# L'éducation à la désobstruction rhino-pharyngée des nourrissons abordée par les médecins généralistes

Tiffany Ertaud, Aurore Sainrapt

▶ **To cite this version:**

Tiffany Ertaud, Aurore Sainrapt. L'éducation à la désobstruction rhino-pharyngée des nourrissons abordée par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02160503

**HAL Id: dumas-02160503**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02160503**

Submitted on 19 Jun 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

université de BORDEAUX

# U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019 Thèse n° 68

THESE POUR L'OBTENTION DU

# DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 04 Juin 2019

Par ERTAUD Tiffany, Université de Bordeaux
Née le 14/05/1989 à Rouen

Co-auteur : SAINRAPT Aurore, Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille
Née le 10/03/1990, à Toulouse

## L'éducation à la désobstruction rhino-pharyngée des nourrissons abordée par les médecins généralistes

Directrice de thèse : Maeva SABLIER-JEGO

Membres du jury :

| | |
|---|---|
| M. DUBUS, Jean-Christophe | Président |
| M. DURIEUX, William | Rapporteur |
| M. ADNOT, Sébastien | Examinateur |
| M. CHEVAL, Nicolas | Examinateur |
| Mme SABLIER-JEGO, Maeva | Examinateur |

# REMERCIEMENTS

Nous remercions tous les membres du jury d'avoir accepté de juger notre travail de thèse ce jour.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe DUBUS, merci d'avoir accepté de présider ce jury. Nous vous remercions de votre disponibilité et de la réactivité systématique avec laquelle vous avez résolu nos problématiques. Veuillez recevoir ici l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Professeur William DURIEUX, nous vous remercions d'avoir fait le rapport de notre thèse. Vos conseils et votre expérience nous ont été précieux tout au long du travail, ainsi que la disponibilité dont vous avez fait preuve. Trouvez ici l'expression de notre sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Sébastien ADNOT, vous nous avez fait l'honneur de juger et faire évoluer notre travail. Merci pour vos travaux de relecture. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Nicolas CHEVAL, nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Veuillez croire en notre pleine considération.

Madame le Docteur Maeva JEGO-SABLIER, merci de ton soutien, merci de ton investissement et merci de ton apprentissage. Tu nous as guidées avec bienveillance et sagesse. Merci pour ta disponibilité, et ta patience alors même que tu avais tes propres travaux à mener. Nous voulons t'exprimer ici toute notre reconnaissance et admiration.

Monsieur le Professeur Pierre DUBUS, Doyen de l'UFR des sciences médicales de Bordeaux,
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, Directeur du département du 3ème cycle de médecine générale de Bordeaux,
Monsieur Georges LEONETTI, Doyen de la faculté des sciences médicales et paramédicales de Aix-Marseille,
Nous vous remercions de nous avoir permis de mener ce travail en binôme, y compris entre étudiantes de deux régions différentes. Merci d'avoir rendu possible cette coopération inter-faculté. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Pierre WEILLER, Président du comité d'éthique, merci d'avoir jugé de la qualité éthique et règlementaire de notre travail.

Nos remerciements vont également aux membres des scolarités des facultés de Aix-Marseille et de Bordeaux, qui ont toujours fait en sorte de trouver une réponse à nos problèmes administratifs et organisationnels. Veuillez recevoir l'expression de notre reconnaissance pour votre travail et la manière dont vous le réalisez.

Merci aux médecins interviewés, d'avoir consacré de votre temps à cette étude pour réfléchir ensemble à un sujet du quotidien.

# REMERCIEMENTS DE TIFFANY

A mes parents, bien-sûr, qui savent que l'amour est plus important que tout. Merci pour la justice, la curiosité, la confiance. Grandir a été un jeu d'enfant et être heureuse une évidence grâce à vous.

A mon frère, qui m'a toujours protégée et soutenue. Merci d'avoir été mon modèle d'intégrité, d'intelligence, et de m'avoir laissée gagner à Quake 3 Arena.

A Manon, Marion, Alice, ces déesses qui savent rire de tout. Je vous aime. Notre amitié m'est si précieuse.

A la forge, Céline, Alice, Gillou, Lou, Fanny, Alex, Oliv, Hélène, Gaby, Nathalie parce qu'on est jamais trop vieux pour tenter quelque chose de stupide ! Vous m'avez ouvert les yeux sur l'infini des choix que la vie offre, et les mille raisons d'en profiter. Que de bonheur avec vous..

Aux ami.e.s de Bayonne : Camille, Marine, Stouph, José, Solène, Lionel, Nico, Chat avec qui vivre devient doux et rayonnant. Caca merci pour ce coup de foudre amical, la vie est si belle quand on la partage !

Au Gurp, aux Bubu, à Angèle, Maxence, Phiphi, Dodo, Cassandre, Alain parce que la famille c'est important, qu'elle soit de sang ou de cœur.

A Emma, Yves et Annie, « jolie-famille » soudée et aimante. Merci de m'avoir accueillie avec tant de bienveillance.

Aux copains de toujours ou plus récents, aux rencontres qui rendent la vie pétillante : Sophie, Bouni, Pierre, Romain, Lisa, Flo, Célia, Hugo, Jarzy, la famille Guibert, Cléminou, Renan… Et bien-sûr à la relève : Elaya, Malo, Gaspard, Anouchka, Maëlle, Lucile et Anatole, qui nous promettent de joyeux fou-rires !

Au Massilia Prakiti Orchestra, merci pour cette aventure de chants et de gags sonores, qui marquent l'ouverture d'un monde musical nouveau pour moi. Quelle chance de vous avoir rencontré.e.s et d'avoir partagé ça avec vous tous ! Vivement la prochaine !

Un remerciement particulier à Alain Mercier qui m'a soignée, recousue, gardée en vie et enfin orientée vers Maeva.

A Aurore, parce que c'était une sacré aventure d'écrire cette thèse à 2 et on l'a fait ! Merci à toi !

A Simon, avec qui tout devient possible. Tu es l'être le plus parfait jamais rencontré. En toute impartialité bien-sûr. Merci à la vie !

# REMERCIEMENTS D'AURORE

Je voudrais remercier tous les médecins, enseignants, PU-PH, assistantes et assistants, internes, externes, infirmières et infirmiers, secrétaires dont j'ai croisé les routes et qui ont façonné tout au long de mon cursus ma charpente de médecin. Je remercie les équipes médicales des hôpitaux toulousains, marseillais, avignonnais et toulonnais.

Je pense particulièrement :

- Au Dr LEGRAND qui a été mon premier contact avec la médecine générale.
- Aux équipes de l'institut Sainte-Catherine qui ont été un soutien important dans une spécialité éprouvante mais si riche.
- Au Dr CHEVAL. C'est un réel honneur pour moi que vous ayez accepté de faire parti de ce jury. J'ai eu une vraie chance de prendre mes premières responsabilités de médecin généraliste à vos côtés. Merci pour vos enseignements et votre bienveillance.
- Aux Dr RABBIA, Dr ZIAN et Dr RECORBET, toujours souriant et soutenant, c'était un plaisir de venir travailler à vos côtés. Merci à vous tous pour la transmission de vos savoirs. Aux Drs MARZIALE et ROCCA-SERRA pour m'avoir révélé les subtilités de la cardiologie et de la pneumologie.

Je remercie également tous les patients sans qui je n'aurais jamais pu apprendre.

Spéciales dédicaces et 1000 mercis :

A ma super family ! A mes parents, si incroyables ... Merci pour votre confiance, votre écoute, vos conseils. Vous êtes systématiquement là pour m'aider, me soutenir, me tirer vers le haut dans mes faiblesses et pour m'accompagner toujours vers le meilleur. A ma Soeurette, malgré ton absence … Fallait bien que je t'affiche ! J'espère que nos échanges continueront pour toujours, ainsi que ton soutien très motivé en shopping et la préparation de succulents repas. Continue de m'ouvrir sur le monde petite sœur. A mon Frérot, à nos années arbitrage que j'ai adoré partager avec toi, s'épauler, encadrer, respecter les décisions de l'autre. Et maintenant au wake, beaucoup plus détente. Tu es mon roc Frérot. Grâce à vous 4, je n'ai jamais de

problèmes à trouver une épaule sur laquelle m'appuyer. Je suis tellement fière de nos relations. Je vous aime.

A ma Tatie, tout en équilibre et empathie. Tu es d'une valeur inestimable pour nous tous. Merci d'être toujours à l'écoute. A mon Tonton et ses blagues. Géniales (devrais-je préciser ?). A l'heure où j'écris je ne sais pas encore si mes cheveux seront ondulés. Comme les vaches … A Patrick, dans les bras de qui je me souviendrais toujours avoir franchi les énormes vagues de l'Atlantique. A Jojo, mon petit cousin avec qui j'ai vécu deux saisons assez magiques et riches de découvertes en tout genre ! A Hugo. Sans Cochonou, je ne serais pas arrivée jusque-là ! A Pieraël et Dodo. C'est non pour les arrêts de travail !

A mes mamies. Mamie Piano. Mamie Câline, je pense à toi bien souvent. Mamie Mimie. Vous avez une place toute spéciale dans mon cœur qui me remplit de chaleur.

Aux Eternelles, mes fondations. Inès, Lisouille, Lapin, Manette, Fanneow, Audrey. Vous êtes une force. Vous êtes une bouffée d'oxygène. Vous êtes des bonheurs ! J'ai trop de chance d'avancer avec vous. A tous nos moments, le hand surtout, le terrain, les vestiaires, les litres de HK, les minibus, les voyages, nos milliers d'heures au gymnase. Puis maintenant nos week-ends, nos balades, ces retrouvailles magiques, nos olympiades ! Je veux vivre encore des millions de choses avec vous !

Audrey, merci pour ton soutien et ta présence dans la dernière ligne droite.

A Tata, dans mon horizon depuis si longtemps et qui a pris une place toute particulière ces dernières années. Merci pour ton écoute indéfectible et tes conseils ! A nos délires, nos storys lolilol, nos fous rires, les canastas et tarots mexicains, à nos cases, à nos voyages et aventures ! Au petit monde du HBCQF, à tous mes coachs de hand qui m'ont faite grandir. Steph, Romu, JM, Arnaud, Jean-Yves. A Nol et Betty, depuis toujours. Je suis tellement fière de vous compter parmi mes amies aujourd'hui. J'ai avancé avec vous. Vous m'avez tant apporté ! A Cantouns ! A mon Fishou, ce genre d'amie que tu ne vois même pas une fois par an et avec qui pourtant tout reste fort. A nos années collège et lycée, nos karaokés, nos échanges sur MSN, nos skyblogs, nos heures de perm et de récré, pensées à Falco et Mme TELLIER.

A ma Hélène, depuis la primaire jusqu'à aujourd'hui. Et Loulou !

A toute la team de l'Ovalie Coffee Marco, Jean-Pierre et Marie-Anne. A tous les habitués, la boutique du Stade ! Merci de m'avoir ouverte à autre chose que la médecine. C'était toujours avec le sourire que je vous rejoignais !

Au lycée PPR ! A la seconde 15. Aux PS1, Hugo, Pierre, Wilfried, Clem, Arthur, Juju, Sandra. A Dav et Baptiste.

To Akshay. Thanks for your corrections for the paper. I am so grateful to cross your road in India. Also to the Big Mooch, Jay and his father, two angels in Jaipur.

A mes salvateurs copains de la P1 : Morganou, Mathildou, Vivou. Sans vous, je n'en serais jamais là. A nos tonnes d'heures de révisions en salle d'anat soulagées par quelques heures de fous rires !

A Anaïs, un rayon de soleil. Je souhaite à tout le monde de croiser ta route !

A mes co internes : Jeanne, Amel, Pau, Renaud avec qui tout a commencé et se poursuit ! Au Red Zone bien sur ! A Lulu et Renaud. A Manon. C'est si important des co-internes ! Vous êtes ceux avec qui j'ai partagé les mêmes galères, les mêmes stress, les mêmes 60h de travail semaine (voire plus, voire moins aussi). Mais surtout, vous êtes ceux avec qui on décompresse et on relâche tout le soir, les rigolades, les barquettes d'internat, les verres de vin, les soirées-apéros plages, les restos, les brunchs, les bars, l'exploration de la région PACA.

A mes colocs d'amour, Fifi, Zozo, Marie, Cloclo et Cam ! Avec vous, j'ai découvert sur le tard ce que c'était d'avoir des copains médecins. Et ben vous êtes les meilleurs du monde ! Merci pour votre soutien, vos réponses, vos ré-assurances. A cette légèreté que vous apportez dans nos quotidiens quelques fois chargés. Merci surtout pour vos blagues, nos apéros, le festival d'Avignon, tous nos bons petits plats, l'escalade, les films, les jeux de société. Elle est trop bien ma vie marseillaise avec vous !

Et pour terminer, à ma super co-thésarde Tiff ! Sans toi, je n'en serais pas à écrire des remerciements. Merci de m'avoir accueillie dans ta réflexion. C'était un plaisir de travailler avec toi ! J'ai adoré partager nos idées et échanger ensemble. Dommage que ce soit fini … Non quand même pas ! Plein de bonheurs dans tes prochaines aventures !!

Je suis super fière, heureuse et chanceuse de mon environnement social.

**A tous, c'est pour moi la folie de vous avoir à mes côtés !**

**MERCI.**

# TABLE DES MATIERES


I. Introduction ..... 9
II. Matériels et méthode
A. Type d'étude ..... 11
B. Population de l'étude ..... 11
C. Modalités de recrutement ..... 12
D. Recueil des données ..... 12
E. Analyses ..... 13
F. Cadre éthique ..... 13
III. Résultats
A. Caractéristiques des entretiens et des médecins interviewés ..... 14
B. L'éducation à la DRP : un fond commun, des formes différentes ..... 15
C. La transmission des techniques de lavage de nez : une éducation non Figée ..... 18
D. Influence de la place du médecin généraliste dans son rôle d'éducateur 20
E. La relation médecin-parents-enfants au cœur de l'éducation ..... 22
IV. Discussion
A. Résultats principaux ..... 24
B. Un rôle d'éducateur par défaut lors de l'éducation à la DRP ..... 24
C. Comment les médecins généralistes abordent-ils la DRP avec les parents ? ..... 25
D. Une éducation pour la santé qui nécessite des compétences communicationnelles ..... 26
E. Limites et forces de l'étude ..... 27
V. Conclusion ..... 28
VI. Bibliographie ..... 29
VII. Annexes
A. Guide d'entretien ..... 32
B. Critères COREQ ..... 34
C. Information aux participants ..... 38

Abréviations ..... 40

# TABLE DES MATIERES DES ILLUSTRATIONS

Tableau n°1 : Caractéristiques des médecins interviewés ..... 14

Schéma n°1 : Mise en œuvre de l'éducation à la DRP ..... 16

Tableau n°2 : Caractéristiques diversité ..... 33

Tableau n°3 : Critères de qualité COREQ ..... 34

# I. INTRODUCTION

La rhinite du nourrisson est un motif fréquent de consultation en médecine générale. En 2009, selon l'observatoire de la médecine générale, les rhinites, rhinopharyngites et toux ont représenté 38% des consultations des enfants de moins de 2 ans (1,2). D'origine principalement virale, ce symptôme est plus fréquent l'automne et l'hiver. L'évolution de la rhinite est généralement favorable en quelques jours ou semaines.

L'inconfort occasionné chez les nourrissons est lié au fait que la respiration avant 6 mois est principalement nasale et que les fosses nasales sont proportionnellement plus étroites (3). La rhinite peut se compliquer de surinfections (otite moyenne aiguë principalement), de troubles respiratoires (toux avec encombrement pulmonaire, dyspnée), de troubles du sommeil ou de difficultés alimentaires. Lorsqu'elle est provoquée par le virus respiratoire syncitial, la rhinite est accompagnée des autres symptômes de la bronchiolite (4).

Des recommandations concernant la prise en charge de la bronchiolite ont été émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2000 (4). Elles recommandent la réalisation de désobstruction rhino-pharyngée (DRP) en cas de rhinite, ainsi que l'enseignement de sa technique aux parents : instillation de sérum physiologique narine par narine, l'enfant en décubitus dorsal, tête tournée sur le côté. Le mouche bébé est reconnu comme moins efficace. Le site internet de la sécurité sociale AMELI a d'ailleurs dédié une page d'information à la technique de réalisation de la DRP (5). La HAS propose de donner aux médecins traitants une place centrale dans la filière de soins notamment en favorisant la reconnaissance de leur rôle dans l'éducation pour la santé. Ce rôle s'applique autant vis-à-vis de la prévention de la transmission de la maladie que des soins familiaux. Notre travail de recherche s'inscrit dans l'actualité des nouvelles recommandations attendues en 2019.

Des recommandations concernant la prise en charge de la toux du nourrisson ont été publiées par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en 2010 (6). Elles ont profondément modifié la prise en charge en contre-indiquant l'utilisation avant 30 mois des sirops mucolytiques, mucofluidifiants, antihistaminiques et sirops à base d'opiacés, le fenspiride et les suppositoires contenant des dérivés terpéniques. Les mesures hygiéno-diététiques recommandées comprennent la DRP au sérum physiologique plusieurs

fois par jour en cas d'encombrement nasal (notamment avant le repas et au coucher), l'éviction du tabagisme passif, une hydratation régulière et la température de la chambre limitée à 19-20°. Afin d'informer les parents et d'encourager le changement de leurs pratiques, l'AFSSAPS a mis au point une affiche « bébé tousse ? » ainsi qu'un document de questions/réponses permettant d'expliciter la prise en charge de la toux du nourrisson (7,8). Le mouche-bébé y est proposé en complément ou alternative éventuelle à la DRP.

Devant la baisse du recours aux médicaments dans la prise en charge de la rhinite du nourrisson, il semble nécessaire de savoir quelle est la place du médecin généraliste dans la gestion de cette pathologie. Selon une étude menée dans le département du Nord en 2011, 98% des médecins déclaraient prescrire la DRP lors des consultations pour rhinite du nourrisson (9). Mais comment les médecins généralistes la prescrivent-ils ? Comment abordent-ils l'éducation à ce geste ? Quel rôle considèrent-ils avoir dans l'éducation à la DRP ?

La DRP permet de drainer les voies aériennes supérieures, de fluidifier et d'évacuer les secrétions nasales (10). Les 4 techniques sont le mouchage externe, la DRP par instillation de quelques gouttes de sérum, la DRP volumétrique par instillation à pression moyenne de 5 à 10 ml et la DRP par aspiration en utilisant une pipette de sérum physiologique vide ou éventuellement un mouche bébé (11). Pour un souci de clarté, le terme « DRP » dans notre thèse se rapportera aux techniques par instillation ou volumétrique tandis que l'utilisation d'un mouche bébé sera précisée systématiquement.

La prescription désormais fréquente de cette thérapeutique implique l'acquisition d'un savoir-faire pour les parents car ce sont eux qui vont la réaliser au domicile. L'apprentissage est nécessaire pour ce geste parfois banalisé mais qui peut être source de stress, d'inconfort, voire de douleur pour l'enfant (12,13). Il semble que 20% des parents aient appris la DRP auprès de leur médecin généraliste (14–17). Cette transmission de compétence s'inscrit dans la transformation, depuis les années 1950, de la place du malade dans le champ de la santé. La conception de l'individu comme autonome et responsable est devenue dominante (18,19). L'approche patient-centrée le rend acteur des soins dans le cadre de la prévention et de l'éducation thérapeutique (20,21).

Les stratégies de transmission de ce savoir-faire en consultation par les médecins généralistes restent inconnues, ainsi que la vision qu'ils ont de leur rôle potentiel d'éducateur

de la DRP. Explorer le comportement des médecins et leurs représentations pourrait permettre d'évaluer l'adéquation entre l'implication des médecins généralistes au cabinet et les recommandations de bonnes pratiques.

Cette étude a eu pour objectif principal de comprendre comment les médecins généralistes abordent l'éducation à la DRP des nourrissons. Les objectifs secondaires ont été premièrement d'explorer la place que les médecins généralistes considèrent avoir dans le rôle d'éducateur à la DRP ainsi que leurs motivations et freins éventuels à mener l'éducation et, deuxièmement, d'explorer le contexte individuel ayant permis aux médecins généralistes d'acquérir la compétence du lavage de nez.

# II. MATERIELS ET METHODES

## A. Type d'étude

Ce travail de recherche a consisté en une étude qualitative par entretiens semis-dirigés, menés auprès de médecins généralistes exerçant à Marseille, de Novembre 2018 à Janvier 2019. Il a été choisi de réaliser une étude qualitative afin d'explorer les représentations et les comportements des médecins généralistes face à la DRP, données complexes relevant des comportements et interactions entre individus (22–24). Cette méthodologie devait permettre de révéler les pensées des acteurs et de s'intéresser aux codes et aux logiques qui guident les comportements des généralistes lors d'une consultation pour rhinite. L'étude avait un but compréhensif soit d'appréhender les attitudes des médecins généralistes pour ainsi obtenir des informations contextualisées.

## B. Population de l'étude

La population cible correspondait aux médecins généralistes exerçant à Marseille et dans les communes environnantes. Etaient inclus :

- Les médecins généralistes installés,

- Les médecins généralistes non installés, thésés ou non, ayant déjà effectué des remplacements libéraux et validé leurs stages de médecine générale et de pédiatrie.

C. Modalité de recrutement

L'échantillonnage a été mené selon la méthode « boule-de-neige ». Les médecins ont été contactés par téléphone afin de planifier un rendez-vous pour les entretiens. Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à suffisance des données (c'est-à-dire l'absence d'apparition de nouvelles informations concernant la thématique étudiée). Cette suffisance a été vérifiée par un entretien complémentaire. La diversité de l'échantillon a été recherchée sur les critères suivants : le sexe, l'âge, le nombre de consultations journalières et le nombre de consultations pédiatriques, la parentalité, la réalisation d'une formation en pédiatrie (25). Ces critères de diversité n'ont pas évolué au fil des entretiens.

D. Recueil des données

Le recueil a duré de Novembre 2018 à Janvier 2019. Un guide d'entretien (annexe 1) a été rédigé pour l'étude, testé et adapté auprès d'un médecin généraliste et trois internes en médecine générale proches des auteures. Les entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés en face à face par chaque investigatrice, et enregistrés par dictaphone puis intégralement retranscrits. Les thèmes abordés lors de l'entretien ont été :

- La technique de réalisation de la DRP,
- Les moyens d'éducation utilisés,
- Le rôle du médecin généraliste,
- Les avantages et les freins à l'éducation,
- Le contexte personnel d'apprentissage de la DRP.

Chaque entretien s'est terminé par un bref questionnaire visant à recueillir les données complémentaires relatives au talon sociologique et les données socio-démographiques des médecins (Annexe 1).

### E. Analyses

Une analyse de contenu inductive des entretiens a été réalisée afin de faire apparaitre des hypothèses dans une démarche de théorisation ancrée, c'est-à-dire de produire des théories à partir d'un matériel empirique (24,26).

L'analyse a commencé par un codage ouvert, indépendant, de chaque enquêtrice afin de faire émerger des thèmes et ainsi d'identifier des catégories caractérisant l'éducation à la DRP. Par la suite, il a été entrepris un codage axial pour rendre compte des articulations et liens entre ces différentes catégories. L'analyse s'est terminée par un codage sélectif permettant de systématiser la théorie (23). La triangulation des données entre les co-auteures s'est faite tout au long de l'analyse, à l'aide du logiciel « NVivo », sous le contrôle de la directrice de recherche. Ainsi, une grille d'analyse s'est construite au fur et à mesure du processus de recherche, évoluant en même temps que la réflexion. Un consensus théorique a ensuite pu émerger à partir de cette analyse croisée des résultats, menée conjointement à la réalisation des entretiens.

### F. Cadre éthique

Avant de débuter l'entretien, une information écrite a été délivrée à chaque participant en précisant le cadre de l'étude, l'objectif, les modalités de traitement des données et les coordonnées des investigatrices principales. Leur accord oral a été sollicité, puis un consentement écrit, garantissant leur anonymat, a été daté et signé pour chaque entretien. Le comité d'éthique d'Aix-Marseille Université a émis un avis favorable à cette recherche. Aucune donnée d'identification n'a été mentionnée pendant l'enregistrement de l'entretien. Les données pouvant indirectement mener à l'identification des médecins interviewés et citées par eux lors des entretiens ont été anonymisées lors de la retranscription. Les enregistrements ont été détruits. Les retranscriptions n'ont de fait pas été retournées aux médecins interviewés.

# III. RESULTATS

## A. Caractéristiques des entretiens et des médecins interviewés

Au total, treize entretiens ont été menés. La suffisance des données a été atteinte au douzième entretien, vérifiée par un treizième entretien. Parmi les médecins contactés, trois ont refusé de participer car ils disaient ne pas faire de pédiatrie, huit ne nous ont pas recontactés après deux relances. Sept médecins n'ont pas été contactés car la suffisance avait été obtenue. Les entretiens ont duré de 20 à 45 minutes, avec une durée moyenne de vingt-neuf minutes et quarante-cinq secondes. Ils se sont majoritairement déroulés au cabinet des médecins. Un entretien s'est déroulé au domicile d'un médecin. Deux entretiens ont eu lieu dans l'appartement d'une auteure. Les caractéristiques des médecins interviewés ont été résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 - Caractéristiques des médecins interviewés

| **Caractéristiques** | **Effectifs** |
|---|---|
| **Sexe** | |
| Homme | 6 |
| Femme | 7 |
| **Age** | |
| >60 ans | 5 |
| 40 – 60 ans | 3 |
| < 40 ans | 5 |
| **Nombre de consultations par jour** | |
| < 20 | 2 |
| 20 – 30 | 8 |
| > 30 | 1 |
| Non réponse | 2 |

| | |
|---|---|
| **Pourcentage de consultations pédiatriques par jour** | |
| < 10 % | 3 |
| 10 à 20 % | 4 |
| > 20 % | 3 |
| Non réponse | 3 |
| **Parentalité** | |
| Oui | 9 |
| Non | 4 |
| **Formation en pédiatrie (DU, PMI, crèches)** | |
| Oui | 4 |
| Non | 9 |

Quatre principales catégories ont émergé de l'analyse des entretiens avec les médecins généralistes :

- Une éducation globale et commune à la DRP,
- Une éducation non figée, adaptée selon tous les protagonistes,
- L'influence de la vision du médecin généraliste dans son rôle d'éducateur,
- La relation médecin/parents/nourrisson dans le cadre de cette éducation.

B. <u>L'éducation à la DRP : un fond commun, des formes différentes</u>

Au cours des entretiens, trois méthodes d'éducation ont été rapportées par les généralistes :

- L'explication orale, permettant d'améliorer la compréhension du traitement.
- La démonstration par le médecin, favorisant l'apprentissage du geste grâce à la visualisation. Elle renforçait la confiance des parents devant l'efficacité immédiate.

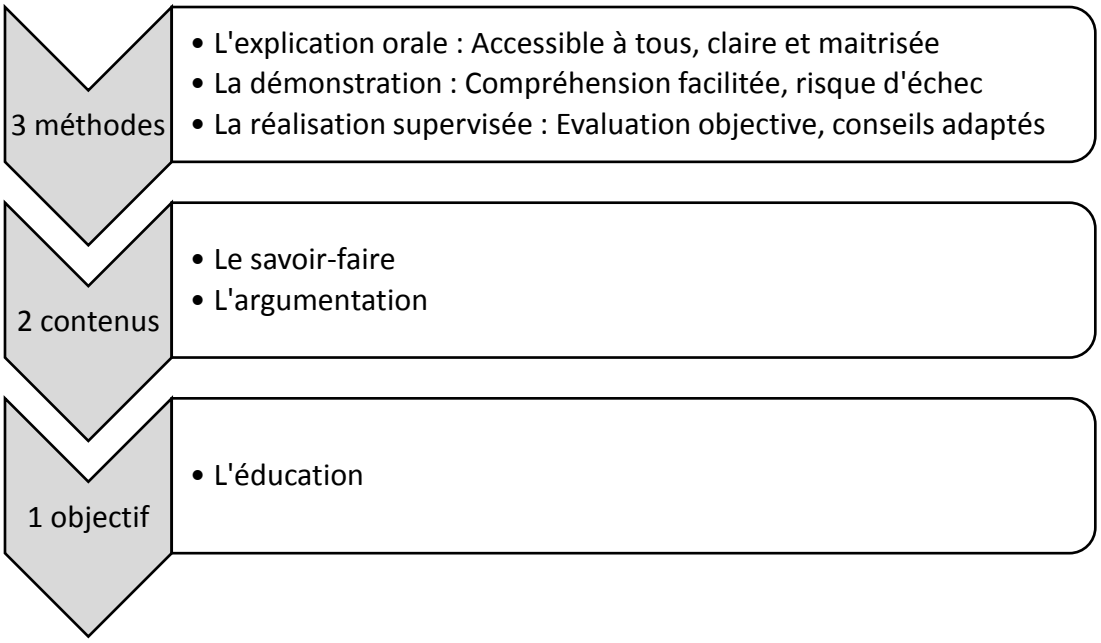
Mais elle nécessitait de maitriser le geste, de ne pas craindre de perdre en crédibilité en cas d'échec.

- La réalisation supervisée, c'est-à-dire la réalisation du geste par le parent sous le contrôle du médecin, rendant possible une évaluation fine des connaissances des parents et la délivrance de conseils adaptés à chaque pratique.

Ces différentes méthodes d'éducation se basaient sur un socle commun (schéma 1). En effet, même si des approches éducatives différentes étaient utilisées par les médecins interrogés, ils se servaient de contenus similaires :

- Le mode d'emploi, c'est-à-dire comment faire le geste de DRP.
- L'argumentation, c'est-à-dire comment convaincre les parents de faire le geste de DRP.

Schéma 1 : Mise en œuvre de l'éducation à la DRP




Le premier volet relevait de l'apprentissage d'un savoir-faire. Les médecins généralistes interviewés citaient notamment le type de produits utilisés. Une majorité se servait de sérum physiologique, préférant la galénique en unidose. La quantité de produit délivrée et la praticité dans la vie quotidienne des parents renforçaient le choix des médecins.

*MG 5 : « Les petits je mets toujours du sérum phy. Mais je pense pour les petits, ce qui est important c'est pas, enfin, c'est pas la différence de produit, c'est la différence de contenant. Je leur mets toujours des monodoses. »*

D'autres privilégiaient les sprays nasaux, qu'ils estimaient plus efficaces ou plus maniables.

*MG 6 : « Le Stérimar, l'avantage, c'est que ça pulvérise. C'est plus facile à faire alors que le flacon plastique quand vous l'ouvrez ... »*

Des médecins ont indiqué qu'ils précisaient également le rythme. Certains privilégiaient des moments adaptés aux plaintes des parents : avant les repas ou avant de dormir. D'autres ne verbalisaient pas de chiffres afin de laisser les parents juger de la fréquence adaptée. A contrario, un médecin a déclaré qu'il préférait le prescrire deux fois par jour maximum afin d'éviter l'agression de la muqueuse nasale.

*MG 13 : « Il faut juste limiter un peu les mamans parce qu'elles ont … elles ont tendance à faire du lavage de nez plusieurs fois par jour. Donc il faut leur expliquer que c'est une, deux fois. Mais qu'on agresse pas l'enfant avec du lavage de nez toutes les heures quoi !»*

Les médecins ont souligné qu'ils expliquaient aussi la position de l'enfant, en décubitus dorsal ou latéral, tête sur le côté, dans la narine du haut ou peu importe. La technique avec laquelle les parents étaient le plus à l'aise serait la meilleure selon un des médecins qui, dans ce but, proposait plusieurs techniques.

*MG 11 : « C'est ce que je dis aux parents d'ailleurs, l'important c'est de mouiller, la technique à utiliser finalement bon : fiez-vous un peu à ce que, là où vous êtes le plus à l'aise. On peut laisser pencher la tête du même côté. Et ceux qui arrivent pas parce que l'enfant bouge trop, je propose de prendre l'enfant dans l'autre sens avec la tête vers lui pour essayer de voir si ça marche mieux, si ça donne plus quoi. […] Ça m'a permis de voir qu'il y avait des techniques qui marchaient des fois et d'autres fois, elles marchaient pas. »*

Des médecins ont prévenu qu'il était possible qu'une technique fonctionne un jour et ne fonctionne pas le lendemain, qu'il ne fallait pas hésiter à varier les solutions. Les parents devaient s'approprier les techniques.

Le deuxième volet correspondait à la mise en place de différentes stratégies de communication afin de favoriser l'observance et l'adhésion au traitement. Certains s'appuyaient sur la physiopathologie de la rhinite et l'anatomie de base de la sphère ORL. Cela leur permettait aussi d'évoquer le risque de surinfection.

> *MG 12 : « Généralement je reviens sur l'explication quand on voit dans les rhinites d'après c'est pas fait ou chez les enfants qui font des otites à répétition. J'essaie d'expliquer que vraiment si on ne dégage pas le nez, il y a un risque plus important de faire une otite. Des fois je leur fais un petit schéma. »*

Cet argument était parfois tu afin de ne pas effrayer les parents. Le recours à la comparaison avec les adultes afin de faciliter la prise de conscience des parents a aussi été mentionné par les généralistes.

> *MG 1 : « Souvent je fais le rapprochement avec eux, je leur dis : quand vous avez un rhume il y a une boite de mouchoirs qui passe dans la journée bah vous, votre bébé c'est pareil sauf qu'il sait pas se moucher donc ça s'accumule »*.

Le fait de délivrer des conseils concrets s'appuyant sur leurs propres expériences a été exposé à l'occasion de plusieurs entretiens. Finalement, l'enjeu principal d'une consultation pour rhinite simple semblait être pour les médecins de convaincre les parents de faire la DRP. Ils cherchaient donc des moyens de rassurer les parents.

### C. La transmission des techniques de lavage de nez : une éducation non figée

Il est ressorti des entretiens que les médecins n'avaient pas une façon unique d'appréhender l'éducation à la DRP. Ils s'adaptaient à chaque situation. Les stratégies éducatives semblaient reposer sur une appréciation subjective des parents. S'ils ressentaient chez les parents de l'anxiété ou des doutes dans la réalisation du geste alors chaque médecin affinait son éducation quelle que soit la méthode choisie (explication ou démonstration). Les médecins interrogés tentaient de décoder les peurs des parents, leurs idées reçues concernant le lavage de nez, leurs connaissances. Ils utilisaient des compétences pour interpréter le langage verbal et non-verbal. Dans le cas de la rhinite, les qualités relationnelles semblaient prédominer sur les connaissances médicales.

*MG 9 : « Quand elles ont eu plein d'enfants, ça me rassure. Quand, en consultation tu sens que ... Enfin quand tu leur parles, elles comprennent quoi. C'est réactif. Y'a d'autres parents, tu te dis "Elles ne comprennent pas trop". Dans ces cas-là, tu prends plus de temps. »*

*MG 8 : « Par contre, si elle me dit par exemple "ben moi je fais au mouche bébé seulement" ou "oui" mais je la sentais un peu hésitante. Le "oui" qui veut peut-être dire "non, je le fais pas ou pas assez ou pas bien ou j'ai peur de le faire". Donc ben je le fais en dédramatisant ... en dédramatisant le plus possible le geste. »*

Certains participants ont noté que les enfants jouaient aussi un rôle dans la mise en place de l'éducation. La présence d'un encombrement nasal motivait la réalisation de la démonstration. Inversement, l'appréhension du geste chez un nouveau-né faisait préférer une explication seule. La DRP étaient parfois ressentie par les médecins et les parents comme un geste mal accepté par les nourrissons, facteurs de stress et de rejet.

*MG 11 : « En consultation, je préfère faire un petit jeu avec eux plutôt que de leur mettre de l'eau, les faire tousser, ce n'est pas très sympa. Pour moi, c'est un peu violent. De le faire pour rien, pfff. Moi, je préfère le faire juste si c'est utile. Si le petit est encombré. »*

Certains médecins ont rapporté tenir compte des émotions ressenties par l'enfant. Il s'agissait d'éviter qu'une visite médicale soit systématiquement source d'angoisse pour l'enfant.

Par ailleurs, l'éducation à la DRP était modulée par des facteurs propres aux médecins. Certains privilégiaient plutôt le mouche-bébé ou les sprays nasaux. Pour ceux-ci l'éducation à la DRP n'était pas un enjeu de la consultation. D'autres modulaient l'éducation en fonction de leur disponibilité psychologique qui variait selon la charge mentale et leur degré de fatigue.

*MG 9 : « Quand ta salle d'attente est pleine, que tu sais qu'à chaque fois ... Enfin à chaque consultation, il y a 10 personnes à la fois dans une même famille qu'il faut voir avec chacun 5 motifs différents. Et que même si ça prend pas énormément de temps de faire la DRP, toi tu te dis "là, ça va pas, il y a trop de monde, je vais finir à je-ne-sais-pas-quelle-heure. Après j'ai mes visites à domicile. Faut que j'accélère ..." Et donc forcément, tu ... Tu veux tout écourter, faire que la consultation soit la plus courte possible. Physiquement, je pourrais mais en fait, je pense qu'en voyant le monde, des fois, tu as l'impression que tu ne vas jamais y arriver quoi. »*

Les consultations à motifs multiples engendraient d'après certains participants une diminution du temps consacré à l'éducation, chaque motif étant traité de manière superficielle, plutôt qu'un motif unique approfondi. Des médecins ont aussi souligné que la qualité relationnelle avec les parents jouait un rôle.

> *MG 9 : « Des fois, il y a des mamans qui sont hyper hautaines, qui ont ... qui te donnent l'impression qu'elles ont ... que c'est elles qui savent s'occuper de leurs enfants et que toi tu en es incapable parce que (insistante) ELLES, elles ont 4 enfants et qu'elles savent mieux faire que toi. Ce genre de maman là, ouais ! Tu n'as pas trop envie de t'attarder. »*

La qualité de la relation semblait entrainer une adaptation de l'éducation, notamment dans le cadre d'une langue différente ou d'une relation conflictuelle avec le parent. De plus, l'apprentissage initial de la DRP s'est déroulé dans un contexte familial pour cinq médecins interrogés, lors des études de médecine pour cinq autres et trois ne se sont pas souvenus. Ces résultats n'ont pas montré de lien avec le moyen d'éducation privilégié en consultation par les médecins. Les entretiens avec les médecins ont révélé une absence de formation protocolisée.

### D. Influence de la place du médecin généraliste dans son rôle d'éducateur

Les entretiens menés ont permis de comprendre que l'attitude éducative des médecins était influencée par le contexte de la prescription de DRP. Dans le cadre d'une consultation dédiée à une pathologie aiguë ; la rhinite, les médecins considéraient avoir le rôle d'éducateur. Selon eux, le médecin devait expliquer sa prescription, comme pour toute ordonnance. Dans le cadre d'une prescription à visée préventive, l'éducation relevait de l'hygiène quotidienne. L'acquisition du savoir-faire devait aux yeux des médecins se réaliser en amont de la pathologie aiguë. Les généralistes pensaient avoir acquis ce rôle éducatif par défaut. Certains ont estimé hériter d'un rôle d'enseignement et de réassurance qui incombait avant aux familles.

> *MG 8 : « Il y a beaucoup de choses en médecine qui pourraient être, enfin en pédiatrie surtout, ou chez les petits, qui pourraient être ... qu'on a peut-être perdues un petit peu ces dernières années, par rapport à avant ... qui pourraient expliquer des passages aux urgences ou des passages en consultation d'urgence un peu "abusifs" entre guillemets, où les parents n'ont pas forcément le savoir et s'inquiètent vite. Alors que s'il y avait un*

*lien avec la génération d'avant : expliquer que s'il y a une fièvre qui dure depuis quelques heures seulement, ou le nez qui coule, l'encombrement nasal c'est pas forcément inquiétant, qu'il y a des choses à faire, comment surveiller, comment agir ... et bah voilà, maintenant il n'y a peut-être plus ce lien là. Ou moins ce lien là. »*

Les médecins ont relevé l'importance de l'enseignement familial, transgénérationnel, de mère à mère. Certains ont fait part d'une diminution de ce lien générationnel et intrafamilial. Selon les docteurs interrogés, cela provoquait une perte des connaissances des parents concernant les pathologies bénignes du quotidien.

*MG 6 : « Je pense qu'actuellement, on est obligé d'expliquer aux mères ce qu'il faut qu'elles fassent parce qu'avant il y avait la grand-mère qui était là et qui expliquait à la mère comment elle faisait chez ... (se reprenant) quand elle était petite. Maintenant, nous on voit plein de gens qui sont isolés familialement et où ils ont pas la référence de leur mère ou de leur belle-mère pour leur expliquer ce qu'il faut [...] Et donc moi, je pense qu'il faut que je fasse cette éducation là que la famille ne fait pas. (Petit temps de latence) Il faut que j'éduque les parents. Il faut que ce soit nous qui fassions le référentiel. Mais bon, on le fait.*

Question : *Vous pensez que c'est votre rôle de médecin généraliste de ...*

Réponse : *Oui ! De faire l'éducation ? Non, ce n'est pas tout à fait mon rôle mais si je ne le fais pas, personne ne le fait. Ben normalement, si ... Enfin ... Les rôles éducatifs, c'est pas le rôle du médecin. Nous, on doit éduquer à soigner mais pas à élever. Alors là, pour moi, c'est de l'élevage. »*

Les médecins ont dit devenir acteur par défaut en cas d'isolement familial, mais également lorsque les autres acteurs de soin médicaux et paramédicaux n'avaient pas mené cette éducation en amont : maternité, puéricultrices, PMI, pédiatres. Ils ont concédé que les moyens manquaient parfois : pénurie de pédiatre, hospitalisation post partum courte, responsabilité légale des puéricultrices en crèche lors de la réalisation du geste de DRP. Certains médecins se considéraient néanmoins acteur légitime, y compris en préventif, lorsqu'ils assuraient le suivi régulier de l'enfant avec des consultations dédiées à la prévention. Ce temps dédié et bien rémunéré était plus accessible aux pédiatres, aux médecins salariés ou consultants en PMI selon les médecins généralistes interrogés.

*MG 11 : « Il y a de moins en moins de pédiatres donc c'est le généraliste qui va faire les consultations de pédiatrie. Alors que les médecins, les pédiatres qui peuvent garder les petits une demie heure parce que la consultation est clairement revalorisée ben ... Eux, ils ont peut-être plus le temps de le faire, de faire une consultation globale alors que nous, on va plus s'attarder sur un problème aigu. Si on a un petit, qu'on désire le suivre et faire de la pédiatrie, il faut qu'il vienne tous les mois pour qu'il y ait des fois où il soit en forme et qu'on puisse parler d'autres choses que des problèmes de santé. Mais oui, je pense que si on fait du suivi, il faut le faire. »*

E. <u>La relation médecin-parents-enfants au cœur de l'éducation</u>

Il est apparu que si la DRP relevait d'une prescription, la majorité des médecins interviewés la percevaient aussi comme un outil de la relation médecin-malade. Ils semblaient s'en servir à la fois pour renforcer leur relation avec les patients, et pour accroître la responsabilisation des parents dans le soin des enfants.

Pour les médecins interrogés, réaliser une éducation à la DRP favorisaient la relation médecin-parents. Les médecins n'étaient plus seulement prescripteurs.

*MG 8 : « On fait un geste, déjà on fait quelque chose, on soulage l'enfant qui est pris du nez. […] Voilà, l'éducation ça permet d'établir un contact avec les parents, une relation avec les parents, on s'occupe on fait quelque chose, ça permet de rassurer la mère, ça permet de ... montrer à la mère que c'est pas si grave et qu'il faut ... »*

Les médecins ont indiqué qu'ils percevaient l'éducation comme un moyen d'enrichir la relation avec les parents, d'augmenter la confiance envers le médecin, de les rassurer. Elle augmentait l'adhésion au traitement et diminuait la consommation de soins, réduisant le nombre de re consultations. Faire quelque chose de concret favorisait l'attention des parents.

*MG 3 : « Je trouve que ça change car en général les consultations quand tu parles pas trop, même en DRP, que tu fais pas trop de prévention, un peu d'éducation. C'est pas du tout la même écoute, ce n'est pas la même chose. Ce n'est pas que juste "Hop, je te donne l'ordonnance. Ça fera 25 euros." Ils s'intéressent plus, ils posent des questions.*

*Du coup, ils sont plus à l'aise pour poser d'autres questions sur d'autres sujets. Je trouve que ça change »*

De plus, les médecins ont souligné que l'éducation leur permettait de rendre les parents acteurs de soin. L'éducation aidait, selon eux, à rassurer les parents en leur donnant les moyens de résoudre seuls les problèmes de leur enfant, de maîtriser la solution à appliquer pour un problème de rhinite. Pour les médecins interrogés, éduquer confortait les parents dans leur rôle, augmentait leur confiance en eux.

*MG 10 : « Mais déjà les parents s'ils doivent faire la DRP ils sont entre guillemets "acteurs du soin". Ils vont avoir un geste physique. Enfin ils vont avoir un vrai truc à faire, pas juste donner des gouttes ou quelque chose comme ça. Donc je pense que ça, si ça marche bien, s'ils sentent que l'enfant il est mieux après avoir fait le truc ... Bah déjà peut-être qu'eux ils sont contents d'une part parce que l'enfant va mieux et peut-être qu'ils sont contents de se dire "C'est grâce à moi qu'il va mieux". C'est important aussi qu'eux ils aient l'impression qu'ils arrivent à en prendre soin. »*

Les participants voyaient aussi l'éducation à la DRP comme un moyen de renforcer les liens parents-enfant. Certains médecins ont insisté sur le fait que les nourrissons avaient conscience de l'environnement qui les entoure et ressentaient notamment les émotions des parents. Il était donc important pour eux de rassurer les parents : un parent serein lors de la réalisation du geste permettait une DRP sereine en diminuant les facteurs de stress de l'enfant. L'environnement rassurant autour de l'enfant facilitait la réalisation du geste. La répétition du geste permettait un geste plus simple car les parents étaient plus à l'aise et le faisait de manière plus adaptée à l'enfant. L'enfant s'habituait, avait moins peur et prenait conscience que cela l'améliorait. Cela permettait de renforcer les liens parents-enfant.

*MG 10 : « L'enfant il va sentir qu'il est mieux grâce à son parent. C'est pas comme si c'était une infirmière ou un sombre inconnu qui s'occupe de lui et après il va mieux. Là il se dit : Je suis en sécurité parce que mon papa ou parce que ma maman elle a fait ça. »*

# IV. DISCUSSION

## A. Résultats principaux

Dans cette étude, les médecins interrogés se sont sentis acteurs d'éducation à la DRP par défaut dans le cas d'une prescription de prévention et éducateurs légitimes en cas de rhinite aiguë. L'étude menée a montré que les médecins généralistes n'utilisaient pas de méthode d'éducation figée pour enseigner la DRP, lorsqu'ils l'enseignaient. La stratégie éducative mise en œuvre par les médecins interrogés résultait de multiples influences : le contexte aigu ou préventif de l'éducation, l'évaluation subjective des parents, l'aisance du médecin dans le geste de DRP, la disponibilité psychologique du médecin, l'opinion du médecin sur l'efficacité de la DRP, l'état clinique du nourrisson et son comportement. Le ou les moyens les plus adaptés ont été choisis parmi l'explication, la démonstration ou la réalisation supervisée. L'éducation à la DRP a nécessité des compétences communicationnelles et permis de rendre le parent acteur du soin selon les médecins interrogés.

## B. Un rôle d'éducateur par défaut lors de l'éducation à la DRP

Les médecins ont semblé éduquer plus fréquemment lors d'une prescription à visée thérapeutique immédiate. En dehors de la pathologie aiguë, les médecins pensaient être éducateurs par défaut uniquement. L'éducation à visée préventive leur a incombé lorsqu'elle n'était plus assurée par les paramédicaux de maternité ou en cas d'isolement familial. Les médecins de notre étude ont considéré que lorsqu'ils assuraient le suivi pédiatrique de manière exclusive, cette éducation leur revenait à part égale avec l'environnement familial et la maternité. Mais comment est défini le rôle des acteurs paramédicaux et médicaux quant à l'éducation à la DRP ?

Du point de vue des parents, la pluralité des acteurs d'éducation (familiaux ou médicaux) est reconnue et semble répondre à des attentes différentes. De nombreuses études ont confirmé cette pluralité d'acteurs, y compris du point de vue des médecins pour l'une d'entre elle (14–16,27,28). Selon une étude qualitative auprès de 21 mères primipares, les jeunes parents considèrent que le médecin généraliste peut avoir les mêmes compétences

que le pédiatre dès lors qu'il construit une relation d'écoute empathique et adaptée à l'enfant. Les sages-femmes auraient un rôle de conseils concrets et de relation privilégiée, que le médecin peut obtenir en construisant cette relation de confiance. Le rôle d'expert s'ajoute à celui des sages-femmes (29). Selon une thèse de médecine générale, les parents n'attendaient une éducation à la DRP par le médecin généraliste que dans 14% des cas (14). Les résultats de notre étude semblent donc cohérents avec ce contexte de pluralité d'acteurs et de double relation pour le médecin généraliste : avis d'expert et relation privilégiée lorsqu'il assure le suivi.

Cette posture d'éducateur par défaut apparaît en contradiction avec les recommandations de la HAS concernant la bronchiolite. La volonté y été faite de valoriser le rôle du médecin traitant dans la promotion de l'éducation et de la prévention, y compris lors des soins familiaux (4,6). La réalité de la diversité des acteurs d'éducation pourrait être reconnue, afin que ceux-ci soient formés et ainsi améliorer l'offre d'éducation. Définir précisément le rôle de chacun permettrait de travailler efficacement en réseau.

### C. Comment les médecins généralistes abordent-ils la DRP avec les parents ?

Dans notre étude, les médecins interrogés ont suggéré que la meilleure méthode de DRP est celle avec laquelle les parents sont le plus à l'aise à un instant donné. Elle peut varier d'un enfant à l'autre et d'un parent à l'autre. Cette diversité de technique de réalisation s'est retrouvée dans les moyens d'éducation. Les médecins ont choisi entre l'explication seule, la démonstration ou la réalisation supervisée pour enseigner la DRP. Ils ont majoritairement insisté sur la position du nourrisson, la fréquence de réalisation et le type de produit à utiliser, et ce quelle que soit la stratégie éducative utilisée. Ces consignes communes privilégiées sont retrouvées dans une étude quantitative récente (27). Ces détails de l'éducation sont les seuls décrits dans les recommandations de la HAS (4). Les médecins semblent donc plus transmettre de précisions lorsqu'elles sont énoncées via les recommandations. Or la HAS ne détaille pas les moyens à employer : explication orale, démonstration ou réalisation supervisée. La supériorité de l'une de ces techniques n'est pas connue dans le cadre de la DRP. On peut supposer qu'une amélioration de l'éducation pourrait être obtenue grâce à une étude de l'impact de ces différentes techniques et à la recommandation d'un moyen spécifique pour le médecin généraliste.

Parmi les stratégies communes utilisées, les médecins interrogés ont insisté sur la réassurance des parents. Cette valorisation est également parue au centre de l'enjeu d'éducation dans deux thèses récentes (29,30). Les explications physiopathologiques et le risque de complication étaient utilisés pour convaincre les parents. Ces techniques sont retrouvées dans une étude australienne (17), ce qui renforce nos résultats.

Dans cette étude, les médecins ont déclaré moins réaliser l'éducation à la DRP lorsqu'ils paraissaient peu convaincus de l'utilité de la DRP. La tolérance du symptôme « rhinite » sans traitement les rendaient prescripteurs du sérum physiologique uniquement à la demande des parents. La prescription ne s'accompagnait pas systématiquement d'une éducation. Cette attitude se rapproche des recommandations américaines et anglaises, qui ne préconisent pas systématiquement la DRP (31–33). L'hétérogénéité des recommandations internationales pourrait relativiser l'importance de la prescription et de l'éducation à la DRP.

D. <u>Une éducation pour la santé qui nécessite des compétences communicationnelles</u>

Les médecins généralistes interrogés ont rapporté évaluer de manière subjective les craintes, les convictions, les attentes et le savoir-faire des parents. L'évaluation de ces facteurs au cours de la consultation nécessite des compétences relationnelles afin de comprendre le langage verbal et non verbal et de recueillir ces données. Un des enjeux principaux d'une consultation pour rhinite simple étant la réalisation de la DRP, les compétences relationnelles et communicationnelles deviennent prédominantes sur le savoir médical à transmettre (29). Ces compétences font partie du modèle de promotion de la santé « centré-patient » (19,34). Cette démarche individualisée se fonde sur les croyances, peurs, envies du patient et celles du médecin, pour créer un partenariat pédagogique centré sur la personne. L'influence des compétences communicationnelles sur l'éducation est maintenant reconnue, et la formation des médecins tend heureusement à se généraliser, bien qu'elle ne soit pas encore systématique (20,35).

Les médecins de notre étude ont relevé que réaliser l'éducation à la DRP permettait aux parents d'augmenter leur confiance en eux, ce qui favorisait la réalisation d'une DRP plus sereine sur un enfant plus compliant. La confiance de l'enfant envers son parent était également renforcée selon nos résultats. D'après les médecins interrogés, l'éducation à la DRP

a permis d'enrichir la relation médecin-parents. Elle a augmenté l'adhésion au traitement, la confiance des parents envers leurs médecins, la satisfaction des parents et celle du médecin. Elle a permis de diminuer la consommation de soin. De plus, elle a favorisé l'autonomie des parents, en les rendant acteurs du soin. Ces résultats sont en accord avec une étude menée en 2017 en Australie concernant la gestion de la rhinite par les médecins généralistes (17). Il n'est pas surprenant que ces résultats soient conformes, car ils sont tous deux conséquences d'une communication centrée patient (18).

Enfin nos résultats ont montré une diversité du contexte d'apprentissage de la DRP pour les médecins : personnel ou au cours de la formation professionnelle. Ils n'ont pas semblé penser que ce contexte influait sur leur manière d'éduquer. L'hétérogénéité de l'apprentissage pourrait favoriser la diversité des stratégies d'éducation. En l'absence de recommandations et de formation initiale commune concernant les moyens d'éduquer, les médecins transmettent selon leurs préférences et compétences propres. Une étude complémentaire pourrait quantifier ce lien entre la méthode d'acquisition et l'éducation menée.

### E. Limites et forces de l'étude

Dans cette étude, les résultats n'ont pas été retournés aux participants. Ceci a pu engendrer un biais dans l'interprétation de ces résultats. Cependant la triangulation permanente entre les deux enquêtrices, associée à une validation à chaque étape par la directrice de thèse a pu limiter ce biais. Le nombre de participants est relativement bas. Ceci reste cohérent toutefois avec le nombre de sujets à inclure pour l'atteinte d'une suffisance des données selon les caractéristiques propres de notre échantillon et de l'entretien. Il s'ancre dans notre démarche de recherche qualitative, où il s'agissait de comprendre en profondeur un phénomène, plutôt que d'aboutir à une généralisation de nos résultats. Il serait intéressant de mener une étude quantitative concernant le rôle du médecin généraliste en fonction du contexte de prescription aigu ou préventif de la DRP. Utiliser un journal de bord a également renforcé la rigueur des analyses, comme préconisé par la démarche des études qualitatives (28).

# V. CONCLUSION

Pour transmettre la compétence de la DRP, les médecins généralistes s'appuient sur trois méthodes différentes : l'explication orale seule, la démonstration et la réalisation supervisée. Les discours contiennent des éléments communs tels que la position, le produit, le rythme. Mais toute éducation est individualisée. Ainsi les médecins adaptent leur enseignement à chaque patient selon des perceptions subjectives des parents, des enfants et propres à lui-même en mobilisant différentes techniques de communication.

La transmission de ce savoir est déterminée par le contexte de prescription de la DRP. Les médecins éduquent au lavage de nez en cas de pathologies aiguës comme la rhinite. Par ailleurs, ils estiment souvent que ce savoir-faire s'inscrit aussi dans un geste d'hygiène quotidienne du nourrisson relevant d'un apprentissage en amont de la consultation chez le médecin généraliste. Ils considèrent avoir acquis un rôle d'éducateur par défaut, conséquence notamment de l'isolement familial et de la diminution de la démographie médicale libérale, les plaçant ainsi en première ligne dans l'éducation de ce geste. Reconsidérer cette prescription en fonction de son indication permettrait d'éclaircir la place du médecin généraliste dans ce rôle éducatif. Il pourrait aussi être envisagé de préciser dans les recommandations le rôle des autres acteurs dans cette éducation.

Les résultats ont montré que l'éducation à la DRP est faite de manière inconstante et variable par les médecins généralistes. Cette étude a suscité l'hypothèse que cette variabilité pouvait être liée à la diversité des contextes d'apprentissage de la DRP pour les médecins, et à l'absence de recommandations concernant les modalités d'enseignement de la DRP. Si le médecin généraliste devient un acteur légitime et central reconnu, les compétences communicationnelles nécessaires devront être acquises par tous et un temps dédié à cette éducation devra être pris. Une nouvelle étude pourrait explorer l'efficacité des différentes stratégies d'éducation à la DRP sur l'acquisition par les parents du savoir-faire, afin de guider les médecins dans leur éducation.

# VI. BIBLIOGRAPHIE


1. DRESS. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites [Internet]. 2007 [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf

2. Observatoire de la Médecine Générale. Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents pour l'année 2009 [Internet]. 2009 [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: http://omg.sfmg.org/content/donnees/top25.php

3. Reyt E. Particularités anatomiques et physiologiques des voies aériennes supérieures de l'enfant. Ann Fr Anesth Réanimation. 22(10):886-9.

4. Haute Autorité de santé. Conférence de consensus. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson [Internet]. 2000 sept [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271917/fr/prise-en-charge-de-la-bronchiolite-du-nourrisson

5. AMELI. Comment pratiquer un lavage de nez ? [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/petits-soins/pratiquer-lavage-nez

6. AFSSAPS. Nouvelles modalités de prise en charge de la toux chez le nourrisson (enfant de moins de 2 ans) [Internet]. 2010 oct [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Nouvelles-modalites-de-prise-en-charge-de-la-toux-chez-le-nourrisson-enfant-de-moins-de-2-ans-Point-d-information

7. AFSSAPS. bébé tousse ? [Internet]. 2010 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Nouvelles-modalites-de-prise-en-charge-de-la-toux-chez-le-nourrisson-enfant-de-moins-de-2-ans-Point-d-information

8. AFSSAPS. Questions / Réponses Prise en charge de la toux chez le nourrisson (enfant de moins de 2 ans) [Internet]. 2011 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Nouvelles-modalites-de-prise-en-charge-de-la-toux-chez-le-nourrisson-enfant-de-moins-de-2-ans-Point-d-information

9. Hilaire JF, Lelievre M, Verbeke N, Goubet-Parsy N. La désobstruction rhinopharyngée du nourrisson : état des lieux des pratiques dans le département du Nord. Kinésithérapie Rev. 2013 Fév 1;13(134):25.

10. King D, Mitchell B, Williams CP, Spurling GKP. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 20;(4):CD006821.

11. Malafa-Pissarro M. La désobstruction rhino-pharyngée. Cah Puéricultrice.2008 Jui 3;44(212):26-8.

12. Franklin A. La désobstruction rhinopharyngée. Cah Puéricultrice. 2016 Jan 7;53(293):37-8.

13. Pédiadol. Aspirations des voies aériennes [Internet]. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: http://www.pediadol.org/aspirations-des-voies-aeriennes.html

14. Delhoume A. La désobstruction rhino-pharyngée: une enquête descriptive auprès de 171 parents [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2009.

15. Vigneron-Fournier M. Les parents face à la désobstruction rhino-pharyngée (DRP) quid ? évaluation des besoins éducatifs des parents consultant à la PMI de Gravelines-Bourbourg. [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2017.

16. Amahmoud H. Education au lavage des fosses nasales dans le cadre de la rhinite aiguë infectieuse chez le nourrisson: rôle du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2012.

17. Biezen R, Brijnath B, Grando D, Mazza D. Management of respiratory tract infections in young children—A qualitative study of primary care providers' perspectives. Npj Prim Care Respir Med. 2017 Mar 7;27(1):15.

18. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Sante Publique (Bucur). 2007;Vol. 19(5):413-25.

19. Sandrin-Berthon B. L'éducation pour la santé des patients : un enjeu pour le système de santé. Comité Français d'Education pour la Santé; 2001 p. 185.

20. Attali C, Bail P, Magnier A., Beis J., Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer. 2006 Jan;31-2.

21. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2003 Aug;78(8):802-9.

22. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes / l'entretien. Armand Colin; 2005. 125 p.

23. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer. De Boeck; 2014. 152 p. (Méthodes en sciences humaines).

24. Frappé P. Initiation à la recherche. 2 ème Ed. Coédition Global Média Santé/CNGE productions; 2018. 224 p.

25. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? Hors Série n°5. Recherches qualitatives. 2007;99-111.

26. Kaufmann J. L'enquête et ses méthodes / L'entretien compréhensif. 3 ème Ed. Armand Colin; 2011. 128 p.

27. Chauvin M. La désobstruction rhinopharyngée dans la prise en charge de la bronchiolite : évaluation de la pratique clinique et de l'éducation des patients par les médecins généralistes dans les Bouches du Rhône [Thèse d'exercice]. [Aix-Marseille, France]: Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille; 2019.

28. Alauzet F, Blanc S, Montaudié I, Piccini-Bailly C, Berlioz-Baudoin M, Bégassat M, et al. Recommandations de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) concernant la prise en charge de la toux aiguë du nourrisson : impact sur les familles et les pharmacies. 2014 Avr 23;21(5):469-75.

29. Delayac L. Place du médecin généraliste dans le suivi des nourrissons: Enquête sur les attentes des femmes primipares lors de la première consultation ambulatoire avec leur nourrisson et leur vécu de ce parcours de soin [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine Paris-Est Créteil; 2016.

30. Demée-Eyraud A. Attentes des parents lors de la consultation du premier mois du nourrisson en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.

31. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. Pediatrics. 2006 Oct;118(4):1774-93.

32. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics. 2014 Nov 1;134(5):e1474-502.

33. National Institute for Health and Care Excellence NICE. Bronchiolitis in children: diagnosis and management [Internet]. 2016 [cité 8 mars 2019]. Disponible sur: https://www.nice.org.uk/guidance/ng9/chapter/1-Recommendations#management-of-bronchiolitis

34. Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient / Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Mise au point ... Organisation des parcours; 2015.

35. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamoulle O. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale. 1010 Nov 1;11(4):255-72.

# VII. ANNEXES

## A. Guide d'entretien

Version n°4 du 27/11/2018

Première partie : présentation à l'enquêté

« Bonjour, je m'appelle Tiffany ERTAUD/ Aurore SAINRAPT. Je réalise cette étude en binôme avec une autre médecin généraliste. Nous travaillons sur la question du médecin généraliste dans la prise en charge de la rhinite du nourrisson ».

Préparation de l'entretien et présentations des attentes vis-à-vis de l'interviewé : « Il est prévu que l'entretien soit enregistré, cela fait partie de la méthodologie de l'étude, si vous acceptez bien sûr, mais il restera parfaitement confidentiel. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées. L'entretien sera anonymisé. Je ne vous appellerai pas par votre nom tout au long de notre interview ».

Deuxième partie : Guide d'entretien

1. La dernière fois que vous avez reçu un nourrisson avec une rhinite, qu'avez-vous fait ?
2. Trouvez-vous des avantages à mener une éducation à la DRP [Désobstruction Rhino-Pharyngée] ?
    - Pour le médecin *: [Moins prescrire de médicaments, diminuer le nombre de re-consultation, relation de confiance]*
    - Pour les parents : *[confiance en soi]*
    - Pour l'enfant : [*efficacité et confort du geste]*
3. Qu'est ce qui pourrait au contraire vous retenir de réaliser cette éducation ?
    - *[Manque de compétence dans le geste, crédibilité du médecin, peur de mal faire ou faire mal, pas le rôle du médecin généraliste]*
    - Relance : Dans quel contexte avez-vous appris à le réaliser ? *[Personnel, professionnel]*
4. Comment expliquez-vous le lavage de nez aux parents ?
    - Technique de réalisation : [*produit, quantité, position, autres techniques]*
    - Moyens d'enseignements : [*démonstration, explication, anatomie, complications potentielles, adaptation du discours en fonction de la situation*

*des parents et de l'enfant, connaissance de la théorie de l'éducation thérapeutique*]

5. Pensez-vous que ce soit votre rôle de mener cette éducation ?
    - Rôle théorique d'éducateur et réalité de l'éducation : [*compétence des médecins, attente des parents, place des autres acteurs]*
6. Pour finir, quelles solutions proposeriez-vous pour faciliter cette éducation ?

Entretien N° :
Date :
Lieu :
Durée :

Tableau n°2 : Caractéristiques diversité

| | |
|---|---|
| Sexe | Homme / Femme |
| Age | |
| Mode(s) exercices(s) actuel(s) | Exercice seul / Exercice de groupe |
| Nombre de CS par jour | |
| Nombre de CS pédiatrique (<6ans) par jour | |
| RDVS pédiatriques plus longs | Oui / Non |
| Formation pédiatrie ? | Oui / Non |
| Formation éducation thérapeutique ? | Oui /Non |
| Avez-vous des enfants ?<br>1. Si oui : Avez-vous utilisé la DRP avec vos enfants ? Comment l'avez-vous vécu ?<br>2. Cela a-t-il pu changer votre manière de la prescrire ou de l'enseigner aux parents ? | Oui / Non<br>1 : Oui / non<br>2 : Oui /non |

B. Critères COREQ

Tableau n°3 : Critères de qualité COREQ

| Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion | | |
|---|---|---|
| 1- Enquêteur/Animateur | Quel(s)s auteur(s) a (ont) mené les entretien individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? | ERTAUD Tiffany a mené la moitié des entretiens individuels semi-dirigés,<br>SAINRAPT Aurore a conduit l'autre moitié des entretiens individuels. |
| 2- Titres académiques | Quels étaient les titres académiques des chercheurs ? | ERTAUD Tiffany était un médecin généraliste,<br>SAINRAPT Aurore était interne en médecine générale.<br>Ce travail a été dirigé par le Dr JEGO Maeva (médecin généraliste, Doctorante en Santé Publique, enseignante à l'université d'Aix-Marseille) |
| 3- Activité | Quelle était leur activité au moment de l'étude ? | ERTAUD Tiffany : médecin généraliste,<br>SAINRAPT Aurore : interne en médecine générale dans 3 cabinets de médecins généralistes différents, de Novembre 2018 à Mai 2019.<br>JEGO Maeva : médecin généraliste (13003, Marseille), Doctorante (Unité EA3279, santé publique, CERESS), enseignante à l'université d'Aix-Marseille au département de médecine générale. |
| 4- Genre | Les chercheurs étaient-ils des hommes ou femmes ? | Femmes |
| 5- Expériences et formations Relations avec les participants | Quelles étaient les formations ou expériences des chercheurs ? | ERTAUD Tiffany et SAINRAPT Aurore ont assisté à un cours d'une journée concernant la recherche qualitative, et ont lu plusieurs livres de méthodes qualitatives avant le début des travaux de recherche. Elles ont reçu une formation personnalisée par le directeur de cette recherche (JEGO Maeva). Elles ont ensuite été supervisées à chaque étape de la recherche.<br>JEGO Maeva a déjà effectué des études qualitatives pour un mémoire de master et une thèse en vue de l'obtention d'un doctorat. Elle a dirigé 6 thèses de recherches qualitatives pour des étudiants en médecine et 11 thèses de recherches quantitatives pour étudiants en médecine générale. Elle a suivi un cours de deux jours sur la recherche qualitative et a déjà donné des cours aux étudiants sur la recherche qualitative. Elle est membre du GROUM-F (Groupe Universitaire de |

| | | |
|---|---|---|
| | | Recherche Qualitative Médicale Francophone) et a ensuite suivi 4 ateliers sur la recherche qualitative. |
| 6- Relations antérieures | Enquêteurs et participants se connaissaient-ils avant le début de l'étude ? | Oui.<br>Les médecins généralistes étaient d'abord contactés par téléphone par ERTAUD Tiffany et SAINRAPT Aurore. Elles leur ont ensuite expliqué le but et le déroulement de l'étude et leur ont demandé s'ils souhaitaient participer. |
| 7- Connaissances des participants au sujet des enquêteurs | Que savaient les participants au sujet des chercheurs ? | Les médecins généralistes interviewés savaient que ERTAUD Tiffany était un médecin généraliste et que SAINRAPT Aurore était une interne en médecine générale. |
| 8- Caractéristiques des enquêteurs | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet des enquêteurs ? | ERTAUD Tiffany et SAINRAPT Aurore étaient intéressées par la question du lavage de nez chez les nourrissons et la méthode d'analyse qualitative. |
| Domaine 2 : Conception de l'étude | | |
| 9- Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? | Analyse de contenu inductive |
| 10- Echantillonnage | Comment les participants ont été sélectionnés ? | Par effet boule-de-neige |
| 11- Prise de contact | Comment ont été contactés les participants ? | Les participants ont été contactés par téléphone. Les entretiens se sont ensuite déroulés en face-à-face. |
| 12- Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? | 13 |
| 13- Contexte de non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? | 11 ont refusé. Nous avons invité 24 médecins généralistes à participer. Nous n'avons pas réussi à joindre 8 d'entre eux, et 3 autres ont refusé de participer (ils se sont justifiés par un manque d'intérêt dans le sujet). Finalement, 13 médecins généralistes ont été interrogés. |
| 14- Cadre de la collecte des données | Où les données ont-elles été recueillies ? | Majoritairement, sur les lieux de travail des médecins généralistes (à leur cabinet) |
| 15- Présence de non-participants | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? | Seulement pour un des entretiens où il y avait deux jeunes étudiants en médecine (une interne et une externe) |
| 16- Description de l'échantillon | Quelles étaient les principales caractéristiques de l'échantillon ? | 13 médecins généralistes ont été interrogés.<br>Les entretiens ont duré environ 30 minutes.<br>La plupart des médecins généralistes étaient intéressés par la pédiatrie et faisaient souvent face à la rhinite chez les enfants dans leur pratique quotidienne. |

| | | |
|---|---|---|
| | | **Expérience :** 8 médecins généralistes sur 13 étaient installés depuis plus de 20 ans.<br>**Sexe :** 6 médecins généralistes sur 13 étaient des hommes.<br>**Organisation du cabinet** : 7 médecins généralistes sur 13 exerçaient seul.<br>**Exposition à la pédiatrie** : Les médecins généralistes estimaient avoir 20 % de consultations de pédiatrie par jour, en moyenne. Un d'entre eux l'estimait à moins de 5 % et un autre à plus de 50 %. |
| 17- Guide d'entretien | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? | Le guide d'entretien n'a pas été fourni par les auteurs à cause de la limite des mots mais pourra l'être si besoin en annexe.<br>Le guide a été testé (3 entretiens tests). |
| 18- Entretiens répétés | Les entretiens ont-ils été répétés ? | Non |
| 19- Enregistrement audio/visuel | Les chercheurs ont-ils utilisés un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? | Oui : enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone |
| 20- Cahier de terrain | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ? | Oui |
| 21- Durée | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ? | 30 minutes, en moyenne |
| 22- Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? | Oui |
| 23- Retour des retranscriptions | Les retranscriptions des entretiens ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? | Non (afin de respecter le protocole et la politique de confidentialité) |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | |
| 24- Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ? | 3 (ERTAUD Tiffany and SAINRAPT Aurore), supervisées par le Dr JEGO. Le Dr JEGO a également lu tous les entretiens et a comparé ses codes à ceux de la première analyse menée par ERTAUD Tiffany et SAINRAPT Aurore. |
| 25- Description de l'arbre de codage | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? | Non |

| | | |
|---|---|---|
| 26- Détermination des thèmes | Les thèmes ont-ils été définis à l'avance ou déterminés à partir des données ? | Déterminés à partir des données |
| 27- Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour générer les données ? | Logiciel d'analyse qualitative NVivo |
| 28- Vérification par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? | Non |
| 29- Citations présentées | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer des thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? | Oui<br><br>L'identification de chaque citation a été rapportée dans l'article grâce à un numéro afin de respecter l'anonymat. |
| 30- Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? | Oui |
| 31- Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? | Oui |
| 32- Clarté des thèmes secondaires | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? | Oui, mais pas sur tous les thèmes secondaires (car l'article serait trop long) |

C. Information aux participants

Version N°2 du 15/11/2018

Etude : L'éducation à la désobstruction rhino-pharyngée des nourrissons abordée par les médecins généralistes.

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Les investigateurs principaux, Mesdames Tiffany ERTAUD et Aurore SAINRAPT, vous ont proposé de participer au protocole de recherche intitulé « L'éducation à la désobstruction rhino-pharyngée des nourrissons abordée par les médecins généralistes »

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Objectifs de l'étude :

Ce travail a pour objectif principal de comprendre comment les médecins généralistes abordent l'éducation à la désobstruction rhinopharyngée des nourrissons.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

A. Explorer la place que le médecin généraliste pense avoir dans le rôle d'éducateur au lavage de nez du nourrisson, ainsi que les éventuels freins à ce rôle.
B. Comprendre le contexte individuel ayant permis au médecin généraliste l'acquisition de la compétence du lavage de nez du nourrisson.

Partenaires et acteurs :

Etude réalisée sous la direction de : Maeva JEGO-SABLIER, chef de clinique des universités de médecine générale Aix-Marseille université.

Investigateurs : Mme Tiffany ERTAUD

Investigateurs : Mme Aurore SAINRAPT

Contraintes et désagréments :

L'étude présente des contraintes et risques minimes : aucun geste technique n'est pratiqué, ni de test thérapeutique. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment. La durée des entretiens est estimée entre 15 minutes et 1 heure, mais elle peut varier selon vos contraintes temporelles et les éléments que vous souhaitez exprimer.

Traitement des informations :

Les entretiens feront l'objet d'une retranscription intégrale puis d'une analyse de contenu, à l'aide du logiciel NVivo.

Les enregistrements seront détruits après retranscription des entretiens. Toutes les données seront anonymisées, et aucun fichier permettant de relier les données recueillies à l'interviewé ne sera conservé. Les données personnelles ne seront pas collectées. Après analyse, les résultats, anonymes, serviront à la rédaction de documents de recherche et pourront faire l'objet de publications scientifiques.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique et aux libertés (loi N°78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 Août 2004), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition relatif au traitement de vos données personnelles.

Ces droits s'exercent auprès de :

- ERTAUD Tiffany
- SAINRAPT Aurore

Cordialement,

Mme Tiffany ERTAUD, Mme Aurore SAINRAPT, Dr Maeva JEGO-SABLIER

NB : Coordonnées masquées dans le cadre de la publication de la thèse

# LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

DRP : Désobstruction rhino-pharyngée

HAS : Haute Autorité de santé

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## Résumé / Abstract


**TITRE et RESUME en français :**

**L'éducation à la désobstruction rhino-pharyngée des nourrissons abordée par les médecins généralistes : une analyse qualitative**

**Contexte.** La désobstruction rhino-pharyngée (DRP) est un maillon central dans la prise en charge de la rhinite du nourrisson, motif fréquent de consultation. L'apprentissage de ce geste est nécessaire pour les parents qui se tournent souvent vers le médecin généraliste (MG).
**Objectif.** Comprendre comment les MG abordent l'éducation à la DRP des nourrissons en consultation auprès des parents.
**Méthode.** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée à Marseille auprès de MG recrutés par méthode « boule-de-neige ». Une analyse de contenu inductive a été menée.
**Résultats.** Les MG décrivaient trois méthodes principales d'éducation : l'explication orale, la démonstration et la réalisation supervisée. Toutes partageaient le même contenu : le mode d'emploi de la DRP et une argumentation pour rassurer les parents. Quelle que soit l'information délivrée, les MG étaient influencés par des facteurs propres à l'enfant, aux parents et à eux-mêmes. La DRP était perçue comme un outil de la relation médecin-malade, impliquant les parents en tant qu'acteurs de soins, renforçant aussi leur lien avec les enfants. Le rôle d'éducateur perçu par les MG variait selon le contexte des consultations : si les MG s'estimaient légitimes en cas de pathologie aigüe, ils rapportaient ne prendre ce rôle lors de l'éducation à l'hygiène quotidienne que lorsque cela n'avait pas été fait en amont.
**Conclusion.** La DRP, geste qui semble banal, s'avérait être un outil central de la relation médecin-patients et parents-enfant. Une reconnaissance de la diversité des acteurs pour l'éducation à la DRP pourrait favoriser un travail en réseau sur une approche « patient-centré ».

**TITRE et RESUME en anglais :**

**Education of infants' nasal lavage led by general practitioners : a qualitative analysis**
**Introduction.** Nasal lavage has become a major component in the management of infant rhinitis. Parents need to learn the practice of the nasal lavage. They often ask a general practitioner (GP) to teach them this gesture.
**Aim.** This study aimed to analyse how general practitioners (GPs) inform and train parents for doing nasal lavage for their children.
**Methods.** We performed a qualitative study on GPs working in Marseille, France. GPs were recruited using the "snowball method". An inductive content analysis was performed.
**Results.** GPs reported three methods of education: oral explanation, demonstration and supervised implementation. They all had the same content: instructions for nasal lavage and a set of arguments to convince parents. GPs shaped their education considering specific parameters of children, parents and themselves. GPs perceived nasal lavage as a useful tool for doctor-patient relationship. Parents were involved as caregivers. It strengthened parents' connection with children. GPs thought they have a legitimate teaching role in case of acute pathology. But for a demonstration of daily hygiene care, this role was theirs if no education had been given beforehand.
**Conclusion.** Nasal lavage, an action that seems basic, has emerged as a central tool in the doctor-patient and parent-child relationship. Acknowledging the diversity of actors who participate to nasal lavage education could improve the shared work in a patient-centered approach.



**DISCIPLINE :** Médecine générale

**MOTS CLES :** Education pour la santé, Médecins généralistes, Soins du nourrisson, Rhinorrhée, Lavage Nasal.

**INTITULE DE L'UFR :** Université de Bordeaux, Collège Santé