur !* » (M12L139-141) « je prends toujours la « piplette » du DOLIPRANE » (M14L76). Pour les nourrissons, la tétine du biberon s'avèrait également être une bonne aide : « Avec une tétine ça va mieux ! » (P15L56)

Le temps d'administration des médicaments devait être un **rituel**, il devenait une habitude particulière : « fin bref ya tout un truc, un rituel » (M4L49)

Certains parents trouvaient que plus les enfants étaient **autonomes** mieux cela se passait : « si on la laisse faire d'elle même, on lui donne le PIVALONE ben elle le fait toute seule mais elle aime pas qu'on lui fasse » (M7L108-109) « une fois qu'il a compris, il était capable de le faire tout seul » (P17L37-38) « Plus petit pareil vers 2-3 ans pareil, il fallait que ce soit lui qui se le donne » (M2L54)

Les enfants participaient au lieu de rester passifs, ils étaient acteurs de leurs soins : « Alors je le couche sur la table, table à langer, je le couche je prends une compresse et je lui dis tu aides Maman, je lui dis tu aides Maman, si tu aides pas Maman, je vais te faire mal parce que je vais ouvrir ton œil, alors tu te laisses faire, tu ne bouges pas, tu ne cries pas. » (M11L140-142) « on lui disait de s'asseoir dans son petit fauteuil, elle se mettait dans son fauteuil, on lui mettait le masque et elle respirait et ça se passait bien » (M7L120-121)

Selon leur **profession**, les choses pouvaient être facilitées. Les parents ayant un métier apparenté au milieu médical pensaient ainsi avoir un avantage : « heureusement que j'suis du métier parce que ça aurait été quelqu'un d'autre ou quoi euh costaud quoi » (M10L213-214) « Je faisais peut être en tant qu'infirmière » (M11L315)

Le fait d'être **plus ou moins présent au domicile** pour prendre le temps de donner les médicaments semblait également avoir son importance : « C'est plus souvent ma femme dans le sens où elle est à la maison et moi je suis plutôt au travail » (P3L175)

En règle général, c'est la mère de famille **qui administrait** les médicaments aux enfants : « Alors là va falloir plutôt demander à Madame parce que là (rires) j'ai dû commencer un quart de la partie » (P15L212-213). Toutefois, certains pères endossaient le rôle sans difficultés : « Alors ce sera plus souvent le papa, il est plus à cheval là dessus que moi » (M18L318).

Au final, l'administration des médicaments relevait le plus souvent d'un travail d'équipe surtout quand l'enfant ne se laissait pas bien faire : « A ben on s'y mettait à 2 pis y'en a un qui la tenait bien, et puis on lui ouvrait la bouche et puis voilà, on ouvrait la bouche, on mettait la pipette... » (M18L58-59)

Pour finir, beaucoup de parents estimaient avoir de la **chance** de ne pas avoir trop de difficultés : « Mais moi non vraiment, on a de la chance pour ça. (rires) » (M10L206) « Jusqu'à présent, je touche du bois j'ai pas eu des gros soucis. » (M11L308-309)

c) Ce qui freine l'administration

Si globalement les choses se passaient bien, certains facteurs avaient tendance à rendre plus difficile l'administration des médicaments.

Au premier plan, **l'oubli de donner le médicament** : « Le tout c'est d'y penser » (M4L115), « bon après souvent c'est des oublis quand on a plusieurs » (M14L181), « on va plus facilement oublier dans le feu de l'action avec les enfants » (P17L79)

« La vitamine qui faut donner ben tous les jours, y'a des fois ben j'y pense pas forcément le matin donc j'vais donner dans la journée mais mais y'a des fois je vais plus me souvenir, je vais me dire : « Est ce que je l'ai donné ce matin ? » et des fois impossible de se souvenir » (M13L110-113)

Mais aussi **l'oubli de ce qui a été dit en consultation** : « y'a des petites choses qu'on, des petits détails qu'on se souvient pas » (M11L241) « parce que on n'a pas la mémoire de tout, » (M12L273-274)

Certains parents finissaient par renoncer devant la trop grosse difficulté à donner les médicaments : « *vous avez déjà renoncé à donner un médicament à l'un de vos enfants ?* Oui quand ça devenait trop pénible. » (P17L153-154) « Elle le veut pas, elle le goûte et elle le veut pas, j'ai du mal à lui donner ben je continue pas. » (M14L294-295)

Un des freins majeur était la **durée du traitement** : plus la durée de prescription était longue, plus cela devenait compliqué. Les enfants se lassaient, les parents oubliaient ou stoppaient volontairement le traitement car les enfants n'avaient plus de symptômes : « Ce serait sur des longues périodes, c'est un peu plus embêtant » (M4L117) « Non dans la longueur j'ai j'ai arrêté de de 'fin j'ai refusé oui j'ai arrêté de

lui donner ce médicament » (M8L284-285) « c'est si long tous les jours j'prends encore elle se voyait peut être pas malade du coup parce que c'était un traitement de prévention » (M9L259-261) « par contre le fait que ce soit très régulier quand c'est un traitement pour 6 mois ou plus ben voilà, faut le tenir » (M12L344-345)

Selon le **moment de la journée**, les choses pouvaient être plus ou moins difficiles. Le fait de coordonner la prise du médicament avec les repas permettait de donner des repères aux enfants qui n'avaient pas toujours la notion de temps et de durée : « je lui disais pas matin midi et soir, en fait je lui disais quand tu mangeras » (M11L203-204) « il parle beaucoup matin et soir avant après pendant, mais il a pas encore bien la notion donc voyez le mieux c'est quand tu mangeras » (M11L204-205).

« Ce sera toujours compliqué de donner plusieurs fois dans la journée. Je pense que c'est plutôt tant que ça dépasse pas 3 et que c'est sur les axes des repas, je pense que ça se fait bien. » (P3L88-89)

Parmi les prises, celle du midi était la plus complexe. En effet, les enfants ne sont pas toujours à la maison et la donne changeait selon que le parent travaillait ou non : « Quand c'est matin et soir ça pose pas de problème, c'est vrai que le midi c'est compliqué. » (M10L107-108) « Pour le petit, moi je le récupère le midi donc j'peux encore, j'peux encore lui donner » (M6L140).

Néanmoins, l'emploi du temps chargé et le timing précis des parents et des enfants rendait parfois les prises du matin et du soir tout aussi complexes : « Le matin faut se dépêcher pour aller à l'école euh le soir ben c'est au moment d'aller se coucher donc on est tous un peu fatigué etc... » (M8L116-117)

En résumé pour 1 des mamans, moins on donnait de fois dans la journée mieux c'était : « puis pour eux aussi quoi d'avoir le médicament 3, 2-3 fois dans la journée par rapport à 1 fois, je pense que c'est moins compliqué. » (M14L164-165). Mais tous ne partageaient pas ce point de vue : « pour moi en plusieurs fois, non c'est vraiment pas spécialement ça ne me dérange pas » (M4L108).

L'importance de l'administration **plusieurs fois dans la journée** tenait de l'efficacité du médicament selon 2 des mamans : « A heures régulières le plus possible et que ce soit vraiment efficace. » (M5L197), « ben j'pense que oui parce que bon y'a un médicament qui fait effet une fois on va dire et pis en attendant ça va agir ben ça va faire effet sur les 3-4 heures et puis après elle aura plus d'effet et le fait qu'on lui donne souvent ben ça reprend » (M14L158-161)

La **quantité** de médicament prescrit avait une importance variable. Certains pensaient que ça n'avait pas d'importance : « qu'elle en prenne un ou trois on va dire que euh du moment où elle en a accepté un, elle acceptera les 2 autres de toute façon » (M5L107-108)

Alors que d'autres souhaitaient en donner le moins possible : « pas en trop grande quantité non plus une cuillère » (M11L366)

Parfois c'est le **matériel à utiliser qui était contraignant**, en particulier lorsqu'il s'agissait d'inhalation : « j'pense plus en fait l'appréhension d'avoir ce masque » (M11L178) « on est sur un petit appareil un peu plus sophistiqué, ça va être un peu moins évident à administrer » (P17L135-136)

L'enfant n'aimait pas être maintenu et forcé : « on voulait lui introduire quelque chose dans la bouche et » (M12L65)

Selon l'**âge** les difficultés étaient variables. Si certains se laissaient mieux faire en grandissant d'autres en revanche étaient plus malléables en étant petits.

« Petit non, ils ont toujours ouvert grand la bouche (rires). Quand on approche une cuillère ou autre chose, ils ouvrent la bouche donc euh » (M6L68-69)

« Mais c'est vrai que la petite dernière c'est un peu difficile (...) Ben je pense que ça c'est dû à l'âge parce que même N., c'était pareil mais au fur et à mesure après c'est vrai que quand ça grandit bon euh mais quand c'est petit c'est difficile, forcément. » (M14L52-55)

« j'trouve c'est quand même difficile à leur donner surtout à l'âge quand elles comprennent pas bon » (M14L375-376)

Les **médicaments ne sont pas toujours bien tolérés** et certains enfants ont des effets indésirables liés aux médicaments après la prise : « elle l'a mis sous AUGMENTIN euh et il a pris une irritation des fesses » (M11L312-313) « le CELESTENE ça l'empêche de dormir et ça lui faisait ressortir toutes ses douleurs dentaires etc... et là c'était atroce quoi, elle s'en remettait pas » (M18L256-258)

Certains enfants finissaient même par vomir ou recracher la totalité des médicaments ingérés : « Parce que ça m'est arrivé une fois, j'ai forcé et 2 minutes après il avait vomi donc euh » (P16L312-313) « ils ont tendance à recracher plutôt que de l'inhaler » (M6L333) « Après c'est comment l'administrer pour pas qu'ils le revomissent » (M4L66)

Autant d'obstacle à surmonter pour permettre finalement la prise correcte du médicament.

d) La connaissance

Le fait de **connaître ou de ne pas connaître le médicament** noté sur l'ordonnance pouvait entraîner des difficultés d'administration. « J pense c'est l'expérience 'fin, le fait de connaître mais p'têtre que j me trompe même sûrement » (M10L238) « on n'a pas toutes les données ben voilà est ce qu'on peut le mettre dans du jus de fruit, si c'est pas dans de l'eau est ce qu'on peut le broyer 'fin voilà ça on sait pas toujours je crois » (M8L201-203).

De la même façon, le fait de **connaître la pathologie** dont était atteinte l'enfant rassurait, tandis que sur des pathologies moins communes, les parents souhaitaient avoir plus d'explications : « si c'est les maladies qu'on connaît voilà y'a pas de souci » (M8L269) « tant que ça reste un rhume ou une grippe, » (M10L248-249) « J'aime

bien comprendre et situer la maladie dans le degré humain aussi niveau de connaissance de cette maladie. » (P3L124-125)

Certains parents se sentaient parfois démunis devant ce rôle de soignant et avouaient ne pas avoir toutes les **connaissances médicales** nécessaires parfois : « on n'est pas spécialiste de tout » (M12L274) « On ne sait pas toujours même avec 3 ou 4 enfants » (M4L130) « y'a des fois on sait pas parce que bon on est parents, on n'est pas professionnels de l'enfant, on n'a pas passé de diplômes pour les élever (sourire) » (M7L243-244)

En revanche quand il s'agissait de **leur enfant**, les parents étaient experts. En effet, ce sont eux qui les connaissent le mieux et pressentent quand quelque chose n'est pas normal. Ils appréciaient que leur médecin leur fasse confiance à ce sujet et les prenne en compte : « Voilà si on rappelle, c'est qu'il y a quelque chose, si on vient juste de le voir et qu'on rappelle, c'est vraiment qu'il y a quelque chose quoi et pis on sent que c'est pas normal. » (M18L193-194) « voilà après j'pense qu'on connaît ses enfants » (M11L251-252) « Moi j'ai, j'ai les enfants tout le temps donc après ya un feeling qui passe et on voit bien » (M4L192)

Les parents inculquaient à leurs enfants la **notion de médicament** afin qu'ils comprennent la nécessité de le prendre : « elles savent que c'est le médicament donc elles savent que c'est quelque chose qui se prend qu'avec un adulte, elles savent qu'elles ne peuvent pas le faire toute seule » (M4L55-56) « elle sait que les médicaments c'est euh c'est pour euh quelque chose donc elle sait que c'est pas pour l'embêter » (M5L55-56) « elle arrive à à concrétiser on va dire l'action du médicament » (M5L79) « Ah oui d'ailleurs il a compris parce que R. elle monte sur la chaise et elle va chercher et il dit « Non c'est un médicament ! C'est un médicament faut pas le prendre », le sirop (rires) » (M11L193-195).

Toutefois pour des médicaments au bon goût sucré, la **confusion** pouvait être rapide avec une **friandise** : « même si elle est pas malade, elle trouve le prétexte oh j'ai mal à la gorge, elle connaît le MAXILASE, je lui ai donné le MAXILASE oh j'ai mal à la gorge et puis sa soeur du coup elle arrive qui comprend du coup « moi, moi ». Ben

elles reconnaissent la bouteille et vu que c'est pas trop mauvais après elles en demandent, c'est assez facile à avaler. » (M7L311-314) « c'est vraiment presque un bonbon mmh...de rassurance. » (M10L287)

Pour le papa N°16 c'était même sa technique pour faire prendre le médicament, dire à son enfant qu'il s'agissait d'un bonbon : « Elles réclamaient le bonbon ouais (sourit) c'est voilà, elles savaient que c'était un bonbon donc euh du coup elles réclamaient le médicament mais en fait c'était pas bon quoi » (P16L45-47)

e) Le ressenti difficile des parents

Lorsque l'administration des médicaments devenait difficile, les parents passaient par plusieurs sentiments ou impression.

L'appréhension avec la **peur de faire mal** « surtout l'antibio parce que il disait que ça lui faisait mal » (M8L141-142) « pendant ce temps là le petit il souffre quoi » (M13L237-238) « donc elle a peur d'avoir mal donc elle veut pas qu'on lui mette » (M7L90) mais aussi la **peur de mal faire** : « en temps que parents voilà on n'a pas envie de faire quelque chose qui soit moins efficace » (M8L205-206)

En administrant des médicaments trop tôt, certains parents ont eu **peur de masquer les symptômes** et que le médecin ne les croient pas : « si je l'emmène chez la pédiatre et qu'elle a une dose de VENTOLINE avant, la pédiatre elle va me dire elle a rien » (M7L362-363)

L'appréhension était parfois ressentie par l'enfant : « Il est un peu inquiet quand il connaît pas » (M6L86-87) « Y. s'est mis à pleurer parce que bon parce que il va chez le docteur et qu'il a peur, » (M13L142-143)

Le fait de prendre des médicaments était vécu comme une **contrainte** pour le parent qui transmettait cette notion à l'enfant : « il faut s'y mettre même si on n'aime pas même si c'est pas joli, il faut suivre le traitement » (M12L323-324) « qu'on est obligé de les mettre si il veut guérir et puis il a pas le choix » (M6L122-123) « elle

peut comprendre dans quel but elle est obligée 'fin elle est obligée dans quel but elle doit prendre les médicaments » (M5L71-72)

Il arrivait que le **ressenti soit difficile** : « Au début c'était un peu difficile euh il était très très très méfiant » (M13L153) « On n'arrivait pas à lui faire prendre, on se fâchait quand même mais elle était petite » (M18L50) « on arrive toujours à le faire mais euh pour lui c'est difficile » (M8L71)

Ils étaient parfois contraints à utiliser **la force** pour administrer le médicament : « sinon je suis obligée de le tenir serré et puis de le tenir par la force donc euh comme il aime pas ça » (M6L123-124) « on est obligé de la forcer pour qu'elle se laisse faire. » (M7L106) « au début c'était un peu le forcing et puis je voyais que c'était les larmes » (M9L110-111) « Mais bon on leur dit qu'elles sont obligées et et on les force. On arrive à mieux forcer sur eux que les petites. » (M14L69-70)

C'était une technique que les parents n'appréciaient pas du tout et qu'ils préféraient éviter au maximum : « on va pas se battre avec nos enfants jusque là à utiliser la force voilà. » (P17L127-128) « J'ai jamais voulu le forcer son papa euh il a eu fait peut être une ou 2 fois il lui a fait euh ben au final c'est moi qui euh c'est moi qui fais parce que j'ai peut être pas 'fin voilà parce que j'ai pas envie qu'on le force à prendre des médicaments » (M8L102-104)

Il leur arrivait parfois de se sentir dépassés. Ce **sentiment d'impuissance** était difficile à surmonter, c'est là que le médecin intervient pour les rassurer : « moi je peux pas écouter les poumons » (M7L176) « je sais plus ce qu'il faut que je fasse » (M4L198) « Si j'avais, si je savais faire, je le ferais ! » (M7L370) « Parfois bon le camouflage est impossible, on fait ce qu'on peut ! » (P17L128-129)

f) La surmédicalisation

La majorité des parents préférait ne pas avoir trop de médicaments à donner à leur enfant. Le fait d'en avoir beaucoup était un **facteur d'angoisse** pour eux : « plus

c'est léger moins ça m'inquiète » (M8L313-314) « si je repars sans ordonnance j'suis plus contente qu'autre chose quoi j'suis rassurée et en plus y'a pas de médicaments, c'est encore mieux (rires) » (M10L133-134) « A moi je ne viens pas pour les médicaments ça c'est clair je suis pas trop parce que j'aime pas qu'après ils prennent » (M11L213-214)

Il semblerait que plus la liste de médicaments était longue sur l'ordonnance, plus il était difficile de les donner à l'enfant : « Pas trop de médicaments pas trop le minimum. Ca j'y tiens vraiment parce que c'est c'est si y'a trop les enfants les prendront pas » (M11L224) « c'est pas facile de leur faire prendre non plus un cachet pour ça, un cachet pour ça, un cachet pour ça quoi c'est pas facile pour eux » (P16L261-262).

L'argument était valable également pour les adultes selon le papa N°15 : « Pour nous les adultes oui, c'est souvent qu'on a des smarties qui servent à rien donc euh j'les prends pas » (P15L252-253)

La maman N°5 en a discuté avec son médecin généraliste au cours de sa première consultation pour savoir quel était son point de vue par rapport au nombre de médicaments : « ne pas donner systématiquement des médicaments alors que ça part de lui même (...)du coup d'éviter de donner trop oui trop de médicaments et des fois pour des choses qui peuvent partir tout seul. » (M5L88-91)

Lorsque la prescription était trop importante ou en trop grande quantité, cela finissait par **encombrer les pharmacies** des parents au domicile : « J'me retrouve avec une pharmacie quand même, quand même bien chargée voilà » (M10L219-220)

Ainsi lorsqu'il leur restait des médicaments d'une fois précédente, cela pouvait favoriser **l'automédication** : « par exemple des fois ça arrive qu'il en reste quelques unes de d'antibiotiques, on arrive pas jusqu'au bout parce que souvent ils guérissent ben bien c'est pas la peine de d'aller plus loin ben quand j'ai les mêmes symptômes

ben quand je le prends, ben je trouve que des fois ça m'empêche d'aller chez le médecin en fait. » (M14L235-238)

Globalement, les parents étaient plutôt satisfaits de leur médecin et n'avaient pas l'impression que les ordonnances étaient trop chargées lorsqu'il s'agissait de leur enfant : « Euh oui mais si ils en ont besoin, ils en ont besoin quoi (rires). On peut leur en donner moins si...ils en prennent pas tant que ça finalement » (M18L277-278) « mon médecin m'en donne pas spécialement beaucoup » (M6L260)

Il existait une **méfiance** face à certains traitements. En l'absence d'explications de la part du médecin, si un médicament effrayait, il ne serait pas donné : « je sais que je lis l'ordonnance donc si y'a un médicament qui me qui me paraît suspect » (M5L147) « on a eu à donner de l'ATARAX et ça m'a fait peur parce que je connaissais le nom et tout » (M10L142-143) « Je culpabilise un peu quand on s'attaque à des médicaments costauds » (M10L305-306)

g) L'enfant

Le **caractère de l'enfant** modifiait la façon de donner le médicament. Les parents devaient s'adapter. « Oui il est très anxieux donc il a besoin » (M11L106)

Selon le comportement de l'enfant, l'administration était rendue plus ou moins difficile. Lorsque **l'accord de l'enfant** était obtenu, cela se passait bien : « elles courent pas dans tous les sens. Elles sont cools. » (M4L39) « Il le prend tranquillement sans rechigner. » (P3L53) « du moment que l'enfant a accepté » (M5L166)

Lorsque **l'enfant n'était pas d'accord**, les choses se compliquaient : « comment ça s'est passé, pas très bien parce qu'elle voulait pas les prendre » (M7L35) « y'a des moments il râle des moments où il en a marre » (M12L349)

Les parents redoutaient la **toute puissance de l'enfant**, lorsque l'enfant se braquait totalement : « Ah on lui donne parce que si on cale, si on cale ben on, elle va nous

faire le cirque pour autre chose et puis voilà après c'est elle qui va l'emporter donc non on a décidé que il fallait lui donner » (M7L281-282) « Elle le veut pas, elle le goûte et elle le veut pas, j'ai du mal à lui donner ben je continue pas. » (M14L294-295)

L'état clinique de l'enfant intervenait dans l'acceptation ou non du médicament mais également sur la nécessité de consulter ou non : « Après ça dépend de l'état de mon fils, ça va dépendre de son état. » (M8L326) « quand il mange moins et qu'il commence vraiment à...pour moi le fait de ne plus manger et plus boire c'est un signe qu'il se passe quelque chose de » (M11L274-276)

Son **niveau de compréhension** jouait sur l'adhésion au traitement et la nécessité de le prendre : « il grandit il comprend que c'est que c'est obligatoire » (M11L115) « faut vraiment qu'elle soit bien malade pour comprendre qu'elle a besoin de ce médicament là » (M7L104-105) « c'était pour son bien aussi après bon y'a une différence entre comprendre et accepter de boire le médicament (rires) » (M9L151-153)

h) Le médecin

Les parents attendaient beaucoup de leur médecin, ils appréciaient **sa disponibilité** : « surtout qu'il soit disponible et ouvert » (M4L123). La première des attentes était la **pertinence du diagnostic** : « cibler pile poil le pourquoi » (M4L124) puis la compétence : « Ben un traitement adapté à ce qu'il a, qu'il le soigne ! » (M6L172) « qui s'occupe le mieux possible et puis avoir un meilleur traitement possible quoi que ça passe plutôt au plus vite quoi. » (P16L152-153) « qu'elle explique bien les choses et tout en mettant une conscience professionnelle » (M12L226-227)

Ensuite, ils attendaient de leur médecin de la **douceur** : « qu'elle soit très sympathique (rires) première chose et qu'elle ait un contact avec les enfants. Qu'elle soit chaleureuse, douce » (M12L223-224) « qu'il soit équilibré » (P3L97)

Face aux difficultés, le médecin doit être un **soutien aux parents** : « qu'il me culpabilise pas, voilà ça c'est important ! » (M8L177) « oui c'est quand même important c'est pas le rôle d'un d'un psychiatre un peu, ça aide un peu dans le quotidien » (M7L235-236) « obtenir une solution, me rassurer et puis faire les choses qui vont bien en face, savoir aider, prendre les décisions » (M10L137-138)

Globalement, les parents avaient **confiance en leur médecin**, qu'il soit pédiatre ou médecin généraliste, ils s'en remettaient à lui pour soigner leur enfant : « Non après moi je fais confiance à mon médecin, c'est lui le spécialiste donc c'est à lui de nous dire ben faut prendre tel médicament 4 fois par jour après moi je suis le protocole après c'est son métier donc voilà ah non non. » (M12L238-240) « je fais confiance aux professionnels. » (P17L145-146) « j'ai toujours fait confiance à mon médecin généraliste » (M6L202)

Plusieurs familles interrogées ont **changé de médecin** récemment. Pour la famille N°8, il s'agissait d'un problème de prise en charge, la maman n'était pas satisfaite du traitement proposé qui n'améliorait pas du tout l'état clinique de son fils : « j'ai chan- 'fin j'ai changé de médecin voilà parce que ben j'en pouvais plus » (M8L303). Pour la famille N°18, c'est suite à un déménagement qu'ils ont dû changer de médecin : « on est en train de changer de médecin en fait (rires). » (M18L226) « le médecin que nous avions avant ne disait pas quelle maladie c'était » (M18L212-213)

Le Papa N°17 trouvait que les **médecins manquaient d'information** et ne connaissaient pas toujours les propriétés des médicaments notamment concernant le goût et la présentation : « je trouve que en général ben les médecins sont mal informés par rapport au goût des médicaments euh qui sont prescrits » (P17L119-120)

i) Le médicament

Tous les éléments constituant le médicament avaient leur importance.

La **forme galénique** : poudres, comprimés, gouttes, sirops. «elle avait des cachets à diluer dans l'eau » (M7L287) « Là j'avais un cachet et du nasal donc c'est 2 traitements différents » (M9L247) « cette formule de poudre qui se dilue » (M12L155)

Les **noms commerciaux** cités par les parents étaient souvent les mêmes. En général, il s'agissait des traitements symptomatiques prescrits dans les pathologies infantiles communes : « MAXILASE, PIVALONE, toujours les mêmes » (M7L161-162) « SMECTA et des poudres réhydratantes » (M11L278) « elle donnait la cuillère de PRIMALAN. » (M10L115)

La star des médicaments donnée aux enfants restait le DOLIPRANE qui a été cité dans la totalité des entretiens : « Le DOLIPRANE pas de problème, ils sont fans » (M10L36-37) « elle adore le DOLIPRANE » (M12L61)

L'élément le plus important du médicament restait **le goût**. Qu'il soit bon ou mauvais c'est ce qui marquait le plus tant les parents que les enfants : « Le goût oui oui c'est plus le goût un peu peut être pas très agréable quoi (rires) » (M4L19) « un vilain goût de banane » (P17L47) « Mon mari me disait mais c'est infect je sais pas comment on peut leur faire des médicaments pareils » (M18L401-402)

Le bon goût facilitait la prise du médicament : « ils aiment les bons goût qui sont sucrés, les goûts à la fraise ou à la banane » (M5L214) « ça se passait bien quand les médicaments étaient bons, » (M7L18)

Certains parents parlaient de **l'odeur** du médicament : « j'ai c't'odeur encore qui me remonte voilà » (M11L32) « C'est vraiment c'te goût, c't'odeur ou la façon de le prendre » (M12L207) « après le médicament ouais on explique, il aura peut être tel ou tel odeur » (M4L46)

Tandis que d'autres étaient plus marqués par **la couleur et l'aspect** du médicament : « dès qu'il le voit euh ça lui plaît pas visuellement ça ne passe pas. » (M12L156) « J'ai le souvenir de gélules blanches et orange » (M11L28-29)

Le **mode de préparation et d'action** du médicament était cité : « certains fallait, qu'il faut les diluer dans l'eau, les tenir au frigo pour les conserver d'autres faut les diluer comme ça dans un verre d'eau voilà » (M6L214-215)

L'intérêt du médicament résidait également dans son **efficacité**. Selon la Maman N°10, pour être prescrit le traitement devait être efficace : « c'est pas anodin donc c'est vrai que il faut que ce soit bien utile » (M10L153) « ils savent que voilà quand on a mal à la tête, quand on a de la fièvre, on prend du DOLIPRANE et tout va mieux et voilà » (M10L46-47).

Quand le traitement n'était pas jugé suffisamment efficace, cela encourageait à arrêter prématurément le traitement : « Ben si ils marchent pas ouais j'les prends voilà j'les prends pas jusqu'au bout donc euh non ah ben ils marchent pas. Ça sert à rien, ça sert à rien » (P15L262-263) « mais euh bon le médicament n'est pas aussi efficace sur nos enfants qu'on le souhaiterait » (P17L103-104)

Parmi les médicaments, une classe requérait une attention particulière : **les antibiotiques**. Les parents interrogés ont globalement bien retenu que ce genre de traitement devait être poursuivi jusqu'au bout : « les antibiotiques faut vraiment aller jusqu'au bout pour que ce soit efficace » (M7L139) « oui si on devait donner de l'antibiotique, je sais qu'il faut aller jusqu'au bout du traitement même si ils vont mieux » (M13L251-252)

Il subsistait toutefois une crainte par rapport à ces médicaments avec une impression de diminution de l'efficacité à force de multiplier les lignes d'antibiotiques : « je trouve que ils ont eu beaucoup d'antibiotiques » (M6L279) « à force ben il réagit beaucoup moins aux antibiotiques et » (M6L298-299).

Une des mamans interrogée n'a jamais donné d'antibiotique à ses 3 enfants « Alors les antibiotiques, en fait je leur en ai jamais donné pour le moment (rires) » (M13L249)

Le **médicament idéal** imaginé par les parents revêtait différentes formes. Les idées phares étaient l'efficacité rapide et le bon goût : « Le médicament idéal serait celui qui fonctionne (rires) en une prise euh comme un 'fin voilà vraiment une prise efficace et hop y'a plus rien derrière (rires) » (M10L294-295) « quelque chose de facile à prendre, bon goût euh attrayant j'dirais attrayant, pas à avaler, je pense que les enfants c'est difficile à avaler » (M11L356-357) « Médicament idéal...j'sais pas peut être la guérison en une prise (rires). Ben efficace quoi, de toute façon c'est ça, c'est l'efficacité quoi c'est surtout ça plus que le goût, l'efficacité quoi. » (M13L267-269) « Ah non mais pas combien de fois par jour, le médicament idéal guérit dès la première prise ! (rires) » (P17L225-226)

Que ce soit pour les enfants ou pour les parents, la forme galénique devait être pratique et facile à avaler : « des histoires de oui de gélule à sucer avec un bon goût style bonbon, ce serait idéal pour les enfants même pour nous hein. » (M10L297-298) « pour les adultes ce serait en comprimé et puis ben quelque chose qui guérit en 2 jours par exemple voilà (...)pour les enfants ben je pense pareil mais peut être pas à avaler mais en...en sirop » M14L326-331)

Plusieurs parents s'accordaient à dire que le médicament existant qui se rapprochait le plus du médicament idéal était le DOLIPRANE : « Comme le DOLIPRANE ! (rires) » (M14L333) « La solution en sirop, DOLIPRANE (...) Du chewing gum ils aiment bien ça (rires) » (P15L283-287)

j) Les voies d'administration

Selon la voie utilisée, le médicament était plus ou moins bien accepté.

Parfois la **voie orale était impossible** et cela nécessitait une adaptation du traitement : « on ne peut pas toujours le prendre par voie orale » (M4L94)

Une des voies problématiques était la **voie intrarectale** par le biais du **suppositoire** : « parce qu'on pouvait pas le mettre quand euh on y arrivait, il ressortait aussitôt » (M6L114-115) « les suppos c'est hors de question (...) c'est hyper traumatisant pour elle de se faire mettre un suppo » (M9L44-45) « les suppositoires en général c'est un peu plus dur » (M10L67) « oui, un suppositoire est peut être plus compliqué. Le suppositoire est plus compliqué avec les enfants. » (P3L73)

Pourtant le suppositoire avait parfois des **côtés pratiques** : « quand elle a eu une gastro, je lui ai donné un suppo parce que y'avait que ça qui pouvait passer » (M7L76) « suppositoire moi j'trouve que quand ils étaient bébés, sur les enfants ça marchait bien » (M14L108-109) « c'est l'inverse quand ils ont une gastro de...et là là c'est moi qui réclame parce que c'est plus facile comme ça (...) Le suppo mais volontaire quoi (rires) » (M10L83-84)

Il semblerait qu'il y ait un **âge limite** à partir duquel le suppositoire ne pouvait plus être donné. Cet âge était variable selon les familles : « Les suppos après ya un âge où c'est un peu plus compliqué à faire passer quand même » (M4L88) « Bébé ça pose aucun souci et euh vers 2 ans et demi ouais ça commence à se compliquer quelque peu » (P17L56-57) « Moi je dirais 2 ans (rires) (...) Ouais, 1 an et demi, 2 ans » (M7L82-84) « j'dirais un an, un an et demi où vraiment là ils aiment pas » (M13L90) « ça dépend des enfants mais voilà à partir de 7 ans voilà vers 7-8 ans, le suppo » (M4L91)

La voie intrarectale gardait un certain **côté tabou** « plus ils sont autonomes, plus ils ont l'impression que c'est pas un endroit où mettre un médicament » (P17L57-58) « même lui prendre la température par les fesses (...) mais oui ça reste compliqué

c'te zone on va dire » (M9L127-131) « Mais chez moi on le conseille pas trop, chez les turcs. Le suppo... » (M14L110) « Moi je sais que le suppositoire j'ai essayé pour elle et elle bloque parce que dès qu'on touche aux parties intimes, elle bloque » (M12L144-146)

Les autres voies possibles avaient elle aussi leur lot de difficultés :

- **Les collyres** : « Après les gouttes dans les yeux, M. ça se passe bien, O. c'est un peu plus dur mais on y arrive quand même après il ferme un peu les yeux donc on met bien la dose pour être sur qu'il y en ait dedans » (M18L146-148) « Les gouttes dans les yeux, les collyres. J'ai pas souvenir (réponse de l'enfant : Si j'en ai eu !) des gouttes t'en as eu ? Ben ça m'a pas marqué, je pense que ça s'est bien passé ! » (P15L109-110)

- **Les gouttes dans les oreilles** : « Les oreilles euh, y'a pas de souci avec les 2 grands. C. vient de faire une otite, c'est vrai que l'OFLOCET elle se frotte pas mal derrière mais bon, elle est petite donc on la tient et y'a pas de souci particulier. C'est pas super agréable pour eux mais ils arrivent à l'accepter quand même. » (M18L148-151) « Goutte dans l'oreille, il penche l'oreille gauche, y'a pas de problème. Il se laisse faire » (P16L117)

- **les inhalations** : « qu'il faut qu'il respire en même temps qu'on appuie sur le petit produit là donc du coup, ça c'est un peu plus compliqué. » (M6L307-308) « c'est vrai qu'il a été beaucoup sous babyhaler voilà pas mal de...c'était difficile, difficile d'arriver à le motiver » (M8L78-79)

- **les spray nasaux** : « Ce qu'il aime pas non plus c'est dans le nez, PIVALONE » (M18L94-95)

Quand une voie d'administration était trop difficile, les parents demandaient généralement à leur médecin un **traitement alternatif** : « on demandait autre chose pour pas que ça lui fasse mal » (P16L103) « j'essaie d'éviter justement les modes d'administration plutôt pénibles » (P17L118) « une fois des suppos où j'ai dit si c'était préférable d'avoir autre chose et j'ai eu autre chose » (M9L185-186)

k) La prescription

L'**ordonnance était importante**, l'outil informatique a pu nettement améliorer les choses. Les parents appréciaient que les conseils donnés au cours de la consultation soient notés sur la prescription : « chaque matin pour me rappeler, je reprenais l'ordonnance afin de vérifier chaque matin si le médicament je devais continuer à lui donner ou pas » (M7L290-291) « ce que note le médecin en général c'est la fréquence d'administration, les doses euh en général. » (M13L172-173)

Certains parents faisaient une différence entre les médicaments, ils **hiérarchisaient les traitements** selon leur degré d'importance d'après ce qu' avait dit le médecin ou selon leur propre expérience, ils le comprenaient seul : « on me dit celui là il est plus important que celui là donc euh vaut mieux prendre celui là et puis celui là ben si y'a pas besoin, voilà » (P16L243-245) « Euh l'expérience oui quand on lit voilà sur l'ordonnance, sur les 3 y'a un antibio là oui effectivement c'est celui là que je vais devoir donner en pr- en priorité parce que je sais que par rapport à la pathologie de l'enfant il a plus d'efficacité donc euh ouais oui oui oui mais non j'connais. » (P17L185-188) « en général après c'est peut être dans l'ordre souvent j'pense que l'ordre, mon médecin doit mettre prioritairement en premier après souvent c'est quand même celui d'en haut qui » (M10L239-240)

A partir du moment où ils avaient consulté, la plupart des parents **respectaient la prescription** donnée : « Non j'ai toujours suivi la prescription » (M9L217) « après moi je suis le protocole » (M12L239) « j'évite de ne pas donner un médicament qui a été prescrit » (M5L154).

En revanche, ils ne respectaient pas toujours la **durée de la prescription**. C'est alors l'amélioration clinique de l'enfant qui les faisait stopper le traitement plus rapidement : « un sirop pour la toux par exemple si il tousse plus, je vais pas aller jusqu'au bout » (M6L152-153) « Non, parce que quand je vois que ça va mieux euh...j'arrête. » (P16L225) « des crèmes cortisone, j'ai p'têtre eu des fois arrêté rapido ça revient en flèche et j'me dis oh » (M10L330-331) « J'essaie selon la facilité du mode d'administration par exemple quand c'est un médicament voie orale que

mon enfant n'aime pas, euh oui s'il est plus malade au bout de 4 et que j'ai la prescription pour 10 jours je vais pas mentir, je zappe pour 4 jours » (P17L190-192)

Les mêmes traitements étaient régulièrement prescrits, cette **redondance des médicaments** était remarquée par les parents ce qui encourageait parfois l'automédication : « de toute façon les spray voilà, j'me pose même plus la question (...) y'a toujours du spray dessus » (M8L234-236) « que on nous donne toujours les mêmes gouttes dans le nez et le même sirop » (P17L100-101)

Enfin, ils appréciaient que le **traitement soit adapté selon l'enfant** : « il réajuste là où il faut quoi » (M4L200) « Ca permet de choisir un médicament que l'enfant va pouvoir prendre parce que finalement on voit, c'est bien d'aller se faire soigner, c'est bien de se faire prescrire des médicaments mais en finalité si l'enfant ne le prend pas parce que euh, parce qu'il n'aime pas, c'est juste impossible » (P17L123-127)

l) La consultation

La plupart des parents **attendaient avant de consulter** le médecin. Ils attendaient l'apparition de nouveaux symptômes car ils avaient compris que consulter trop vite n'était pas forcément une bonne solution : « si elle a pas de température bon ça arrive j'attends plus que ça dégénère si ça doit dégénérer parce que si je l'emmène, j'ai déjà testé chez la pédiatre pour un rhume ce qu'on me donne, ça sert à rien donc faut attendre que ça passe et si ça dégénère ben de toute façon je serai obligée de la ramener, parce que ce que j'ai ça va pas » (M7L182-185) « des fois je leur dis s'il a de la fièvre c'est pas la peine qu'elle l'emmène dans l'heure qui suit chez le médecin, elle attend qu'il y ait quelque chose qui se déclare ou attendre un petit peu voir ce que...ce que ça donne quoi » (M6L229-231) « laissaient la maladie venir et voir comment nous on réagissait avant de nous donner des médicaments » (P3L42-43)

Il y avait néanmoins des **symptômes qui imposaient une consultation** plus rapide : « Quand elle a mal aux oreilles » (M7L174) « Voilà c'est un tout : boisson, manger, perte d'élan voilà, grognon aussi mais ça c'est vraiment des...signes puis en

plus ça passe vite ou pas » (M11L305-306) « Si ils ont de la fièvre et que ça veut pas descendre » (M13L294).

La **nécessité de reconsulter** était pour eux une vraie contrainte et ils n'appréciaient pas d'avoir à revenir même si certains comprenaient qu'on ne puisse pas trouver une solution immédiate : « qu'j'y retourne, que j'y aille qu'une fois. J'ai pas besoin d'y retourner une deuxième fois c'est vrai que des fois ils donnent pas forcément le bon médicament tout de suite » (M7L199-201) « on repartait, on revenait, on repartait et à chaque fois que je revenais bon, c'était une bronchite » (M14L195-196)

Il arrivait que la consultation ne soit pas aussi **utile** a posteriori : « en fait je crois j'pense que je l'ai emmené chez le médecin un peu pour rien, on était à la fin » (M13L302-303) « la plupart du temps y'a même pas besoin d'aller chez le médecin et qu'elles guérissent » (M14L307). Cependant, une des mamans trouve que quoiqu'il arrive la consultation a toujours un intérêt : « Ca n'a jamais été une visite inutile » (M4L193).

La Maman N°6 précisait qu'en règle générale, elle consultait pour un seul motif et ne multipliait pas les **motifs de consultation** : « En général on y va pour une chose, pas pas pour plusieurs en même temps. » (M6L264)

Les parents faisaient la différence entre les **visites systématiques** de suivi et les visites liées à des pathologies particulières : « parce que j'ai tendance avec les visites je dirais à obligatoires » (M11L162) « comment on dit des visites euh de pas de routine » (M5L180-181)

m) La maladie

Selon la pathologie, la prise en charge et les soins à faire au domicile différaient. Les **noms de maladie** cités étaient variés : ORL, respiratoire, dermatologique. Les parents ont dû faire face à de multiples pathologies : « ils craignent souvent les

angines » (M6L44-45) « pour l'asthme » (M8L287) « des gros soucis au niveau plantaire des mycoses et puis tout ça. » (M10L216-217) « qu'on a décelé la gale » (M10L211)

L'organe malade pouvait lui aussi rendre l'administration des médicaments plus difficiles, ainsi l'augmentation de volume des amygdales dans le cas d'une angine pouvait s'avérer problématique notamment pour avaler des comprimés : « ils ont des amygdales grosses » (M6L102) « restent coincés dans la gorge » (M6L104). De même les pathologies touchant les yeux et nécessitant un collyre peuvent s'avérer compliquées à soigner : « faut lui ouvrir l'œil, il a tendance à fermer les yeux très fort donc c'est un peu compliqué » (M6L117-118)

La **gravité de la maladie** intervenait également dans le type de prise en charge et l'obligation de prendre des médicaments : « Quand on a quelque chose de grave en étant jeune, on a vraiment cette question de pas le choix quoi. » (M12L322-323) « quand c'est des maladies un peu plus particulières qui demandent plus de soins » (M13L177-178) « elle croyait que c'était quelque chose de vraiment euh pas des comment dire euh pour quelque chose de grave » (M14L390-391).

Les **complications ou les récurrences** qui pouvaient résulter d'un défaut de prise en charge de pathologie bénigne étaient un moyen de convaincre l'enfant de prendre le médicament : « si jamais j'arrivais pas à mettre des tu vois, tout petits grains qui sont restés ça peut infecter, ça devient du pus et » (M11L136-137) « parce qu'une angine après on sait qu'il peut y avoir des problèmes cardiaques » (M11L319) « des récurrences entre guillemets parce que ça n'a pas été bien soigné la première fois » (M5L153-154)

Plusieurs parents pensaient que la **précocité de survenue de la première maladie** modifiait le comportement des enfants face aux médicaments : « la première fois qu'elle a pris du DOLIPRANE, elle avait 15 mois. Alors qu'A. à partir de 6 mois on a été obligé de lui en donner » (M12L81) « après ils ont été malades plus tôt donc euh ils étaient plus petits et...alors est ce que ça a joué ? » (M18L73-74).

Ainsi, selon eux, il semblerait que plus l'enfant prenait des médicaments tôt, plus il en avait l'habitude et moins l'administration était difficile.

De la même façon, quand la **fréquence de la maladie** était importante : « Non ils sont habitués pourtant ils sont assez régulièrement malades du coup ils sont habitués » (M6L274-275)

Dans le cas de pathologies chroniques, une des mamans a été choquée devant la **fatalité** du médecin : « voilà c'est comme ça, il sera asthmatique toute sa vie » (M8L294-295)

2 mamans déploraient des défauts de prise en charge avec un **retard diagnostic** de la pathologie : « c'était de l'asthme et je pense qu'on s'est pris un peu en...retard pour, qu'on s'est pris en retard. » (M14L198-199) « et finalement il était à la limite de la crise d'asthme y'a fallu des séances de kiné respiratoire et des antibiotiques » (M18L185-186)

n) Les différentes formes de soins

Si les médicaments sont une part importante de la prise en charge, il existe différents types de soins que les parents utilisent.

La maman N°11 accordait une importance toute particulière au sommeil : « je pense à un remède aussi le sommeil. Qu'ils dorment » (M11L333-334)

Pour d'autres, il s'agissait du **mouchage** : « ce qu'on fait le plus avec lui euh c'est de le moucher euh parce qu'il est quasi presque tout le temps enrhumé » (M8L65-66) « le sérum physiologique dans le nez constamment et là ils sont tous les 3 avec du sérum physiologique et y'a aucun souci avec les 3 » (M18L102-103) « j'fais vachement de la prévention quand je vois qu'elle commence à être un petit peu enrhumée, les lavements de nez tout ça mais euh. » (M9L202-203)

D'autres encore utilisaient **certains aliments comme médicaments** : « Je leur fais manger du miel à la cuillère, j'en mets dans leur lait » (M13L282) « hum tu prends de la tisane, du miel, des petits trucs comme ça » (M5L142) « fallait manger du froid donc j'avais le droit de manger des glaces, la gourmande que j'étais déjà » (M6L18-19)

Pour limiter la transmission des microbes au reste de la famille plusieurs parents axaient la prévention sur **l'hygiène** : « de savoir que il faut qu'on se lave les mains ou qu'on évite de se transmettre de se transmettre euh les microbes de petites choses qui sont faciles à enrayer » (M5L116-118) « j'aime bien qu'il explique aussi un petit peu euh l'hygiène de vie » (P3L102)

Ces **soins de base** permettaient parfois d'éviter une consultation chez le médecin ou en tout cas de temporiser jusqu'au jour du rendez vous : « J'essaie déjà moi avec euh des méthodes de grand mère » (M13L279) « il peut y avoir des choses qu'il faut essayer peut être avant d'aller chez le médecin » (M4L147) « je la soigne avec ce que j'ai ben MAXILASE de toute façon ils nous donnent toujours la même chose donc à force on commence à savoir » (M7L170-171) « Ben pas sa dernière angine mais celle d'avant là le deuxième, je lui ai rien donné à part du DOLIPRANE pour la température mais j'ai rien donné, j'ai attendu qu'elle passe ! » (M6L247-248)

La **prise en charge de la douleur** restait un élément primordial du soin : « Que ce soit rapide et puis que ce soit, qu'il ait le moins de douleur possible quoi. Le moins devoir souffrir quoi. » (P16L155-156)

Certains parents évoquaient l'existence du patch d'EMLA prescrit avant les vaccins et voyait ça comme une réelle avancée sur la prise en charge des enfants : « pour les aller chez le pédiatre et chez le médecin, je lui mets (mime la pose d'un patch EMLA) et je lui explique ça va faire mal » (M11L148-150) « par exemple les patchs pour les vaccins ! » (M12L373-374)

Pour la maman N°12, il ne fallait pas négliger **l'aspect psychologique** : « puis il y a la partie psychologique aussi je pense qu'il faut de plus en plus que les médecins

soient formés au côté psychologique parce que y'a beaucoup de choses qui se passent dans la tête et qui ont des conséquences sur certaines maladies.» (M12L385-388)

Les **examens complémentaires** étaient évoqués également afin de compléter le soin apporté aux enfants : « qu'il faut qu'elle fasse des radios » (M5L185) « c'est des examens un peu plus des fois il est allé faire un test de l'audition chez l'ORL » (M6L85-86)

La place de la médecine douce était variable selon les familles, du simple effet placebo : « l'ARNICA en granules qui est forcément l'effet placebo pour une bosse. 'fin pour moi c'est plus pour rassurer qu'autre chose mais ça fonctionne tellement bien » (M10L279-280) au traitement de fond : « C'est ce qu'on va utiliser en premier euh et un complément et un traitement de fond. » (M18L354).

De plus en plus de familles utilisaient des **médecines dites douces** type homéopathie, ostéopathie ou autre : « l'homéopathie aussi, y'a aucun souci j'lui donne régulièrement » (M8L74-75) « même les médecins m'ont dit qu'il fallait se tourner vers l'homéopathie donc on n'avait pas le choix » (M12L347-348) « Homéopathie, je suis à la recherche d'un homéopathe dans le coin. » (M18L341) « si c'est des maux de tête régulièrement peut être que on peut aller voir chez l'ostéopathe » (M11L347-348) « là plus récemment la réflexologie plantaire parce qu'on dit soi disant qu'il y a des points sous les pieds qui permettent d'améliorer certaines fonctions donc on teste » (M6L284-285) « d'autres types oui les huiles essentielles » (M8L359)

Dans la majorité des cas, cela restait un complément à la médecine traditionnelle : « ouais ça peut être un complément j'pense de la médecine générale (...) voilà c'est bien de faire les 2 » (M9L283-290) « Je pense que quand c'est les limites de la médecine traditionnelle, on doit se tourner vers ça. » (M12L367-368)

Ce genre de traitement présentait des **facilités d'administration** du fait du goût et de la présentation : « *est ce que c'est plus difficile plus facile à donner qu'un autre médicament ?* »

J'dirais encore plus facile (sourit) » (M10L264-265) « Oui parce que c'est des petites granules parce que c'est rigolo dans la bouche euh parce que ça a pas trop de goût en fait donc euh ça a un goût sucré donc ça passe bien » (M12L342-344) « Ah c'est très facile pour les enfants (rires) » (M18L350)

o) Les autres professionnels

Plusieurs professionnels de santé entrent en collaboration lorsqu'il s'agit de la prise en charge des enfants.

Pédiatres et médecins généralistes étaient parfois comparés : « on sent quand même que le pédiatre avait une plus grande expérience sur euh sur les enfants, sur les maladies infantiles » (M6L198-199) « Bon pis la pédiatre elle est un peu plus à l'heure et si la pédiatre a pas de place, je vais chez le généraliste. » (M7L196-197) « c'est vraiment médecin généraliste pas pédiatre et puis voilà 2 fois par an le pédiatre à la rigueur » (M10L163-164) « Sinon la prise en charge pff non franchement non je vois pas trop de différences hein, je vois pas de différences. » (M11L168-170)

Au moment de la délivrance des médicaments, le **pharmacien** est un acteur important, il va pouvoir faire le relais de la prescription et des explications. Les parents appréciaient d'avoir ce regard et des conseils pour aider à l'administration : « ben le médecin pour le départ et puis après ouais le pharmacien qui donne un peu plus d'explications » (M6L218-219) « si la pharmacienne va me conseiller parce que je vais aller la voir pour un truc sans passer par le pédiatre » (M7L334-335) « plus au niveau de la pharmacie euh souvent ouais, elle conseille de...c'est vrai qu'en général j'ai une pharmacienne qui détaille vraiment bien, elle réécrit tout sur les boîtes » (M10L168-170) « c'est toujours quelqu'un qui va réexpliquer à la pharmacie. » (P15L178) « Euh oui oui le pharmacien essentiellement surtout d'ailleurs qu'ils se sont pas mal développés ils sont un peu plus ouverts là dessus fin pas tous hein mais on va dire, ils commencent ! » (M4L142-143)

D'autres spécialités et d'autres professionnels médicaux et paramédicaux étaient sollicités, notamment en cas de pathologies récidivantes : « Alors L. a un spécialiste allergologue euh pédiatre sur Lyon parce qu'elle a des allergies alimentaires » (M10L159) « Qu'il y ait d'autres solutions parce que moi je vous dis même l'ORL était au bout du mur. » (M12L377) « on a eu une mésaventure avec un avec un chirurgien pédiatre à l'hôpital » (M13L140-141)

Dans tous les cas, ce qu'ils attendaient de chacun, c'était d'être **compétent** : « il faut tomber sur des bons pharmaciens, c'est comme des bons médecins, c'est la même chose » (M4L148-149)

Lorsque ces **différents intervenants entraient en contradiction**, cela créait des difficultés, et les parents se sentaient parfois un peu perdus : « c'est une source d'angoisse » (M8L261) « y'a différents médecins, différents avis euh j'avais pas être là non plus à les comparer mais du coup c'est l'ORL qui m'a dit non attendez pas tout de suite on va déjà voir essayer autre chose... » (M9L297-299)

p) L'évolution dans le temps

Les personnes interrogées avaient du mal à retrouver un **souvenir d'enfance**, un moment précis d'administration des médicaments lorsque eux-mêmes étaient enfants. Pour la plupart il ne s'agissait pas de quelque chose de difficile et ils ne se rappelaient pas avoir été beaucoup malades : « Euh je m'en souviens pas spécialement donc je pense que j'ai pas été traumatisée, il devait pas y avoir de problème pour la prise de médicaments » (M5L16-17) « Non rien du tout honnêtement non, aucun souvenir là dessus (rires), » (P15L37-38)

Pour certains, les problèmes qu'ils avaient avec les médicaments en étant enfant, **persistaient à l'âge adulte** : « en fait bon même maintenant à l'heure actuelle les comprimés j'arrive toujours pas à les avaler » (M5L27-28) « même maintenant, elle a du mal quand même à prendre les médicaments facilement quoi, voilà. » (M14L38-39)

Ils avaient également l'impression que les industries pharmaceutiques et le panel de médicaments à leur disposition étaient plus importants actuellement que lorsque eux-mêmes étaient enfants. Il y a une **différence entre maintenant et avant** : « oui, c'était peut être moins facile pour eux (les parents), on s'en rend moins compte en tant qu'enfant mais voilà ouais ouais je pense que c'était moins facile. » (M4L29-30) « après ils doivent prendre des médicaments, nous on en a pris quand on était petit, il existait pas tout ça » (M12L254-255)

Une des mamans trouvait que les traitements que l'on prescrit actuellement sont moins efficaces que ceux qu'on lui donnait quand elle était enfant. Elle regrettait la diminution de prescription d'antibiotiques : « Tandis que là bon ça traîne ça dure plus longtemps et puis après même si peut être que ça va guérir sur le coup mais après un mois après on revient c'est encore toujours la même chose » (M14L215-218)

Avec le temps et l'expérience, les parents **modifiaient leurs motifs de consultation** : « j'allais consulter beaucoup pour des raisons beaucoup moins importantes » (M10L226-227)

En ce qui concerne leur enfant, **selon les fois**, l'administration ne se passait pas toujours de la même manière. Même si la première fois s'était bien passée, ça ne voulait pas dire qu'il en serait toujours de même : « c'était nouveau ça allait bien, quand on mettait l'embout ça allait bien 2-3 fois et puis après » (M8L88-89) « Ça marche de temps en temps mais pas tout le temps ouais parce que quand il voit qu'il aime pas, il prend pas » (P16L71-72)

Le **temps de guérison** était à prendre en compte, les parents aimaient à savoir en combien de temps l'état clinique de leur enfant allait s'améliorer : « si elle est malade et qu'on sait que ça va mettre une semaine à guérir » (M5L87)

La maman N°12 concluait : « l'homme s'adapte à tout » (M12L257)

q) La relation adulte/enfant

Au moment du soin ou de la consultation médicale, l'enfant pouvait présenter de l'anxiété. Le rôle du parent était alors de le **rassurer** : « Donc faut vraiment la rassurer, « t'inquiète pas ça va pas te faire mal, tout va bien se passer, c'est pour ton bien » (M12L146-147) « Ouais plutôt pour la rassurer parce que elle elle a tendance à être inquiète rapidement » (M6L233)

Le plus souvent, les enfants suivaient le **modèle de leurs parents**. Ainsi les parents utilisaient les mêmes techniques d'administration que celles qu'utilisaient leurs propres parents : « moi j'étais un peu comme ça, le papa aussi j'pense la façon dont on a été élevé on fait un peu (rires) » (M11L233-234) « dans mon souvenir ça se passait exactement comme je fais avec mes propres enfants » (P17L17-18)

Sur l'acceptation du médicament et sur la façon de réagir, certains parents avaient même l'impression qu'il existait une sorte **d'hérédité** : « *Vous vous laissez bien faire ?* Ouais et j'ai transmis ça à mes enfants » (M6L34-35) « Après j'pense que c'est une histoire familiale (rires). Ses parents, je vois comment ils réagissent quand nos enfants sont malades...normal quoi. (rires) » (M18L328-330)

2 théories s'opposaient selon les familles, certains étaient partisans de toujours **dire la vérité aux enfants** quand il s'agissait de soins et de médicaments : « par contre je lui dis que c'est un médicament et euh je lui dis que c'est pas très bon, je lui dis la vérité » (M11L62-63) « moi j'essaie d'éviter aussi le schéma qui est de dire une piqûre ça fait mal etc non, une piqûre c'est une piqûre » (P3L62-63)

Tandis que d'autres préféraient **mentir à l'enfant**, pour qu'il ne sache pas qu'il était en train de prendre un médicament : « je le mets dans du sirop ou dans son biberon...et elle le sait pas » (M7L47) « l'enfant ne se rend compte de rien, de toute façon il a pas à savoir » (P17L220)

1 des mamans **se moquait gentiment** de sa fille et sur sa façon de prendre le médicament : « Alors du coup c'est plus marrant qu'autre chose en fait parce qu'elle est là (mime la façon de mettre du collyre) à paniquer » (M9L121-123)

Au sein d'une même famille, parfois les **2 parents étaient en désaccord**, ils ne concevaient pas la façon de soigner de la même manière : « Moi j'ai eu plus de choses que lui, et donc moi par rapport au médecin, par rapport aux hôpitaux, par rapport à tout ça moi j'ai un meilleur rapport que lui, moi j'amène, lui tout de suite il commence à stresser, à bloquer alors que moi si faut y aller, faut y aller » (M12L325-328) « je suis pas d'accord avec mon mari qui leur demande tout le temps » (M4L171-172) « après je dirais que c'est un équilibre dans le couple qui le trouve. On fait des concessions si on n'est pas d'accord elle le fait ou à l'inverse elle fait des concessions. » (P3L168-170)

Les parents faisaient une **distinction entre les adultes et les enfants**, pour eux, ils n'ont pas la même façon d'aborder le soin : « Oh ben c'est pas pareil, les adultes hein voilà, on sait qu'on doit prendre, on peut pas. On a passé un cap (...) c'est pas la même chose que les enfants, y'a une différence. » (M12L306-307-311)

r) Les supports d'information

Pour obtenir les informations dont ils ont besoin, les parents peuvent utiliser différents supports d'information.

La **notice du médicament** était régulièrement lue par les parents mais elle pouvait parfois leur faire appréhender de donner le traitement au vu du grand nombre d'effets secondaires décrits : « la notice déjà elle fait pas envie » (M8L290-291)

« Et du coup vous lisez systématiquement la... notice ? Voilà oui tout le temps Ca vous fait peur la notice ? En fait non parce que c'est toutes les mêmes, » (M10L308-311) *« C'est les industries pharmaceutiques pour se couvrir mais on en sait pas plus quoi finalement. »* (M10L31-313)

«voilà ok la notice de la pipette non sinon j'ai toujours lu » (P16L189)

Le carnet de santé pouvait également être une bonne source d'information sur les premiers soins à dispenser aux enfants : « des conseils vraiment sur le carnet de santé. » (M11L281-282)

A l'ère où tout le monde est connecté, les parents se renseignaient également sur **internet** concernant les maladies mais aussi les médicaments : « bon maintenant avec internet tout ça, les maladies » (P15L151) « parce qu'il va consulter une bibliothèque en ligne de médicaments » (P17L122-123)

Pour le papa N°15 cet outil d'information permettait d'éviter de consulter aux urgences pour quelque chose qui pouvait attendre le lendemain, ça lui permettait de se rassurer et d'avoir une idée du diagnostic avant toute consultation avec un médecin : « Avant (rires) non parce qu'en général c'est toujours le soir du coup au lieu d'aller aux urgences, vaut mieux essayer de voir à peu près ce que c'est, voir si faut vraiment y aller ou pas quoi, oui ça sert. » (P15L159-161)

s) Tierce personne

En dehors du milieu médical, l'entourage des familles intervient dans les conseils sur la façon de donner les médicaments mais aussi sur les maladies.

Certains parents étaient demandeurs de **conseils venant de leur famille** : « après y'a les recettes de grand mère qu'on appelle Mamie » (M5L141) « Euh 3 de mes soeurs qui sont dans le milieu médical : une qui est pharmacienne, une qui est infirmière et une autre qui est kiné donc euh et puis d'autres qui sont médecins donc euh. J'ai pas pléthore mais c'est souvent des conseils assez proches de de, de médecine tout à fait. » (P3L113-116) « Ben la grand mère, (rires) (...) Les petites conseils à elle quoi (rires). Oh ben pas plus que ça quoi, des fois aussi ça sert *D'accord donc un coup de téléphone à la grand mère* Oh en général elle passe ! Elle vient tout de suite (rires) » (P15L187-192)

D'autres en revanche les **rejetaient** en bloc et préféraient n'écouter que les professionnels : « je les prends pas, surtout ceux de ma famille et de ma belle famille, qui sont eux des...je ne veux pas en entendre parler » (M4L169) *« est ce que vous avez des gens dans votre entourage, je pense à la famille, aux amis, qui vous donnent des conseils pour donner les médicaments ? Oui mais je refuse, j'me dis c'est pas leur boulot »* (P17L143-145)

Certains parents de par leur expérience étaient amenés à **donner des conseils** à leur entourage : « par rapport à ma sœur qui est plus jeune, c'est plutôt moi qui lui donne des conseils » (M6L226-227) « pas forcément mais pis moi j'ai eu à donner j'pense des conseils à des copines » (M10L186)

Quand ce n'était pas la famille, c'étaient les **amis** qui s'en mêlaient. Les mamans partageaient leurs petits secrets entre elles : « Des fois on s'dit des trucs entre filles entre mamans (rires). Y'en a une qui dit « oh ben moi j'fais comme ça » 'fin voilà mais le bouche à oreille quoi. » (M10L183-184) « c'est surtout ma copine parce que comme elle est aide soignante donc du coup, ça aide bien ! » (P16L195-196)

Au sein d'une fratrie, l'administration était facilitée par le **modèle de l'aîné**. En effet, il montre l'exemple aux plus petits qui de ce fait acceptent mieux l'idée de prendre des médicaments : « Avec la première on a un peu pataugé, après ça va mieux » (M4L67) « je pense que c'est la naissance de C. quand même...qui a fait pas mal de choses » (M18L100-101) « il a grandi aussi et il accepte en suivant l'exemple de son frère » (P17L49-50)

Un frein majeur à la prise des médicaments en particulier le midi était le fait que les enfants ne soient pas à leur domicile.

De grosses difficultés se faisaient ressentir **à l'école** : « Quand elle était à la cantine, je donnais pas parce qu'à l'école on n'a pas le droit de donner des médicaments. » (M9L227-228) « tout ce qui est autour de l'école, c'est très compliqué, c'est vraiment » (M4L106-107) « Pour les grands c'est plus difficile parce que...quand ils

sont à l'école surtout. Ils peuvent pas emmener le médicament facilement à l'école » (M6L136-138).

Si malgré tout, la prise du médicament était obligatoire, il y avait **des formulaires administratifs** à remplir ce qui rajoutait encore une contrainte : « y'a des formats, ya des trucs administratifs » (M4L104) « faudrait mettre en place un PAI et tout ça » (M12L213) « C'est vraiment, il faudrait faire un protocole particulier alors si c'est juste pour une semaine c'est plus compliqué mais bon. » (M18L160-161)

Chez la nounou, les choses étaient un peu plus facilitées mais elle ne souhaitait pas toujours prendre la responsabilité de donner des médicaments : « On essaie toujours de s'arranger pour que le traitement soit le matin ou le soir pour éviter que la nourrice a à donner le médicament avec ...en plus elle pas très à l'aise avec ça parce que si je donne mal voilà je peux faire une faute au niveau de l'enfant donc elle nous demande systématiquement une copie de l'ordonnance et c'est ce qu'on fait et on lui donne mais c'est arrivé très rarement voilà » (M12L215-219) « ils vont être chez une nounou donc euh là, le facteur, la nounou peut oublier et euh le médicament ne va pas forcément suivre l'enfant parce qu'il a été oublié à la maison » (P17L88-90) « quand y'avait le midi si elle était chez l'assistante maternelle 2 fois par semaine donc elle lui donnait donc y'avait pas de souci » (M9L226-227)

La maman N°10 nous avait confié ne pas souhaiter que quelqu'un d'autre qu'elle n'administre les médicaments à ses enfants : « c'est plus de déléguer la prise justement qui me gêne. J'aime pas trop qu'elle se balade avec une bouteille chez noun » (M10L110-111)

En se **comparant elles-mêmes aux autres familles**, les familles interrogées ne se sentaient pas plus en difficultés que ça mais elles connaissaient toujours quelqu'un de leur entourage qui lui en avait : « Non ça dérange pas plus que ça mais je peux comprendre que ce soit gênant après pour d'autres » (M4L119) « J'vois ma nounou qui a son petit fils, elle peut pas lui donner c'est impossible, voilà il a pas son traitement. » (M10L204-205)

t) La bonne santé

Pour tous les parents, il était important d'avoir des enfants en bonne santé : « je veux qu'il soit fort en santé je pense que c'est inévitable dans la vie d'être en bonne santé » (M11L214-215)

Le but ultime de prendre des médicaments était de revenir à un état de bonne santé. Pourtant certains parents pensaient que de donner des médicaments trop vite entraînait une **diminution de l'action du système immunitaire** : « je pense pas trop vite, et pas trop tôt et pas trop non plus en quantité, pour que leur corps après va se défendre au maximum » (M11L230-231) « Je pense qu'il faut aussi laisser le temps à l'enfant de combattre la maladie, de développer son immunité pour la prochaine. Si on donne toujours des médicaments, c'est le médicament qui le fait à sa place mais il est jamais protégé pour pour la prochaine. » (P3L163-165)

Ils leur arrivaient d'expliquer des rudiments de **physiopathologie** aux enfants afin qu'ils comprennent l'action que pouvait avoir la maladie ou le médicament dans leur corps : « on va dire avec les globules blancs les choses comme ça donc elle sait que c'est pour tuer les microbes » (M5L89-70) « je lui expliquais que sinon ça reste dans le corps oui je lui ai expliqué d'une certaine manière après euh est ce que c'est moi qui ai employé le terme microbe » (M8L163-164) « si il ne les prend pas là (montre la gorge) ça va être tout enflammé, c'est très rouge et tu brûles et si tu ne les prends pas tu pourras plus manger après après » (M11L64-66)

Ils expliquaient également ce qu'était **l'expérience de la douleur** et pourquoi ils pouvaient avoir mal lors d'un soin : « j'me rappelle qu'E. il comprenait pas « piqûre » petit alors j'explique je prenais une petite lame de couteau et je montrais comme ça pour comprendre ce que c'était la façon de piquer » (M11L150-152)

Au sein d'une famille, il était souvent difficile d'éviter les phénomènes de **contagion**, même en respectant des règles d'hygiène. La proximité faisait que les microbes s'attaquaient à toute la famille : « ils ont eu une bonne gastro (rires). On y est passé

en famille du coup » (M13L37-38), « fallait traiter toute la famille donc je suis ressortie avec 4 sacs de médicaments pour toute la famille » (M10L212)

Le phénomène de guérison était associé à la prise de médicaments le plus souvent. Ainsi **l'envie de guérir** favorisait la prise du médicament : « souvent on avait envie de guérir donc on les prenait » (M7L24) mais il y a pourtant de nombreux cas où la **guérison se faisait spontanément** : « ben après moi j'suis pas trop médicament donc euh voilà moi j'laisse passer comme ça. » (P16L132-133)

DISCUSSION

1) Limites de l'étude

a) Elément perturbateur

Lors de chacun des entretiens, une tierce personne était présente. Soit l'enfant lorsque l'on interviewait le parent ; soit le parent lorsque l'on interviewait l'enfant.

De plus, lors de 8 entretiens sur 18, un autre membre de la famille était présent : frère ou sœur. Tout cela a contribué à une perturbation des réponses. Cependant, l'intérêt de l'anthropologie sociale est d'observer les individus dans leur environnement habituel, on ne peut donc pas avoir l'attention d'une maman pendant un temps trop prolongé lorsque les enfants sont présents. C'est le reflet de la vie quotidienne.

Même si les parents étaient prévenus qu'ils ne devaient pas intervenir auprès de l'enfant lors des entretiens, plusieurs parents ont parlé soit pour répondre à la place de l'enfant soit pour l'aider dans sa réponse « *Est ce que tu sais ce que c'est un médecin ? Un docteur (soufflé par sa maman) »* (E14L42-43)

De la même façon, les enfants sont intervenus dans chacune des interviews ou ont perturbé l'enregistrement en jouant à proximité. Ainsi certains entretiens ont dû être écourtés ou repris un peu plus tard « Oui, ça c'était les premières fois maintenant euh...lui (désigne son fils) n'a jamais eu de souci, A.. J'ai jamais eu besoin de passer par toutes ces étapes là (intervention de l'enfant) » (E12L76-78)

Toutefois la présence des parents a été somme toute bénéfique lors de l'interview des enfants. Elle a permis de rassurer l'enfant devant l'investigateur qui leur était peu ou pas connu.

Certains entretiens n'ont pas pu être trop prolongés avec les parents car ils se devaient de s'occuper des enfants. La plupart des entretiens a été réalisé sur des périodes de vacances scolaires pour limiter ce problème de disponibilité.

b) Le mode d'enregistrement

Au départ, lors de la pré étude une caméra d'ancienne génération a été utilisée. Facilement identifiée par l'enfant, ils étaient perturbés par sa taille et impressionnés par le fait d'être filmés. D'autres enfants étaient plutôt amusés et souhaitaient jouer avec la caméra.

Pour pallier à cela, une caméra de type webcam de bien plus petite taille a été utilisée pour la suite des entretiens. L'inconvénient était qu'il fallait un ordinateur à proximité mais l'écran pouvait être caché aux yeux des enfants pour qu'ils ne voient pas l'image et ne soient pas tentés de jouer avec.

Toutes les familles étaient prévenues au préalable que les entretiens allaient être filmés. Pour certains parents cela a été un facteur d'angoisse notamment sur la diffusion éventuelle des images. Il a été alors convenu au moment de la signature du consentement éclairé (ANNEXE 5) que les images ne seraient utilisées et visionnées que par l'investigateur.

c) Le rapport à l'interviewer

Les enfants qui ont été sélectionnés par effet boule de neige c'est à dire par le biais de connaissance indirecte ainsi que les enfants non vus en consultation mais sélectionnés parce que les parents avaient été vus en consultation se sont avérés plus timides vis à vis de l'investigateur. En effet, le fait de ne l'avoir jamais rencontré avant a ajouté une certaine appréhension. Les enfants qui avaient déjà été vus en consultation par l'investigateur paraissaient plus à l'aise. Une nuance est à apporter à cette remarque puisque cela dépendait également du caractère de l'enfant. En effet, certains enfants qui n'avaient jamais vu l'investigateur se sont trouvés très à l'aise malgré tout.

Le fait de savoir que l'investigateur était lui même médecin a pu modifier les réponses des parents. En particulier sur le respect des prescriptions et de la durée

du traitement, certains parents ont pu se sentir gênés d'avouer qu'ils n'avaient pas poursuivi jusqu'au bout le traitement que l'investigateur avait pu leur prescrire. Néanmoins, l'investigateur avait rencontré au maximum 1 fois chaque famille en consultation et n'était pas leur médecin traitant.

d) L'entretien semi dirigé

Le choix de la méthode en entretien semi dirigé a nécessité une disponibilité importante et une flexibilité. Il était important de s'adapter aux horaires des parents mais aussi des enfants. Les vacances scolaires de juillet et août 2014 ont grandement facilité les choses.

Dans sa thèse M. ARTUFEL-MEIFFRET souligne le fait que les entretiens semi dirigés requièrent : [22]

- **la congruence** c'est à dire de rester soi même tout en gardant l'esprit ouvert pour entendre les propositions faites par les personnes interrogées.
- **l'attention positive** en acceptant les positions de la personne interviewée sans émettre de jugement
- **l'empathie** pour comprendre ce que l'autre veut nous faire passer en communiquant avec nous

« Cela exige une **décentration** de soi même » c'est à dire sortir de son propre point de vue pour accepter celui de l'autre.

Au fur et à mesure de l'entretien, la technique de l'investigateur pour mener un entretien semi dirigé s'est améliorée. De la même façon, les temps d'entretien se sont allongés et l'investigateur a pu plus laisser parler la personne sans trop intervenir avec simplement des questions de relance.

La technique d'entretien avec les enfants s'est avérée plus complexe. Quand un enfant avait décidé de ne pas parler, il était très difficile de parvenir à avoir des idées complètes,

l'entretien s'est alors plutôt transformé en entretien dirigé avec des réponses en oui/non de la part de l'enfant. Heureusement, le dessin et le jeu de rôle ont pu rattraper certains de ces entretiens et les enfants ont pu s'exprimer par ce biais.

e) Le lieu de l'entretien

Le fait de réaliser l'entretien directement au domicile des familles a permis d'observer leur milieu d'évolution habituelle. L'investigateur a pu effectuer une vraie immersion dans leur quotidien pendant le temps de l'entretien.

Pour les 2 familles ayant préféré le cabinet médical, nous avons pu noter que les enfants interrogées ont eu peur que ce soit une consultation chez le médecin, elles étaient donc un peu moins à l'aise même si les parents avaient correctement expliqué qu'il s'agissait de quelque chose de différent de la consultation dont ils avaient l'habitude.

2) Validité interne et externe

a) Validité interne

Les observations effectuées au cours de l'étude paraissaient bien en rapport avec ce qui peut être observé au quotidien. L'investigateur a pu observer des données fidèles à la réalité. Les propos recueillis et les données codées semblaient crédibles.

La triangulation des données a été effectuée avec le directeur de thèse qui n'a pas émis d'objections par rapport aux codes attribués.

La saturation des données a été obtenue après 18 entretiens parents et 18 entretiens enfants pour les notions principales.

b) Validité externe

La population étudiée correspond à une communauté de familles ayant un enfant âgé entre 3 et 7 ans. Les personnes incluses avaient des caractéristiques communes mais aussi une grande diversité : plusieurs types de famille ont été recrutés : mariés, en couple, monoparentale, séparés. (ANNEXE 8)

La répartition des enfants était homogène entre filles et garçons, 50% de chaque qui est un bon reflet de la population générale. (ANNEXE 9)

Le nombre de pères interrogés par rapport au nombre de mères était nettement moins important mais cela reflète le fait que ce soit plus souvent les mères qui s'occupent de l'administration des médicaments aux enfants. C'était également un problème de disponibilité. En effet plusieurs des mères interrogées étaient en congé de maternité ou en congé parental.

3) Codage

Le codage des données a permis de révéler de nombreux codes dans un premier temps puis à force d'affinage des métacodes sont apparus (ANNEXE 11 et 13) et ont permis une analyse plus fine. C'est à cette étape que l'étude s'est avérée plus intéressante.

Il n'est pas possible de comparer les entretiens parents et enfants car le guide d'entretien n'était pas le même donc nous ne pouvons pas croiser ces données. Toutefois des thèmes similaires se sont dégagés de l'interprétation des résultats. Les parents et les enfants ont chacun leur manière de présenter le médecin, le médicament et ce qui facilite l'administration de ceux ci.

a) Le médicament et son administration

Selon l'étude intitulée « Acceptabilité, observance et rythme d'administration des antibiotiques oraux chez l'enfant en ambulatoire », l'observance dépend du goût et du nombre de prises quotidiennes, il existe une certaine disparité des temps d'intervalle entre les prises en cas de 3 prises quotidiennes. Notre étude est bien corrélée à ce résultat. L'étude sur les antibiotiques conclut au fait qu'une évaluation des génériques est nécessaire en terme de goût. [23] Au cours de l'entretien de la famille 17, la maman de la famille nous a dit en commentaire hors caméra qu'elle avait effectivement noté que selon les génériques donnés, le goût n'était pas le même et que les professionnels ne connaissaient pas forcément ces variations.

Les laboratoires doivent trouver un compromis entre les aspirations parfois contradictoires entre le médecin, les parents et les enfants [24]

Selon Akrich dans son article « *Le médicament comme objet technique* », le moment d'administration est vraiment un moment à part entière « La prise en elle même ne devrait pas être mise entre parenthèse comme un geste anodin sans intérêt. Elle suppose une préparation, une organisation, une inscription dans la durée qui en fait un moment bien identifié dans le cours quotidien de l'existence, la réinscrivent dans un parcours thérapeutique auquel elle contribue à donner un sens ».[24] Notre étude est bien en rapport avec cet article, en effet, plusieurs parents mettaient en première ligne la phase d'explication avant de donner un traitement ce qui permettait à l'enfant d'appréhender ce moment de façon particulière et de mieux l'accepter. Il ne s'agissait pas d'un geste banal.

b) Le médecin

Enfants et parents ont une vision particulière du rôle du médecin. Ils identifient son rôle et l'aide qu'il peut apporter pour améliorer la prise du médicament à domicile.

Dans sa thèse « *La consultation pédiatrique en médecine générale : expérience de la perception et attente des parents d'enfants de 0 à 6 ans* », M. Artufel-Meiffret [22] avait mis en évidence la nécessité de l'approche globale de l'enfant avec une attention particulière pour que l'enfant se sente le plus à son aise possible. Notre étude a révélé les mêmes conclusions. Les parents accordent une attention particulière à ce que leur médecin ait des véritables facultés de communication avec leur enfant.

Ils attendent également de lui de la disponibilité.

c) La prescription

De nombreux articles s'enquièrent plutôt du côté pharmacodynamique et des effets indésirables des médicaments dans cette population particulière qu'est la pédiatrie.

« La prescription doit obéir à un certain nombre de règles qui dépendent de la «situation administrative » du médicament qu'il faut vérifier au cas par cas dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) tel qu'on le trouve dans le dictionnaire Vidal® » [25]

C'est en tout cas ce que recommande E. Autret-Leca dans son article sur « *l'enfant et les médicaments* » en partant du principe que de nombreux médicaments ne sont pas testés sur les enfants en raison de la difficulté à faire des études sur cette population et qu'il faut donc privilégier le médicament qui a l'AMM en pédiatrie à celui qui ne l'aurait pas. [25]

Dans notre étude, les parents s'attachent à la clarté de l'ordonnance et aux éventuels conseils qui peuvent y figurer. Ils font confiance à leur médecin en terme de prescription dans la majorité des cas.

d) Entraves à la communication et à l'administration du médicament

Il y a trois axes de développement chez l'enfant : physique, cognitif et psychosocial. Le développement physique influence la perception de l'enfant quant à sa capacité à recevoir le médicament. Ainsi, il est possible que l'enfant soit convaincu qu'il ne peut pas avaler un gros comprimé ou une grande quantité de liquide. Il est important de reconnaître ces peurs. [1]

Le développement cognitif influence la compréhension de la maladie et du traitement. Plus l'enfant peut comprendre la maladie et l'effet du médicament, plus il est possible de lui faire accepter des traitements désagréables. C'est pourquoi avant d'administrer un médicament, il est important de donner une explication adaptée à l'âge de l'enfant.

De son côté, le développement psychosocial influence la relation avec la personne qui doit administrer le médicament. L'enfant a-t-il peur des gens qui le traitent ? Il est important qu'il soit en confiance avant de procéder à un traitement. [1]

L'ouverture du dialogue avec les enfants doit passer par des techniques alternatives : le jeu de rôle, l'histoire, le dessin, les marionnettes etc... en bref, le jeu en général. [26]

e) Les autres formes de soins

D'autres publications mettent en évidence l'utilisation d'aliment comme médicament : « de nombreux aliments prennent progressivement dans la vie de tous les jours, le statut officieux de médicaments et les remplacent dans l'esprit des parents et des familles » [27]

La Maman N°18 était ainsi en train de tester des probiotiques sur ses enfants et étaient à la recherche d'un professionnel de la nutrition (Verbatim M18L344-345)

4) Le dessin

Dire à un enfant « fais moi un dessin », c'est lui demander de rendre compte de tous ces apports visuels et de leur impact sur sa personnalité. C'est équivalent à lui dire « Ouvre moi ton cœur ». [28]

Les dessins comptent parmi les outils les plus utiles pour communiquer avec de jeunes enfants. Il permet de décrire des choses que la parole ne peut traduire. A travers son dessin, l'enfant dit ce qu'il est et ce qu'il veut.

Le dessin est entre autre défini comme une projection de sa propre existence et de celle des autres. L'enfant est plus à l'aise pour traduire ses émotions par le biais du dessin que par d'autres techniques expressives qu'il ne maîtrise pas encore (chant, écriture etc...) [17]

Ainsi après la réalisation de la bibliographie et à l'issue de l'entretien pré test, nous avons décidé d'ajouter cette étape à l'entretien avec les enfants. Cela a permis d'ouvrir le dialogue différemment et de demander à l'enfant d'expliquer ce qu'il se passait à partir d'une image, d'exprimer ses éventuelles angoisses.

L'analyse avec l'aide du psychologue scolaire a permis de faire ressortir des éléments intéressants de ces dessins.

Cette étape de l'étude a été particulièrement enrichissante. Certains enfants ont pris vraiment leur temps et ont fait leur dessin dans le détail. D'autres en revanche l'ont très rapidement réalisé. L'une des enfants a mis toute sa rage contre le médicament dans son dessin. Ils ont donc permis une autre vision et une autre façon de s'exprimer.

Dans sa thèse sur « *la représentation de l'enfant de 5-6 ans sur la consultation auprès du médecin généraliste* », A. Geneslay utilise également le dessin ce qui lui permet d'avoir une fenêtre sur le ressenti de l'enfant différente de ce qu'elle a pu obtenir par la parole. [10]

5) Amélioration des pratiques

Ce travail de thèse a été riche d'expérience et de découverte. Petit à petit, la théorie s'est construite pour aboutir à des thèmes concrets pouvant être exploités dans la pratique quotidienne.

Plusieurs axes d'amélioration se dessinent :

- La **communication** avec le parent mais surtout avec l'enfant. Le médecin doit se renseigner sur les éventuelles difficultés à domicile pour proposer d'autres solutions. Il apparaît désormais que l'intégration de l'enfant dans le soin est primordiale, chaque étape devant lui être décrite pour permettre une bonne observance.
- La **hiérarchisation** de l'ordonnance : bien identifier les médicaments indispensables et ceux plus annexes et le faire savoir aux parents
- Inscrire **les conseils** énoncés en cours de consultation sur l'ordonnance afin d'en faire un « aide mémoire »
- Le **passage par le jeu** a été une bonne étape pour s'adapter à la communication de l'enfant et ceci peut tout à fait être adaptable en consultation en faisant par exemple la démonstration du soin sur le doudou de l'enfant, technique déjà beaucoup employée en milieu pédiatrique et par certains médecins généralistes.
- Les prises médicamenteuses doivent être **réparties de préférence le matin et le soir**, en évitant la prise du midi qui est d'organisation plus difficile pour les familles.
- La **durée du traitement** se doit d'être la plus courte possible pour favoriser l'observance en insistant bien auprès des parents sur les médicaments qui nécessitent d'aller au bout de la durée de prescription.

6) Perspectives

Toute l'exploitation du non verbal n'a pas été effectuée pour ce travail de thèse qui s'est cantonné à l'aspect verbal et au dessin. Cela pourra faire l'objet d'un travail ultérieur et permettre d'enrichir encore ce côté d'anthropologie médicale. [29]

CONCLUSION

La pédiatrie prend une part de plus en plus importante dans l'exercice de la médecine générale de nos jours. Il est important de savoir si les prescriptions faites correspondent aux attentes et au vécu des parents et des enfants. Cette étude a été réalisée dans le courant de l'année 2014 pour explorer ceci.

Cette étude aboutit à un ensemble de thèmes qui pourrait faciliter l'administration des médicaments aux enfants.

Les principaux résultats montrent que prendre le temps d'expliquer, et adapter le mode de communication entre les différents intervenants est primordiale. Chaque famille parvient à trouver ses propres techniques pour faciliter l'administration des médicaments. Cela passe souvent par le jeu, et par le biais de la nourriture. Les enfants ont parfois des difficultés face au médicament mais parviennent à les surmonter lorsqu'ils comprennent l'utilité de ceux-ci. Les attentes principales des parents et des enfants concernent le goût des médicaments et leur efficacité.

Si leur ressenti est parfois difficile, ils parviennent néanmoins toujours à administrer les médicaments à leurs enfants.

Au cours de ce travail, les enfants ont pu s'exprimer sur leur rapport au médicament par différents biais : la parole, le dessin, le jeu. Ils ont leur propre conception du médecin, du médicament.

L'hypothèse émise au début de cette étude était que trop de médicaments prescrits mettaient en péril la bonne observance. Toutefois, si les parents préfèrent qu'un minimum de traitement soit prescrit, ils ne considèrent pas que leurs médecins en prescrivent trop à l'heure actuelle.

Toutes ces données seront utiles dans la pratique future de médecine générale ou de pédiatrie pour accompagner au maximum les familles dans la réalisation du soin à domicile. Les médecins peuvent ainsi adapter leur prescription en améliorant la clarté de l'ordonnance, en hiérarchisant les médicaments prescrits et en choisissant le traitement le plus adapté en fonction des difficultés rencontrées à domicile.

Les données non verbales qui ont été enregistrées au cours des entretiens se sont avérées très importantes et pourront faire l'objet d'un travail d'étude ultérieur afin d'en retirer de nouvelles données encore plus fines sur le rapport au médicament des parents et des enfants.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Grille d'entretien parents

Bonjour, je suis interne en 6^{ème} semestre de médecine générale et je réalise ma thèse sur la façon d'administrer les médicaments aux enfants. Je souhaiterais vous poser quelques questions sur ce sujet. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, le but est simplement de savoir comment cela se passe chez vous.

- 1) Comment est composée votre famille ?
 - Nombre de frères et soeurs
 - Nombre d'enfants/âge de ceux ci
 - Quelle est votre profession ?

- 2) Lorsque vous étiez enfants, vous souvenez vous de comment se passait l'administration des médicaments vous concernant ?

- 3) Comment faites vous pour donner des médicaments à vos enfants ?
 - Est ce difficile ?
 - Avez vous des astuces ou des techniques particulières ?

- 4) Quelles difficultés rencontrez-vous pour leur donner des médicaments ?
 - Voie d'administration
 - Nombre de fois par jour

- 5) Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste pour soigner votre enfant ?
 - En terme de prescription
 - En terme de conseils ; d'explications

- 6) Vous a-t-on déjà donné des conseils d'administration des médicaments aux enfants ? Si oui, qui ?

- 7) Avez vous déjà renoncé à donner un médicament à votre enfant ? Si oui, pourquoi ? Auriez vous fait pareil si cela avait été un autre médicament (antibiotique etc...) ?
- 8) Pensez-vous qu'il serait plus facile d'avoir moins de médicaments à donner ?
- 9) Pour vous comment serait le médicament idéal ?
- 10) Utilisez-vous des médecines douces ? Si oui lesquelles ? Dans quel but ?

ANNEXE 2 : Grille d'entretien enfant

Pour rassurer votre enfant, je vous laisse rester pendant l'entretien mais je souhaiterais que vous n'interveniez pas ni par des mots ni par des gestes au cours de cet entretien, laissez parler votre enfant.

- 1) Comment est composée ta famille ?
 - Combien as-tu de frères et sœurs ?
 - Es tu le plus grand ?
- 2) Est ce que tu peux me dire ce qu'est un médicament ?
 - A quoi ça sert ?
- 3) Est ce que tu peux me dire ce qu'est un médecin ?
 - As tu déjà été chez le médecin ?
 - Dans quel cas vas-tu chez le médecin ?
- 4) Peux tu me dessiner un médicament ou un enfant à qui l'on donne des médicaments ?
 - A quoi sert ce médicament ?
 - Où va-t-il quand tu le prends ?
- 5) Comment tes parents font pour te donner des médicaments ?
 - Est-ce un moment difficile ?

6) Comment est-ce que tu te sens au moment où l'on doit te donner des médicaments ?

7) Montre moi sur cette poupée comment tu ferais pour lui donner des médicaments ?

ANNEXE 3 : Présentation au Comité d’Ethique

L’administration des médicaments aux enfants

ENQUÊTE QUALITATIVE AUPRÈS
DES PARENTS ET DES ENFANTS

MÉMOIRE DE RECHERCHE EN MÉDECINE
GÉNÉRALE
ET THÈSE D’EXERCICE DE MÉDECINE

Recherche qualitative, les principes

- Approche sociologique
- Examine des questions complexes, chargées de sens
- Cheminement progressif de question en question
- Immersion du chercheur dans la vie des gens étudiés

Introduction

- Difficultés rencontrées au quotidien par les parents
- Vision des enfants du médicament/médecin
- Pas de données dans la bibliographie
- Amélioration des pratiques en médecine générale, limitation des traitements symptomatiques
- Mémoire de recherche pour évaluer la faisabilité

Matériel et Méthode

- Etude qualitative observationnelle non interventionnelle
- Population : adulte et enfant de 3 à 5 ans, cabinet de médecine G rural et semi rural
- Entretiens semi dirigés
- Enregistrement par vidéo avec cryptage des données par axcrypt
- Recueil manuel du verbatim avec codage manuel

Projets à plus long terme

- Thèse d’exercice en médecine générale avec interrogatoire de 20 à 30 parents et 20 à 30 enfants
- Publication dans une revue médicale

Président :

Jean-François Guérin

Groupement Hospitalier
Est

Hôpital Femme Mère
Enfant

Service de médecine de la
reproduction

59 boulevard Pinel

69677 Bron

Tél : 04 72 12 95 75

Mail : hcl.comite-
ethique@chu-lyon.fr

Bureau

Nathalie Brousse

François Chapuis

ANNEXE 4 : Avis du Comité d'Ethique



Hôpitaux de Lyon

Lyon le 25/02/2014

Madame Delphine BELIN

Interne en médecine générale

Madame,

Vous avez soumis pour avis au Comité d'Ethique, le
protocole :

**L'administration des médicaments aux enfants -
Enquête qualitative sur le vécu des parents et des
enfants**

Le Comité d'Ethique a examiné votre projet dans sa séance du
17 décembre 2013, et a donné **un avis favorable** pour sa
réalisation, dans la mesure où il s'agit d'une étude non
interventionnelle, et qui ne soulève pas de problème éthique

En vous remerciant d'avoir sollicité le Comité
d'Ethique, je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Professeur J.F. GUERIN

Président du Comité d'éthique

ANNEXE 5 : Formulaire de consentement

Je, soussigné(e)né(e) le déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : *Exploration des pratiques d'administration des médicaments aux enfants*.

J'accepte de plus la participation de mon enfant né (e) le.....à cette même étude.

Sous la direction du Dr de FREMINVILLE

Promoteur : Faculté de Médecine de Lyon

Investigateur principal : BELIN Delphine, interne en 6^{ème} semestre de médecine générale

But de l'étude :

Engagement du participant : l'étude va consister à participer à une interview filmée d'un parent et de son enfant pour découvrir leur vécu par rapport à l'administration des médicaments.

Cette étude a fait l'objet d'un examen par le Comité d'Ethique des Hospices Civils de Lyon qui en a accepté le projet le 17 décembre 2013.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriot-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche bio-médicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à le..... en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

ANNEXE 6 : Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

Domain 1: Research team and reflexivity

Personal Characteristics

1. Inter viewer/facilitator Which author/s conducted the inter view or focus group?
2. Credentials What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD
3. Occupation What was their occupation at the time of the study?
4. Gender Was the researcher male or female?
5. Experience and training What experience or training did the researcher have?

Relationship with participants

6. Relationship established Was a relationship established prior to study commencement?

7. Participant knowledge of the inter viewer

What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research

8. Inter viewer characteristics What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic

Domain 2: study design

Theoretical framework

9. Methodological orientation and Theory. What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis

Participant selection

10. Sampling How were participants selected? e.g. pur posive, convenience,

consecutive, snowball

11. Method of approach How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email

12. Sample size How many participants were in the study?

13. Non-participation How many people refused to participate or dropped out? Reasons?

Setting

14. Setting of data collection Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace

15. Presence of non-participants Was anyone else present besides the participants and researchers?

16. Description of sample What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date

Data collection

17. Inter view guide Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?

18. Repeat inter views Were repeat inter views carried out? If yes, how many?

19. Audio/visual recording Did the research use audio or visual recording to collect the data?

20. Field notes Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?

21. Duration What was the duration of the inter views or focus group?

22. Data saturation Was data saturation discussed?

23. Transcripts returned Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?

Domain 3: analysis and findings

Data analysis

24. Number of data coders How many data coders coded the data?

25. Description of the coding tree Did authors provide a description of the coding tree?

26. Derivation of themes Were themes identified in advance or derived from the data?

27. Software What software, if applicable, was used to manage the data?

28. Participant checking Did participants provide feedback on the findings?

Reporting

29. Quotations presented Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each

quotation identified? e.g. participant number

30. Data and findings consistent Was there consistency between the data presented and the findings?

31. Clarity of major themes Were major themes clearly presented in the findings?

32. Clarity of minor themes Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

ANNEXE 7 : COREQ list de l'investigateur

- 1) L'auteur qui conduisait l'interview se nommait Delphine BELIN
- 2) Elle n'avait pas de titre particulier
- 3) Elle était interne en 3^{ème} année de médecine générale
- 4) Il s'agissait d'une femme
- 5) C'était sa première expérience d'entretien qualitatif avec une formation initiale basée sur la littérature, les formations délivrées par le CNGE, et sur la formation de l'association FAYR-GP
- 6) Il s'agit d'un travail de thèse d'exercice.
- 7) Les participants savaient que l'interviewer était une femme interne en médecine générale dans le cadre d'un mémoire de recherche.
- 8) L'interviewer était à l'aise avec les enfants et avait une formation pédiatrique approfondie. Le sujet a été proposé par une des personnes de sa famille devant des difficultés à administrer les médicaments à ses propres enfants.
- 9) La théorie de base est celle de la méthode ancrée
- 10) Les participants étaient sélectionnés à l'issue d'une consultation en médecine générale habituelle devant l'âge des enfants consultants entre 3 et 7 ans.

- 11) Le premier contact avec les participants a été établi en face à face à l'issue de la consultation puis un deuxième contact par mail pour organiser le rendez vous de l'interview qui se déroulait en face à face.
- 12) 18 familles ont été étudiées avec à chaque fois une mère ou un père et un enfant âgé de 3-7 ans.
- 13) Le taux de réponse positive des personnes sélectionnées était de 71%
- 14) Les données ont été collectées au domicile des familles sauf pour 2 familles qui ont souhaité être interviewées au cabinet médical.
- 15) A chaque interview, une personne autre était présente : l'enfant lorsqu'on interviewait le parent et inversement. Au cours de 8 entretiens sur 18, il y avait la présence d'un des frères ou des sœurs de l'enfant interviewé.
- 16) Les caractéristiques importantes de la population sont variées avec des parents mariés, divorcés/séparés, famille monoparentale, parent homosexuel, origines ethniques différentes, des pères et des mères.
- 17) Le guide d'entretien a été établi par l'investigateur à base de 5 questions ouvertes au départ mais suite au premier entretien pré test il s'est avéré trop ouvert ou pas assez précis. Les questions ont donc été modifiées dans un second temps puis adaptées à chaque entretien.

Le guide d'entretien parents final comportait alors 10 questions avec des questions de relance.

Le guide d'entretien enfants comportait 6 questions, la réalisation d'un dessin illustrant un enfant à qui l'on administrait des médicaments et un jeu de rôle d'administration de médicament à une poupée ou une peluche.

18) Les interviews n'ont pas été répétées.

19) Les données ont été collectées à partir d'un enregistrement vidéo avec une webcam qui avait l'avantage d'être de très petite taille et donc de peu perturber les interviewés.

L'enregistrement vidéo a été choisi pour permettre de visualiser a posteriori les attitudes que pouvaient avoir les interviewés au cours de l'interview et interpréter le non verbal.

20) Il n'y a pas eu de notes écrites prises au cours de l'entretien par le chercheur pour éviter de perturber et de perdre le contact visuel.

Les seules notes prises étaient en fin d'entretien sur les éventuelles lacunes du guide d'entretien.

21) Les entretiens avec les parents ont duré en moyenne 14,8 minutes tandis que les entretiens avec les enfants ont duré en moyenne 7 minutes.

22) La saturation a été obtenue pour certains thèmes mais de nouveaux thèmes sont apparues en dehors des objectifs de ce travail et peuvent aboutir à un nouveau travail de recherche.

23) La retranscription des verbatim n'a pas été soumise aux participants notamment parce qu'il s'agissait d'enfants qui ne pouvaient pas relire les données.

III) Analyse et recherches

24) 2 personnes ont codé les données : l'investigateur et le directeur de thèse

25) Un tableau de répertoire des différents codes est en annexe de ce travail de thèse ;

26) 8 grands thèmes ont pu être mis en commun

27) Il n'a pas été utilisé de logiciel de collecte des données

- 28) Le résultat de l'étude a été envoyé aux participants
- 29) Les citations des mots des participants ont été utilisées dans la partie résultats pour illustrer chaque principe.
- 30) Les données collectées étaient bien cohérentes avec les découvertes faites au cours de cette recherche.
- 31) Les thèmes majeurs sont regroupés au sein d'un tableau de métacode pour plus de clarté.
- 32) Il y a une description de chaque cas

ANNEXE 8 : Tableau récapitulatif des parents recrutés

N°Parent	Age	Profession	Durée de l'entretien	Lieu/département	Zone de consultation
Maman 1	31	Coiffeuse à domicile	10 :12	Arnas (69)	Semi Rural
Maman 2	33	Profession non précisée	08 :20	Saint Vincent de Reins (69)	Rural
Papa 3	46	Commercial	10 :08	Rivolet (69)	Semi Rural
Maman 4	44	Femme au foyer	12 :45	Rivolet (69)	Semi Rural
Maman 5	24	Technicienne de maintenance	15 :15	Trévoux (01)	Semi Rural
Maman 6	43	Secrétaire médicale	24 :50	Saint Didier (01)	Semi Rural
Maman 7	35	Gestionnaire de copropriété	27 :50	Liverdun (54)	Semi Rural
Maman 8	34	Assistante en pépinière entreprise	31 :28	Saint Denis (01)	Semi Rural
Maman 9	34	Profession non précisée	19 :38	Jujurieux (01)	Rural
Maman 10	32	Laborantine vaccins	26 :32	Pizay (01)	Semi Rural
Maman 11	43	Infirmière en maison de retraite	30 :11	Villeneuve (01)	Rural
Maman 12	34	Professeur des écoles	28 :05	Toussieux (01)	Semi Rural

Maman 13	29	Femme au foyer	25 :22	Francheneils (01)	Semi Rural
Maman 14	36	Femme au foyer	26 :33	Trévoux (01)	Semi Rural
Papa 15	31	Carreleur	17 :33	Chatillon (01)	Semi Rural
Papa 16	29	Paysagiste	15 :40	Meximieux (01)	Semi Rural
Papa 17	34	Informaticien	19 :00	Yutz (57)	Semi Rural
Maman 18	36	Professeur des écoles	31 :34	Mepieu (38)	Rural

ANNEXE 8 (suite) : Tableau récapitulatif des parents recrutés

ANNEXE 9 : Tableau récapitulatif des enfants recrutés

N° enfant	Sexe	Age	Place dans la fratrie	Durée de l'entretien (minutes)	Type de famille	Zone de consultation
Enfant 1	F	4	Ainée	04 :57	Marié	Semi Rural
Enfant 2	M	4	Benjamin	13 :28	Recomposée	Rural
Enfant 3	F	3	Benjamine	12 :19	Marié	Semi Rural
Enfant 4	F	7	Cadette	09 :48	Marié	Semi Rural
Enfant 5	F	5,5	Ainée	10 :46	Marié	Semi Rural
Enfant 6	M	6	Benjamin	15 :40	Marié	Semi Rural
Enfant 7	F	5	Ainée	27 : 21	Marié	Semi Rural
Enfant 8	M	4	Ainé	11 :26	En concubinage	Semi Rural
Enfant 9	F	4	Fille unique	10 :09	Mère homosexuelle	Rural
Enfant 10	F	4	Ainée	11 :25	Marié	Semi Rural
Enfant 11	M	4	Cadet	07 :36	Recomposée	Rural
Enfant 12	M	5	Ainé	07 :36	Marié	Semi Rural
Enfant 13	M	5,5	Cadet	12 :05	Marié	Semi Rural
Enfant 14	F	4,5	Cadette	15 :08	Marié	Semi Rural
Enfant 15	M	5,5	Ainé	10 :53	Marié	Semi Rural
Enfant 16	M	5	Fils unique	00 :44	Père célibataire	Semi Rural
Enfant 17	M	6	Ainé	25 :34	Marié	Semi Rural
Enfant 18	F	5,5	Ainée	18 :56	Marié	Rural

ANNEXE 10 : Codes Enfant

Annexe électronique présente sur le support CD Rom joint à la thèse papier

Exemple de code :

MEDECIN

Rôle du médecin :

« ça sert à soigner » (E3L46)

« Il me soigne » (E3L155) « c'est quelqu'un qui s'occupe des gens, qui soigne des gens qui sont malades » (E4L23)

« Un médecin c'est pour soigner, un vétérinaire c'est pareil sauf que c'est...c'est pour soigner les animaux c'est pas pour soigner les...les enfants ou les grands » (E5L47-48)

« Ben en fait il soigne les gens » (E6L53)

« Le docteur c'est pour soigner les enfants ils sont trop malades (...) oui j'suis allé pleins de fois » (E8L64-68)

« Euh, c'est pour soigner les gens » (E7L47)

« Oui, c'est quand pour donner les médicaments » (E9L47)

« Ca soigne les gens » (E10L48)

« Pour que j'suis plus malade » (E13L54)

« Euh ça soigne tout le monde » (E14L45)

« C'est quelqu'un qui soigne les gens » (E15L65) « Pour euh parce que j'avais parce que j'ai une maladie » (E15L95)

« c'est quelqu'un qui soigne des gens » (E17L68)

« Quelqu'un qui nous dit qu'est ce qu'on a comme maladie » (E18L46)

ANNEXE 10 bis : Interprétation dessin

Angoisse de ne pas faire ce qui est attendu

« Voilà, ah non j'ai pas fait les médicaments, j'sais pas bien faire les médicaments »
(E6L89)

« Je sais pas dessiner ça » (E15L100)

Variété des couleurs

Impression de gaieté

« Il...est content » (E6L129)

« *Est ce qu'il est content de prendre des médicaments ? Oui* » (E12L79-80)

« Il est content d'accord » (E15L127)

Sentiment ressenti, ambiguïté

« Il est content mais il a quand même de la dishydrose aux pieds » (E10L89)

Variabilité selon les moments de la journée

« *Mais il est quand même content et ça le dérange pas qu'on lui donne des médicaments ?*

Ca lui dérange l'après midi mais pas le matin mais sinon ça le dérange pas »
(E10L92-93)

Pathologie choisie

« Il aura...la varicelle (...)Euh son nez il coule et voilà » (E6L155-159)

« Euh elle a mal au ventre » (E7L129)

« Il a de la dishydrose aux pieds » (E10L79)

« Ché pas Et ben il est malade » (E11L119)

« Il a la varicelle » (E12L72)

« *Il est malade, qu'est ce qu'il a comme maladie ?* J'sais pas » (E13L75-76)

« Euh pour le mal à la gorge » (E14L74)

« Ben il a...mal au ventre » (E15L136)

« La « broncholite » » (E18L75)

« La bronchiolite » (E18L155)

Désaccord pour prendre le médicament

« Euh il est pas vraiment d'accord parce que ce n'est pas un sirop c'est un médicament » (E6L161)

« Parce que il a la en fait il aime pas avoir ce goût là » (E6L167)

« *Il est d'accord pour prendre les médicaments ou il est pas très d'accord ?*

Euh environ, je ne sais pas » (E17L108-109)

Aspect du médicament

« Oui j'ai terminé, ça c'est un gros médicament. Et là c'est le petit trait du médicament » (E8 L98-100)

« C'est un gros gros chewing gum, c'est un chewing gum c'est un gros gros médicament ça se suce et on le met sur la langue » (E9L102-103)

« Un sirop » (E13L72)

« c'est un sirop (...) il a le goût d'orange » (E17L103)

« C'était la première fois que je le prenais et il a un goût de plâtre » (E18L161)

Mode d'administration du médicament

« Oui ! Il va l'avaler tout entier ! » (E8L108)

« Avec avec de la crème pour les pieds » (E10L83) « avec euh des granules quand ça gratte » (E10L85)

« On le donne par la bouche » (E11L121)

« De l'eau (...) Et j'ai mis un peu de sirop » (E18L87-89)

Utilité du médicament

« Oui ça va le soigner » (E8L114)

« *tu crois que ça va le guérir ce médicament ?* (fait oui de la tête) » (E13L81-82)

« *et ça tu crois que ça va le soigner ?* Euh oui » (E14L75-76)

« Il lui donne lui donne que sa sa maladie elle part » (E15L139)

« qui va servir je ne sais pas à quoi il va servir » (E17L100)

« *Et alors ce médicament là, tu crois que ça va le soigner ?* (fait oui de la tête) » (E18L92-93)

Parties du corps

« Des yeux, une tête, des bras, un cou et même des pieds » (E7L112)

« De le ventre » (E9L94)

« Une patte, 2 pattes et puis une tête et puis des petits yeux et puis après c'est un bonhomme en plus » (E11L91-92)

« Oui, on met dans la tête (...) Sur les épaules, sur les bras, sur les coudes, sur les mains et c'est tout...et sur le dos, sur les fesses, sur euh...cuisses, sur les pieds et c'est tout surtout j'connais pas d'autres endroits » (E15L154-158)

Qui administre

« c'est moi qui donne le médicament » (E9L88)

« Le bonhomme, l'enfant il donne un médicament à un monsieur » (E13L66)

« C'est un hum une petite enfant qui donne un DOLIPRANE avec des sachets » (E14M63)

« C'est le docteur Un docteur imaginaire ! » (E15L142-143)

« (le papa et le docteur) Ils vont lui donner ce médicament » (E17L98)

« C'est le papa » (E17L112)

Projection directe de l'enfant

« Moi j'en ai encore un petit peu sur les pieds de la dishydrose » (E10L83-84)

« *Et tu crois qu'il est d'accord ce petit garçon ou cette petite fille de prendre le médicament ?*
Moi je suis d'accord » (E11L125-126)

Description du dessin

« il y a un petit garçon qui en fait hum il attend. Et son papa en fait discute avec le docteur » (E17L95 »

« Là c'est la maman qui donne son médicament à l'enfant qui est malade » (E18L72)

Interprétation jeu de rôle

Mime le désaccord

«(La poupée) « je veux pas, Maman, je veux pas je veux pas, JE VEUX PAS » (E5L136)

« Et ben il tourne la tête et puis moi je lui mets dans la bouche » (E10L153)

« Euh ouais mais le truc c'est qu'il, il peut pas ouvrir la bouche » (E17L157)

Facilités d'administration :

Nourriture « Bon d'abord un grand verre de lait parce que...ou le miel d'accord » (E5L137) « Je mélange comme ça elle r'connaît pas le goût (...) Je mets un tout petit peu de sirop , voilà. Et après je le mélange encore et après je lui donne Et là elle trouve du goût du coup elle aime bien » (E5L158-162)

Forme galénique

« Ca va être bien d'abord la pastille et après le sirop, la pastille et après le sirop » (E6L243)

« Euh avec du sirop » (E7L243)

« Avec euh du sirop » (E15L218)

Utilisation de la force

« Maintenant tu t'assois et on va prendre le médicament

(la poupée) « Non Maman je veux pas, je veux pas ». Non non, je te tiens fort hein allez » (E5L138-140)

« Oui et après je la tiens fort parce que elle veut toujours pas

Et après je tiens fort, je prends vraiment fort et après normalement je mélange le médicament à du lait » (E5L155-157)

« Et si jamais elle voulait pas qu'on lui donne, comment on ferait pour lui donner ? On l'attrape On l'attrape ! Et on la tient et on lui donne le médicament » (E7L256-259)

« Euh non, en fait et ben j'lui ferme la bouche pour pas qu'il recrache...et il avale tout » (E10L155)

Maladie mimée

« Parce que euh...Elle avait de la fièvre vraiment beaucoup, elle était à 18 » (E5L150)

« De...là il a la varicelle, il a plein de boutons et...son nez il coule, il tousse. Il a la rougeole (sourit) et ben voilà hein » (E6L236-237)

« Ben le bébé bleu il a les joues toute rouges (...) ben j'invente, il tousse et il vomit » (E10L159-161)

« Une varicelle » (E12L122)

« Euh il a mal à la queue (rires) » (E14L119)

« Euh elle a mal au ventre » (E15L224)

Facteur de guérison du médicament

« *Et tu crois que ça va le guérir le médicament ? Oui, y'a pas de problème* » (E6L239)
« *D'accord et est ce qu'il est soigné maintenant qu'il a pris le médicament ? Non je crois pas mais je crois mais je crois au docteur qu'il l'ait soigné Winnie D'accord donc il va falloir retourner chez le docteur ? Non ! mais il a besoin de prendre une tasse de lait chaud* » (E8L198-201)

Technique d'administration

« Des médicaments, il faut qu'on le couche, on ouvre la bouche, on fait...on met les p'tites gouttes ! » (E8L185-186)

« Euh elle va s'allonger et on va lui donner » (E7L247)

« Un médicament mais il ouvre pas sa bouche *Il ouvre pas sa bouche ? Alors comment on fait pour lui donner un médicament si il ouvre pas sa bouche ?* Euh on le renverse sur sa tête » (E9L161-164)

« Et ben j'en donne à la bouche on donne à la bouche et puis voilà on donne à la bouche » (E11L169)

« On lui donne des médicaments (...) On met par la bouche(...)Avec la main » (E12L123-130)

« Euh comme ça (touche la bouche du doudou), il le prend et il le met dans sa bouche » (E13L132)

« Euh j'ai une cuillère, je mets le médicament et après je le donne ! » (E14L111)

Goût du médicament

« Oui, il était d'accord, beeerk, il a dit berk » (E8L190)

Nom du médicament

« *Elle a mal au ventre alors qu'est ce qu'on lui donne comme médicament ? Euh...du SMECTA* » (E7L221) « Euh des fois j'lui donne euh j'lui donne des dolipranes » (E10L149)

« Du doliprane, des fois du bibi et du jus d'orange *D'accord et ça le soigne ?*

Oui et une fois je lui ai fait des piqûres dans les fesses et il il fait il pleure très fort » (E10L163-165)

« elle donne du DOLIPRANE » (E11L175)

Outils d'administration

« Avec une cuillère » (E7L249) « Y'a une pipette j'sais pas où elle est » (E10L171)

« Euh une cuillère » (E17L155)

Soin par l'alimentation/autre forme de soin

« il a besoin de prendre une tasse de lait chaud » (E8L201)

« des fois du bibi et du jus d'orange » (E10L163)

ANNEXE 11 : METACODES Enfant

METACODE	CODE
MEDECIN	Rôle du médecin Caractéristiques du médecin Changement de médecin Ce qui passe en consultation → souvenir de la petite enfance
MEDICAMENT	Galénique Couleur/texture/forme Utilité Mode d'action/Physiopathologie Nom commercial Efficacité/Inefficacité Circuit du médicament
FACILITE D'ADMINISTRATION	Goût → Bon goût → Mauvais goût Outils d'administration Qui administre ? Nourriture → Avec le médicament → Après le médicament Autonomie Accord de l'enfant Explications → Par les aînés → Par les parents

DIFFICULTES D'ADMINISTRATION	Appréhension → du médecin → du médicament Ambiguïté Quantité administrée Contrainte/obligation Moments de la journée Désaccord de l'enfant Age de l'enfant
ORGANE	Qui reçoit le médicament Qui est malade Nom de maladie
RESSENTI	Positif Négatif Douleur
ENVIRONNEMENT	Famille Lieux Projection sur l'avenir
RAPPORT L'INTERVIEWER	A

ANNEXE 12 : Codes Parents

Annexe électronique présente sur le support CD Rom joint à la thèse papier

Exemple de code parents :

Negociation

« C'est pareil, on parle, » (M7L92)

« S., il faut insister longuement » (M8L69)

« fin je sais que le soir on discute mais » (M8L191)

- Enfants/parents

« à partir du moment où on sait qu'on se comprend c'est plus simple, » (M8L155-156)

« puis oui de la douceur avec les enfants lors des consultations 'fin que les enfants n'y aillent pas à reculons » (M10L126-127)

« J pense qu'après à 4 ans, il peut il peut dire je veux pas ou non pas maintenant et y'a ça aussi » (M11L253-254)

« en tous cas, elle le verbalise pas elle le verbalise pas quoi. » (M12L89-90)

- Parent/médecin

« j'en parle directement au médecin » (M5L148)

Demande d'explication

« lors de la prescription je demande à quoi le médicament sert » (M5L155)

« j'essaie de le préciser au médecin qui s'arrange pour donner une autre forme » (M6L104-105)

« Ah ben oui, si il me dit rien, je vais poser des questions » (M6L185)

« si c'est pourquoi c'est fait et euh comment l'administrer bon la présentation. » (M6L186-187)

« Ben le médecin le dit » (M6L156)

« sinon je rappelle le médecin pour lui demander confirmation » (M8L270-271)

« Après c'est peut être à moi aussi d'amener la chose en lui expliquant que ça passe mal » (M9L176-177)

« Non j'demande souvent je dois demander » (M10L150)

« Ouais ou à appeler par exemple j'aime mieux diminuer parce que j'arrête pas » (M10L321)

« qu'elle explique bien les choses et tout en mettant une conscience professionnelle » (M12L224-225)

« Mon mari lui avait dit, comment on fait pour lui donner sans qu'elle recrache donc voilà elle nous avait expliqué » (M18L230-232)

« après peut être des explications sur ce qu'il a, chose que les médecins donnent pas toujours » (M6L174-175)

ANNEXE 13 : Métacodes Parents

Metacode	Code
Communication	<p>Parents/enfants : explications, négociation</p> <p>Enfants/parents : dialogue</p> <p>Parent/médecin : demande d'explications</p> <p>Médecin/parent : conseils</p> <p>Médecin/enfant : contact</p>
Facilités d'administration	<p>Astuce</p> <p>Technique</p> <p>→ Détourner l'attention</p> <p>→ Passer par le jeu</p> <p>→ Autonomie/autonomie incomplète</p> <p>→ Récompense après l'administration</p> <p>→ Aliment</p> <p>→ Triche</p> <p>Outils d'administration</p> <p>Patience</p> <p>Rituel</p>

	<p>Chance</p> <p>Rapidité d'administration</p> <p>Profession du parent/temps de présence à domicile</p> <p>Qui administre ?</p>
Freins à l'administration	<p>Oubli</p> <p>Renoncement</p> <p>Durée du traitement</p> <p>Moments de la journée</p> <p>Nombre de fois par jour</p> <p>Quantité à administrer</p> <p>Mauvaise tolérance du médicament</p> <p>Conséquence néfaste de l'administration</p> <p>Age de l'enfant</p> <p>Matériel contraignant</p> <p>Difficultés à l'école</p> <p>Difficultés chez la nounou</p> <p>Méfiance vis à vis du médicament</p>
Médicament	<p>Galénique</p> <p>Nom commercial</p> <p>Goût</p>

	<p>→ Bon goût</p> <p>→ Mauvais goût</p> <p>Odeur</p> <p>Couleur/aspect/texture</p> <p>Mode d'action</p> <p>Niveau d'efficacité</p> <p>Dosage</p> <p>Médicament idéal</p> <p>Particularités des antibiotiques</p>
Connaissance	<p>Du médicament</p> <p>→ Pas de confusion médicament/bonbon</p> <p>→ Confusion médicament/bonbon</p> <p>De la maladie</p> <p>De l'enfant</p> <p>Connaissance scientifique médicale</p>
L'enfant	<p>Comportement</p> <p>→ Accord</p> <p>→ Désaccord</p> <p>Compréhension de l'enfant</p> <p>Etat clinique</p>

	<p>Trait de caractère</p> <p>Toute puissance de l'enfant</p>
Médecin	<p>Caractéristiques</p> <p>Confiance</p> <p>Compétence</p> <p>Soutien parental</p> <p>Manque d'information</p> <p>Changement de médecin</p>
Autres professionnels	<p>Pédiatre</p> <p>Pharmacien</p> <p>Spécialistes</p> <p>Médecine douce</p> <p>→ Homéopathie</p> <p>→ Ostéopathie</p> <p>→ Autres</p> <p>Contradictions entre les professionnels</p> <p>Confiance dans les professionnels</p>
Forme de soins	<p>Aliment comme médicament</p> <p>Soins de base</p> <p>→ Mouchage</p>

	<p>→ Hygiène</p> <p>Soins avant de consulter le médecin</p> <p>Efficacité de la médecine douce</p> <p>Facilité d'administration de la médecine douce</p> <p>Place de la médecine douce</p> <p>Automédication</p> <p>Prise en charge de la douleur</p>
Voies d'administration	<p>Suppositoires</p> <p>→ Difficultés</p> <p>→ Côté pratique</p> <p>→ Age limite</p> <p>→ Tabou</p> <p>Collyre</p> <p>Gouttes dans les oreilles</p> <p>Inhalation</p> <p>Spray nasal</p> <p>Voie orale impossible</p> <p>Traitement alternatif</p>
Support d'information	<p>Notice du médicament</p> <p>Carnet de santé</p>

	Internet
Tierce personne	<p>Famille</p> <p>→ Ecouter les conseils</p> <p>→ Ne pas écouter les conseils</p> <p>→ Donner des conseils</p> <p>Conseils d'amis</p> <p>Modèle de l'aîné</p> <p>Comparaison aux autres familles</p> <p>Difficultés à l'école</p> <p>Difficultés chez la nounou</p>
Relation adulte/enfant	<p>Rassurer</p> <p>Ne pas mentir/mentir aux enfants</p> <p>Désaccord père mère</p> <p>Différences entre adultes et enfants</p> <p>Responsabilité du parent</p>
Evolution dans le temps	<p>Hérédité/modèle des parents</p> <p>Amélioration clinique</p> <p>Souvenir d'enfance</p> <p>Problèmes persistants à l'âge adulte</p> <p>Temps de guérison</p>

	<p>Evolution selon les fois</p> <p>Différence maintenant/avant</p> <p>Modification des motifs de consultation</p>
La maladie	<p>Gravité</p> <p>Précocité</p> <p>Organe malade</p> <p>Fréquence</p> <p>Nom de la maladie</p> <p>Fatalité</p> <p>Récidive</p> <p>Erreur diagnostique</p>
La consultation	<p>Symptômes imposant la consultation</p> <p>Visite systématique</p> <p>Motif de consultation</p> <p>Attente avant de consulter</p> <p>Utilité de la consultation</p> <p>Délai</p> <p>Nécessité de reconsulter</p>
La prescription	<p>Hiérarchisation des médicaments</p> <p>Respect de la durée</p>

	<p>Compréhension de l'ordonnance</p> <p>Importance de l'ordonnance</p> <p>Adapter le traitement à l'enfant</p> <p>Redondance des médicaments</p> <p>Respect de la prescription/du médicament</p>
Bonne santé	<p>Guérison spontanée</p> <p>Immunité</p> <p>Amélioration sous traitement</p> <p>Physiopathologie</p> <p>Envie de guérir</p> <p>Expérience de la douleur</p> <p>Contagion intrafamiliale</p>
Surmédicalisation	<p>Excès de prescription</p> <p>Méfiance du médicament</p> <p>Médicaments restants après traitement</p>
Ressenti difficile des parents	<p>Contrainte</p> <p>Forcer</p> <p>Appréhension</p> <p>→ du médicament</p> <p>→ de l'enfant</p>

	<p>→ des parents</p> <p>→ par rapport à la maladie</p> <p>Difficultés</p> <p>Sentiment d'impuissance</p>
--	--

ANNEXE 14 : Dessins

ENFANT 1



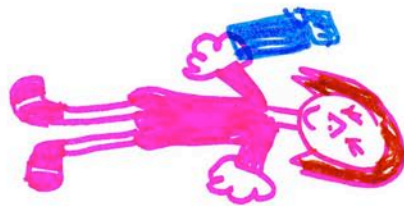
ENFANT 2



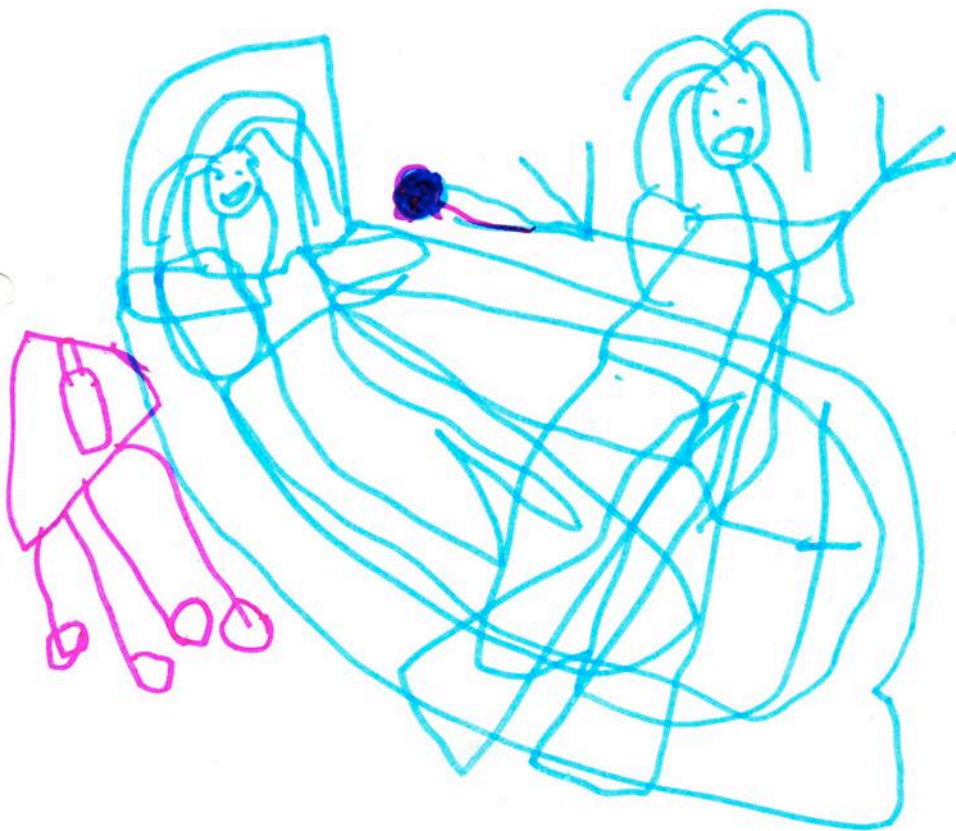
ENFANT 3



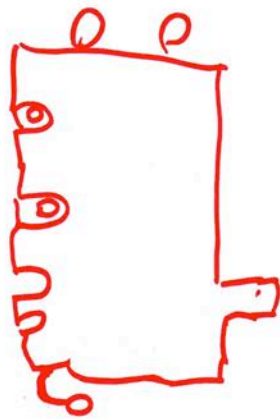
ENFANT 4



ENFANT 5



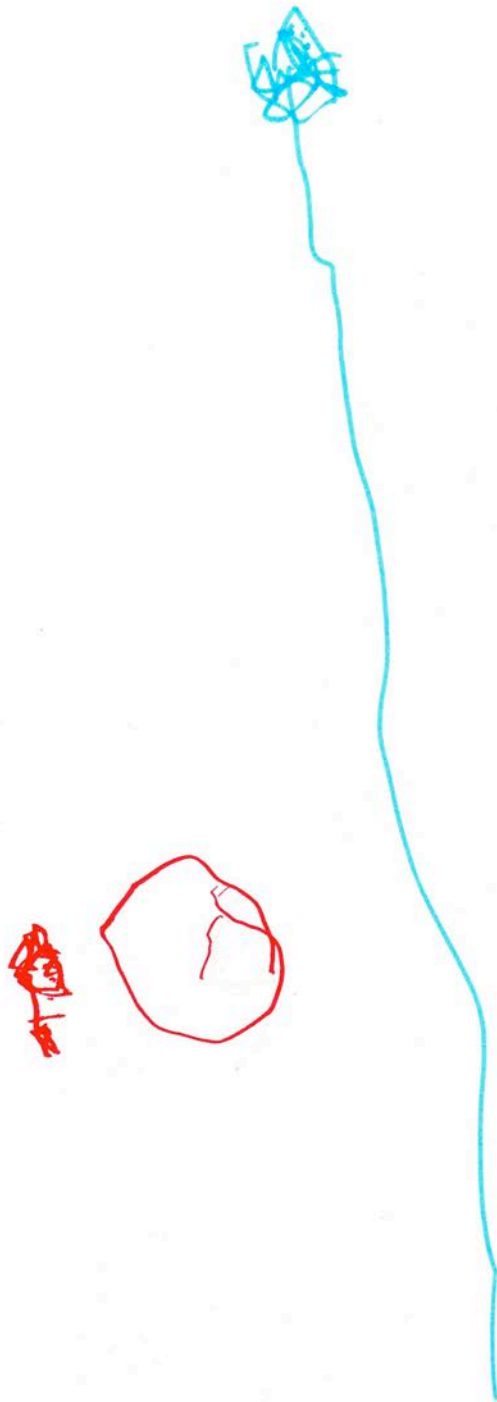
ENFANT 6



ENFANT 7



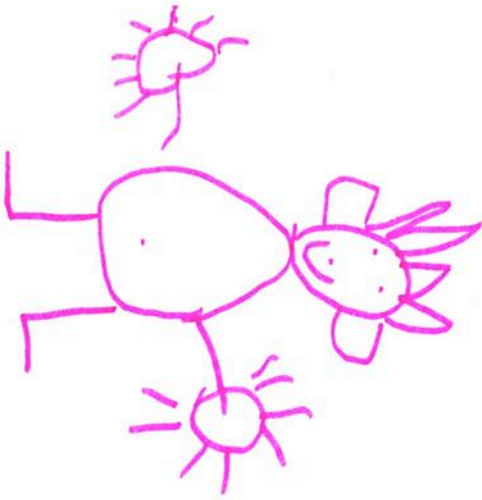
ENFANT 8



ENFANT 9



ENFANT 10



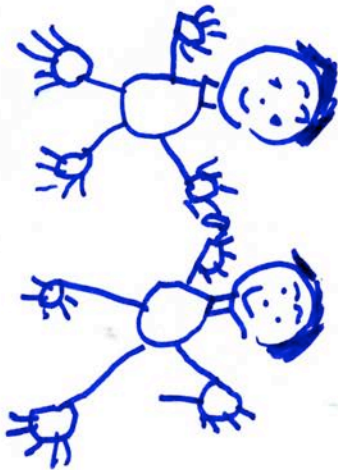
ENFANT 11



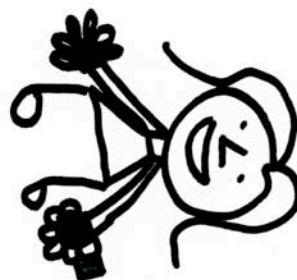
ENFANT 12



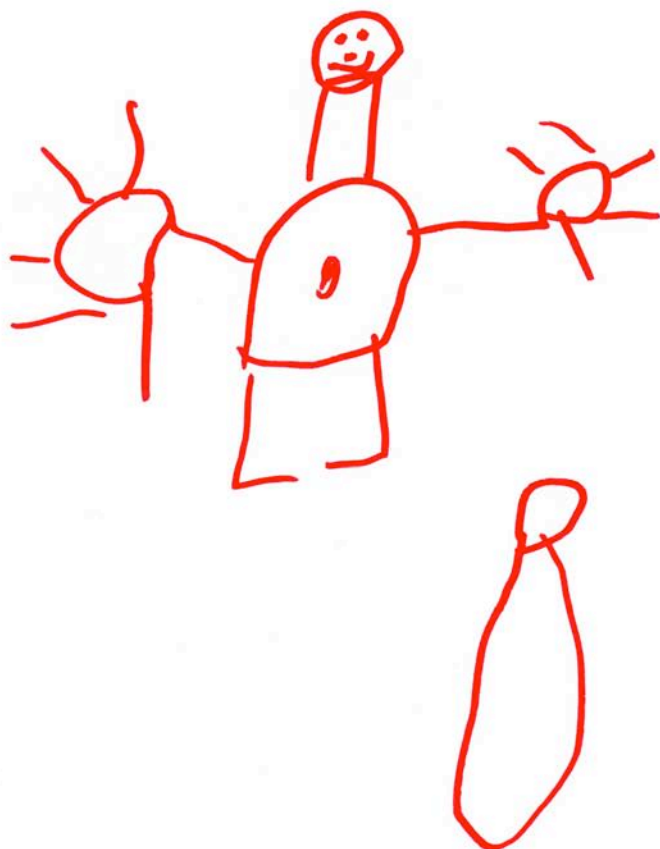
ENFANT 13



ENFANT 14



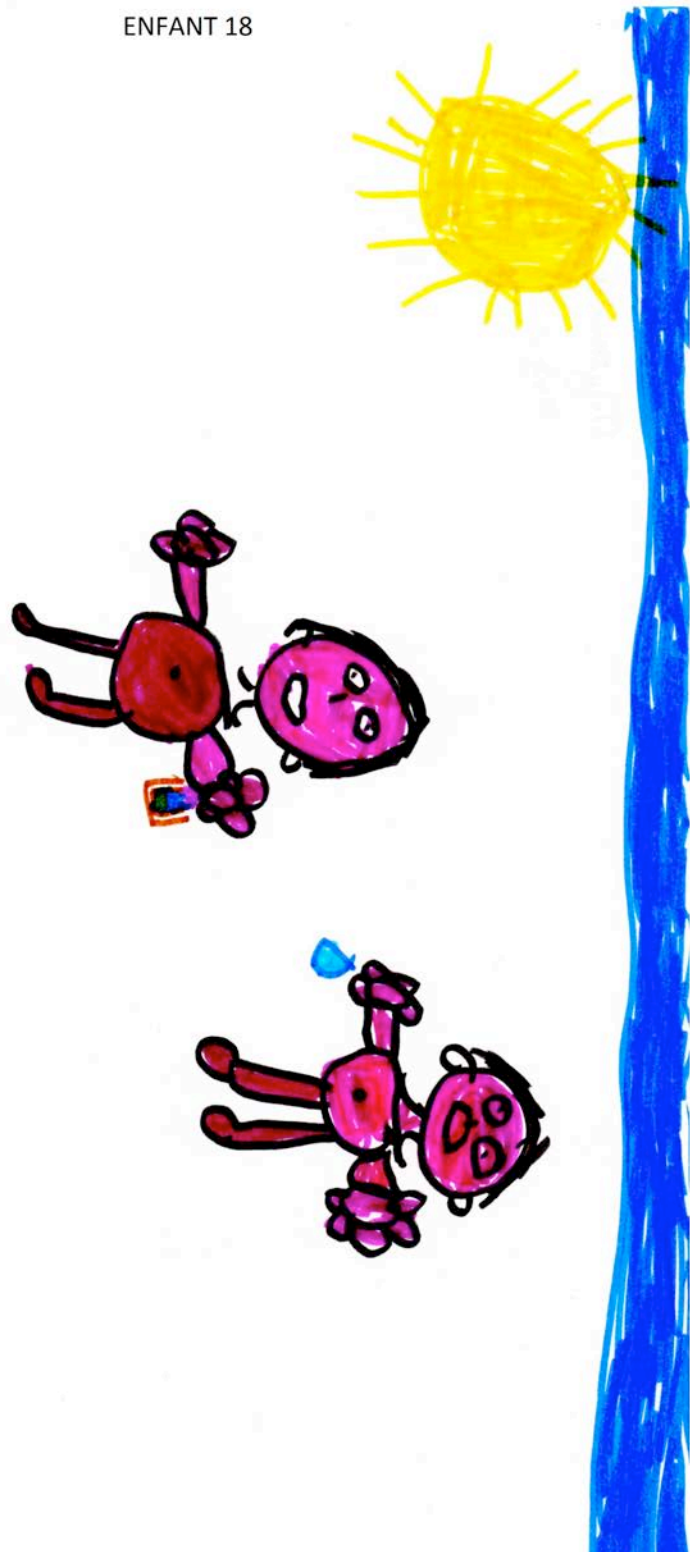
ENFANT 15



ENFANT 17



ENFANT 18



BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- [1] C. Dehaut, A. Lavoie, D. Lebel, H. Roy, R. Therrien « Votre enfant et les médicaments », CHU Ste Justine, 2005
- [2] J-P de Sardan « La rigueur du qualitatif », anthropologie prospective, Edition Academia Bruylant, 2008
- [3] Bannister et al: Qualitative methods in psychological research Research that derives data from observation, interviews, or verbal interactions and focuses on the meanings and interpretations of the participants (From Holloway and Wheeler, "Ethical issues in qualitative nursing research," Nursing Ethics, 1995 Sep; 2(3): 223-232)
- [4] Barney G. Glaser, Anselm A. Strauss, « La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative », Armand Colin, coll. « Individu et Société », 2010
- [5] I. Aubin-Auger et al. et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F, "Introduction à la recherche qualitative", exercer 2008;84:142-5
- [6] Rosaline S Barbour « Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog ? », 30 July 2005
- [7] M. Drapeau "L'enfant et le médicament" Pratiques psychologiques 10 (2004) 79–86
- [8] C. Boudreau, A. Arseneault « La recherche qualitative : une méthodologie différente, des critères de scientificité adaptés », Recherche qualitative, vol 12, p 121-119, 1995
- [9] M. B Miles, A. M Huberman « Analyse des données qualitatives » De boeck, 2003 ; 23-24

- [10] A. Geneslay « Représentation de l'enfant de 5-6 ans sur la consultation auprès du médecin généraliste », 2013 disponible à l'url suivant : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20001214/2013MCEM565/fichier/565F.pdf>
- [11] DREES, "la prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale, document de travail, série Etudes N°69, 2007 disponible sur le site internet <http://www.drees.sante.gouv.fr>
- [12] INSEE, « Médecins suivant le statut et la spécialité », 2014
- [13] J.Piaget, « La représentation du monde chez l'enfant », Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 2003 (11)
- [14] A.Bourrillon et al « Collection Pour le praticien : Pédiatrie », Edition Masson, 2000 77-89-90
- [15] A.Lieberman, « La vie émotionnelle du tout petit », Editions Odile Jacob, 1997 45-46, 109-110
- [16] Dr Fitzhugh Dodson « Tout se joue avant 6 ans », les grandes étapes d'une éducation réussie, 2013 Ed. poche marabout enfant
- [17] A.Vinay « Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent », avril 2014, Ed. DUNOD
- [18] Association française des anthropologues, journal des anthropologues, Marc Augé (in Symbole, fonction, histoire. Les interrogations de l'anthropologie, Paris, Hachette, 1979, pages 197-198)
- [19] Code de Santé Publique : article L1121-1 loi n°2006-450 du 18 avril 2006 - art. 31 JORF 19 avril 2006
- [20] Tong A1, Sainsbury P, Craig J. « Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 -item checklist for interviews and focus groups. » Int J Qual

Health Care. 2007 Dec;19(6):349-57. Epub 2007 Sep 14.

[21] C. Pope, S. Ziebland and N. Mays « Qualitative research in health care: Analysing qualitative data » *BMJ* 2000;320;114-116 doi:10.1136/bmj.320.7227.114

[22] M. Artufel-Meiffret “ La consultation pédiatrique en médecine générale : expériences, perception et attentes de parents d’enfants de 0 à 6 ans”, 2013 disponible à l’url : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904963/document>

[23] A. Wollurer, A. Lécuyer, F de la Rocque « Acceptabilité, compliance et rythme d’administration des antibiotiques oraux chez l’enfant en ambulatoire », 2011.02.010

[24] M. Akrich « Le médicament comme objet technique », *Revue internationale de Psychopathologie*, 1996, 21 p135-158

[25] E.Autret-Leca, L. Bensouda-Grimaldi, A.P Jonville-Béra, « L’enfant et les médicaments : application à la prescription en pédiatrie », *Archives de pédiatrie Elsevier Masson*, 2005.10.023

[26] P. Darbyshire, C. MacDougall, W. Schiller « Multiple methods in qualitative research with children: more insight or just more ? », *Qualitative Research* November 2005 vol. 5 no. 4 417-436

[27] A. Leblanc, C. Gervais « Les médicaments dans la vie de l’enfant », *Enfance et Psy* 1/2004 (N°25) p5-8

[28] J.Royer « Que nous disent les dessins d’enfants ? », 1995, Ed Hommes et Perspectives

[29] International Committee of Medical Journal Editors, « Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals : Writing and Editing for Biomedical Publication », October 2008

Belin Delphine : Exploration du vécu des parents et des enfants lors de l'administration des médicaments

Nbr f. 171 ill. 17 tab. 3

Th. Méd : Lyon 2015 n°

Résumé :

Médecin, parents et enfant doivent collaborer afin de soigner ce patient particulier qu'est l'enfant.

Les médecins doivent moduler leur mode de prescription pour prendre en considération les difficultés rencontrées par les familles pour l'administration des médicaments.

Cette étude a été réalisée de janvier à octobre 2014 grâce à la méthode qualitative et la théorie ancrée. 18 familles ont été recrutées. Pour chaque famille, un entretien parent et un entretien enfant ont été réalisés et enregistrés par vidéo. Les enfants étaient invités à dessiner mais aussi à utiliser le jeu de rôle afin de connaître leur ressenti face à l'administration des médicaments.

L'interprétation des résultats a mise en exergue des thèmes communs entre parents et enfants : le médicament, le médecin, les éléments facilitant l'administration et ceux la freinant. Le ressenti paraissait globalement positif pour les deux parties. Les enfants présentaient une ambiguïté dans leur rapport au médicament : même s'ils comprenaient leur nécessité, ils montraient parfois une réticence à les prendre. Les parents utilisaient surtout la communication et les explications pour faire accepter le médicament et privilégiaient l'utilisation de la nourriture et du jeu.

Pour améliorer l'observance, le médecin doit communiquer envers le parent et l'enfant afin d'instaurer une confiance réciproque, limiter le nombre de médicaments prescrits, hiérarchiser l'ordonnance, et choisir la forme galénique la plus adaptée.

Cette étude a permis également de recueillir des données non verbales, qui feront l'objet d'un travail futur.

MOTS CLES : Médicament, enfants, ordonnance, prescription, vécu des parents, vécu des enfants

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Yves GILLET

Membres : Monsieur le Professeur Jean Pierre DUBOIS

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Monsieur le Docteur Humbert de FREMINVILLE

DATE DE SOUTENANCE : 15 janvier 2015

ADRESSE DE L'AUTEUR : 30 rue du Docteur Bonhomme 69008 LYON

Belin.delphine@hotmail.fr