Perception de la vitamine D et déterminants de l'observance chez les nourrissons de 0 à 18 mois : Une étude qualitative auprès de parents en Auvergne

Stéphanie Robert

▶ **To cite this version:**

Stéphanie Robert. Perception de la vitamine D et déterminants de l'observance chez les nourrissons de 0 à 18 mois : Une étude qualitative auprès de parents en Auvergne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02192743

HAL Id: dumas-02192743

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02192743

Submitted on 24 Jul 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.

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

ROBERT, Stéphanie

Présentée et soutenue publiquement le 18 avril 2019

Perception de la vitamine D et déterminants de l'observance chez les nourrissons de 0 à 18 mois. Une étude qualitative auprès de parents en Auvergne.

Directeur de thèse : Monsieur TANGUY Gilles, Maître de Conférence Associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur LIBERT Frédéric, Maître de Conférence, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de Conférence, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'AUVERGNE	: **JOYON** Louis : **DOLY** Michel : **TURPIN** Dominique : **VEYRE** Annie : **DULBECCO** Philippe : **ESCHALIER** Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: **CABANES** Pierre : **FONTAINE** Jacques : **BOUTIN** Christian : **MONTEIL** Jean-Marc : **ODOUARD** Albert : **LAVIGNOTTE** Nadine
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER	: **BERNARD** Mathias
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT	: **DEQUIEDT** Vianney
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	: **WILLIAMS** Benjamin
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE	: **HENRARD** Pierre
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE	: **PEYRARD** Françoise
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: **PAQUIS** François

✧✧✧✧✧

UFR DE MEDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES	: **DETEIX** Patrice : **CHAZAL** Jean
DOYEN	: **CLAVELOU** Pierre
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M.	LABBE André	Pédiatrie
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.

M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE 1ère CLASSE

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE

2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M.	CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M.	AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme	BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	ESCHALIER Romain	Cardiologie
M.	MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme	TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M.	DURANDO Xavier	Cancérologie
M.	DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme	FANTINI Maria Livia	Neurologie
M.	SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M.	BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUIEZE Romain	Hématologie
M.	POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M.	SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M.	CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme	MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M.	VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme	BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M.	CAMBON Benoît	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.	TANGUY Gilles	Médecine Générale
M.	BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale

A Monsieur le Professeur Philippe VORILHON, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en suis très reconnaissante. Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères pour votre disponibilité pour juger ce travail et lors de mon parcours d'internat. Merci de m'avoir transmis votre amour de la médecine générale.

A Monsieur le Docteur Gilles TANGUY, vous m'avez fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse et je vous en suis très reconnaissante. Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères pour votre grande disponibilité, vos encouragements et vos précieux conseils.

A Monsieur le Docteur LIBERT Frédéric, à Madame le Docteur Hélène VAILLANT ROUSSEL, je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

A monsieur le Dr CARON Nicolas, je vous prie d'accepter mes remerciements pour votre participation au recueil d'informations essentielles à l'élaboration de ma thèse.

A tous les médecins ayant accepté de participer au recrutement de parents pour cette étude, je vous remercie.
A tous ceux que j'ai rencontré ainsi que tout le personnel soignant que j'ai côtoyé, merci de m'avoir transmis votre savoir et votre passion au cours de ma formation.

A mon homme, merci de m'avoir soutenu pendant ces longues années. Merci pour ton amour, et ta frappe merveilleuse.

A mes enfants, Louis et Iris, merci pour votre joie de vivre, et ce bonheur de tous les jours.

A mes chers parents, merci pour votre amour et votre soutient infaillible.

Introduction …… p. 10

Méthode …… p. 10

Résultats …….. p. 11

1. Représentations autour de la vitamine D …… p. 11

1. 1 Un médicament qui n'est pas sans risque …….. p. 11

1. 2 Un simple complément alimentaire …….. p. 12

1. 3 Les enfants en ont-ils vraiment besoin ? …… p. 12

1. 4 Si c'est le médecin qui le dit… …….. p. 12

2. Perception erronée sur l'intérêt de la supplémentation ……. p. 13

3. Relation entre les professionnels et les patients au sujet de la vitamine D

3. 1 Défaut d'information de la prescription initiale …….. p. 13

3. 2 Défaut de communication entre les patients et les professionnels lors du suivi …… p. 13

4. Déterminants d'inobservance à la prise de vitamine D …….. p. 14

4. 1 Représentations : facteurs d'inobservance …… p. 14

4. 2 Organisation et dynamique familiale …….. p. 14

4. 3 Difficultés d'administration, peur ou présence d'effets indésirables ….. p. 14

4. 4 Importance des informations recueillies …… p. 15

5. Déterminants de l'observance à la prise de vitamine D …… p. 15

5. 1 Patient et médecin en confiance …… p. 15

5. 2 Dynamique et organisation familiale …….. p. 15

5. 3 La vitamine D : un produit bénéfique pour la santé …… p. 16

Discussion …… p. 16

1. Validité de l'étude …… p. 16

2. Mauvaise observance globale …… p. 17

3. Multiplicité des facteurs d'inobservance …… p. 17

3. 1 Facteurs pouvant être modifiés par les professionnels …… p. 17

Importance de la relation de confiance médecin-parent dans l'observance …… p. 17

a) Ecoute des représentations …… p. 17

b) Information de l'indication, lutte contre les perceptions erronées …… p. 17

c) Echange concernant les difficultés rencontrées, notamment lors de l'administration

d) Réévaluation des prescriptions …… p. 18

3. 2 Facteurs non modifiables par les professionnels …….. p. 18

Conclusion …….. p. 19

Tableau 2 : Caractéristiques des patients ……..…… p.20

Bibliographie …….. p. 22

Serment d'Hippocrate …….. p. 24

Résumé, mots-clés …… p. 25

Introduction

Le rachitisme carentiel est devenu exceptionnel aujourd'hui grâce à la mise en place de la supplémentation par vitamine D systématique chez la femme enceinte et chez l'enfant jusqu'à 5 ans et plus récemment grâce à l'enrichissement en 1992 des laits infantiles (1). Cependant, depuis les années 2000, les taux d'hospitalisations pour le rachitisme carentiel sont les plus élevés depuis cinq décennies en Angleterre (2) et l'incidence a presque doublé au Danemark, les deux tiers des cas étaient des enfants issus de l'immigration (3). Aucune étude quantitative n'a été réalisée pour déterminer l'évolution du rachitisme carentiel en France. Sur le CHU de Clermont-Ferrand, 36 codages de diagnostic de rachitisme carentiel ont été faits entre les années 2000-2016, témoignant de l'absence d'éradication de cette maladie. L'explication pourrait se retrouver par une inobservance d'environ 30 %, retrouvée dans plusieurs études Françaises et internationales (1) (4) (5) (6) (7) (8). Certains facteurs d'inobservance ont déjà été décrits comme la présence d'une fratrie ou le jeune âge des parents, et la perception par les parents de ne pas être bien informés sur le traitement (9). Mais les travaux explorant la place des représentations sur le produit et les attitudes pratiques des parents, dans cette inobservance, n'existent pas. Notre étude vise à explorer les représentations des parents d'enfants âgés de 0 à 18 mois en Auvergne, concernant la vitamine D et à identifier les déterminants de l'observance.

Méthode

Nous avons menés des entretiens semi-directifs individuels entre le 10/09/2018 et le 16/01/2019. Notre guide d'entretien a été réalisé à partir d'un guide validé par le comité d'éthique du Collège National des Généralises Enseignants (CNGE). Un avis auprès du CPP n'a pas été demandé, cette étude ne rentrant pas dans les critères d'une recherche impliquant la personne humaine selon la loi Jardé (10). Le recrutement a été effectué selon un échantillonnage raisonné (11) (cf. tableau 2), auprès de différents médecins généralistes dans quatre cabinets différents de la région Auvergne, d'un cabinet de pédiatrie et des différents centres de PMI du département du Puy de Dôme. Le recrutement s'est effectué soit à partir d'une fiche d'informations à destination des médecins prenant connaissance de mon projet, et pouvant inviter leur patientèle à participer. Après accord, les médecins me faisaient parvenir les coordonnées des participants, que je recontactai pour fixer un rendez-vous. Soit par la mise en place d'une affiche dans les différentes salles d'attente expliquant mon projet et permettant aux patients de me contacter directement. La population cible était des parents d'enfants âgés de 0 à 18 mois, vivant dans la région Auvergne, recrutés sur la base du volontariat et parlant français. Les critères de diversité retenus étaient les suivants (cf. tableau 1) : des mamans ou papas d'âge différent, de catégories socio professionnelles différentes, présence d'une fratrie ou non, enfant alimenté au sein exclusivement ou par des préparations de laits infantiles, prescription de vitamine D faite soit par un médecin généraliste, un médecin PMI ou un pédiatre. Le guide d'entretien permettait d'aborder

différents thèmes par des questions ouvertes : les représentations et les connaissances liées à la vitamine D, l'observance et/ou l'inobservance et les déterminants de celles-ci, les modalités techniques de cette prise et l'organisation familiale, la communication médecin-patient autour de cette prescription, le rôle du père dans cette prise. Les différents facteurs de risque de rachitisme étaient précisés par des questions fermées : mode d'alimentation, exposition solaire, apport de vitamine D pendant la grossesse, origine ethnique de l'enfant ainsi que les facteurs quantitatifs de mauvaise observance déjà identifiés par la bibliographie (12) : âge des parents, et rang de l'enfant dans la fratrie. Les entretiens se sont déroulés au domicile des parents ou au décours d'une consultation programmée de PMI. Après accord verbal des participants, chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement audio. Les données ont été ensuite anonymisées et intégralement retranscrites pour être analysées selon une méthode thématique dans un but explicatif (11), grâce au logiciel NVivo. L'analyse a été faite de façon indépendante par deux personnes différentes sur certains entretiens (le directeur de thèse et l'interne) afin de respecter la triangulation des données. Les données des verbatims ont été stockées de façon sécurisée au département de médecine générale de la faculté de médecine de Clermont Ferrand.

Tableau 1 Critères de diversité
1/ Age des parents
2/ Catégorie socio professionnelle
3/ Rang de l'enfant dans la fratrie
4/ Mode d'alimentation : allaitement maternel ; préparations de laits infantiles
5/ Origine ethnique de l'enfant et carnation de la peau
6/ Médecin de suivi

Résultats

Dix-huit parents ont participé à l'étude pour la réalisation de 17 entretiens (1 couple). Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 2. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, obtenue à partir du 16ième entretien. Les différents critères d'échantillonnage ont été respectés. Les entretiens ont duré de 10 à 25 minutes.

1. **Représentations autour de la vitamine D**

1. <u>1 Un médicament qui n'est pas sans risque</u>

Certains parents perçoivent la vitamine D comme un médicament, nécessitant de respecter un intervalle d'administration strict afin d'éviter un surdosage *P12 « je lui aurais pas donné dans la soirée, puisque je lui redonne le lendemain matin »*, et pouvant renvoyer chez une mère une image négative « d'enfant malade », *P17 « c'est vrai que ça me fait penser à des médicaments aussi, donc j'me dis elle en a pas besoin […] mais c'est vrai que c'est euh,*

peut-être la formule, je sais pas comment, la forme en fait du truc, c'est vrai que ça fait penser à des gouttes qu'on prend pour se soigner… c'est un soin, c'est plus préventif du coup ».

1. 2 Un simple complément alimentaire

D'autres parents voient la vitamine D comme un complément alimentaire, comme *P12 « un booster »,* n'ayant pas de critère de dangerosité *P12 « j'pense pas qu'un surplus de vitamine D fasse vraiment du mal »*, sans conséquence perceptible sur l'état de l'enfant en cas de non prise *P13* « même quand tu leur donnes pas, il a pas l'air d'être patraque », ayant un caractère non curatif d'un symptôme *P15 « ça aurait été des cachets importants, enfin traitements, sous antibio… vous voyez ça, ce serait super important mais alors les vitamines… j'pense pas »*.

1. 3 Les enfants en ont-ils vraiment besoin ?

Certains parents pensent que la vitamine D n'est plus utile lors d'un allaitement maternel *P17 « y'a tout ce qu'il faut dans le lait »* et/ou après la diversification *P13 « il mange comme tout le monde, il a tout ce qu'il faut »*, lesquels amèneraient les apports nécessaires. Une dame pense que lors de la grossesse, toutes les vitamines sont transmises au bébé *P13 « quand ils sortent du ventre j'ai envie de dire, ils ont toutes les vitamines que la mère elle avait, j'sais pas trop pourquoi ils prescrivent de leur donner ça* ». Une autre remet en cause son utilité devant les recommandations changeantes de la médecine *P4 « est-ce qu'après, dans plusieurs années, on ne va pas se rendre compte que ben on en a trop donné et comme le fluor, enfin moi je sais que quand moi j'étais petite, je prenais du fluor et maintenant il faut plus leur en donner. Voyez, ça change tout le temps, voilà, on sait pas sur le long terme, on sait rien finalement »*. L'absence de traduction physique de la non prise est souvent citée : *P4 « si je me dis que si j'y donne pas, ça va pas être vraiment grave pour son développement surtout que le pédiatre il l'examine et après il voit aussi... Je pense que si il y'avait un problème il s'en serait rendu compte », P11 « on s'en rend pas compte quoi, ça fait… même s'il en manque quoi, on voit pas s'il a de la fièvre, ou des choses comme ça… silence. Ça agit pas non plus sur sa croissance, parce qu'on voit qu'il prend du poids et euh, il grandit, euh, donc tout va bien quoi »,* et prenant exemple sur les générations précédentes *P11 « je suppose que nos grands-parents, nos parents, devaient pas avoir ça en complément dans leur biberon. Donc euh, dans ce principe-là, ils y sont arrivés donc après, j'pense qu'il peut y arriver lui aussi »*. D'autres pensent la vitamine D inutile lors d'une exposition solaire de leur enfant *P17 « quand il fait très très beau et quand il y'a du soleil régulièrement et qu'elle sort, qu'elle en profite, c'est vrai que là, je le mets pas systématiquement ».* Plusieurs parents trouvent qu'il existe des enjeux de santé plus importants, notamment le sujet de la vaccination *P10 « la vitamine D me paraît pas être un… un enjeu […] majeur comparé à un vaccin ».*

1. 4 Si c'est le médecin qui le dit…

Au contraire, certains parents pensent utile cette prescription car simplement issue du corps médical *P13 « le médecin s'il prescrit un médicament c'est bien pour une nécessité, c'est qu'il y'a une raison, donc euh, oui pour moi c'est important »*. L'utilité est reconnue en cas de non exposition solaire et avant la diversification.

2. Perception erronée sur l'intérêt de la supplémentation

La plupart des parents ont des idées reçues vis-à-vis de la vitamine D et le soleil *P3 « mes parents m'avaient déjà dit c'est bien d'être dehors au soleil pour la vitamine D »*, mais ne savent pas expliquer le lien de cause à effet *P4 « il me semble que c'est ben on reçoit de la lumière du coup c'est au niveau de la vue et qu'après c'est dans le cerveau que ça déclenche la production de vitamine D, je sais pas si j'ai les bonnes infos mais… (rires) il me semble que c'est comme ça que ça fonctionne… »*. Certains parents savent que la vitamine D agit sur la croissance, notamment sur celles des os, et sur la bonne santé des dents. D'autres avouent ne rien connaître sur cette vitamine, hormis ce lien avec le soleil. Fréquemment, les parents pensent que l'alimentation est source de vitamine D notamment les carottes. Certains pensent qu'il existe un lien entre le fer et la vitamine D et la vitamine C et la vitamine D. La plupart ne pensent pas à se renseigner, très peu lisent la notice du médicament ou se renseignent auprès de professionnels de la santé. Les connaissances acquises venaient d'émissions télé ou d'applications sur smartphone ou de cours théoriques pendant les études. Plus d'un tiers des parents ne sait pas dire le nom du produit prescrit *P12 « ah je sais pas. J'avoue le nom… on m'donne le produit, j'fais pas spécialement attention »* et seulement quelques parents connaissent son indication.

3. Relation entre les professionnels et les patients au sujet de la vitamine D

3. 1 Défaut d'information lors de la prescription initiale

La totalité des parents déclarent n'avoir reçu aucune information à la maternité quant à l'indication du traitement *P15 « bah rien, on m'l'a prescrit, on m'a rien dit du tout »*. Peu de parents déclarent avoir reçu des informations quant aux modalités pratiques d'administration (gouttes à mettre dans le premier biberon de la journée, gouttes dans une cuillère à mettre dans le coin de la joue). Certains ont reçu des informations pratiques d'administration à la pharmacie *P9 « c'est quand je suis allée chercher à la pharmacie qu'on m'a expliqué »* ou un parent par sa propre mère *P15 « c'est ma mère qui m'a fait voir comment lui donner ».* La plupart regrette ce manque d'informations *P13 « au moins qu'on nous montre une façon de le donner, une façon un peu plus simple de le donner parce que nous on nous le donne, on est livré à nous même, oui ben faut que t'arrives à donner 4 gouttes… (rires), à toi de trouver la solution comment lui donner mais euh oui, s'ils nous auraient montré euh, une tactique à faire, ça aurait été plus simple… », P17 « faudrait qu'on est un peu plus d'informations justement, sur l'apport de cette vitamine, les conséquences de cette vitamine qu'on peut avoir si on le fait pas ».*

3. 2 Défaut de communication entre les professionnels et les patients lors du suivi

Concernant les consultations de suivi systématique, la communication autour de la vitamine D consistait seulement à s'enquérir par le professionnel s'il y'avait une nécessité de represcrire le produit *P10 « elle me demandait juste si j'en avais encore suffisamment, et euh… quand j'en avais suffisamment, je lui disais « il m'en reste », et quand j'arrivais en fin de flacon, je lui disais que, que j'arrivais en fin de flacon (rires) et elle m'en remettait une sur l'ordonnance ».* Une seule patiente affirme que le professionnel s'est préoccupé de la bonne observance du traitement. Une autre n'osait pas dire au médecin qu'elle n'était pas observante *P13 « parce que je trouve que c'est mal, pour moi j'trouve que c'est mal, s'ils le prescrivent c'est pour quelque chose (rires), mais euh après comme je vous dis, je le crie pas que je lui donne pas ».*

4. Déterminants d'inobservance à la prise de vitamine D

4. 1 Représentations : facteurs d'inobservance

Les représentations qu'ont les parents de la vitamine D, citées plus haut comme l'inutilité en cas d'allaitement ou après la diversification ou lors d'une exposition solaire peuvent être à l'origine d'une inobservance. Cette perception d'inutilité peut être décrite par une patiente par un enfant aîné n'ayant pas reçu de vitamine D décrit en bonne santé *P14 « ça sert à rien regarde H. on a fait euh… on a fait pareil… on a jamais donné, elle est en bonne santé, elle va bien ».* Certaines mères ont une vision négative des médicaments, notamment au sujet de leur composition *P14 « je sais pas de quoi c'est fait en fait, c'qui y'a dedans »*, ou réticente vis-à-vis de l'âge de l'enfant *P14 « pour moi c'est… des médicaments… à cet âge-là c'est trop jeune ».* De même, le fait que la vitamine soit perçue comme un traitement non curatif d'un symptôme *P14 « il est pas malade euh… j'veux dire, y' a pas de problèmes des os ».*

4. 2 Organisation et dynamique familiale

Le comportement de l'enfant comme des pleurs ou une modification de son rythme d'éveil/sommeil ou son rang dans la fratrie *P17 « j'étais plus assidue pour le premier »* peuvent influer. On retrouve aussi, les parents, notamment leur fatigue ou leur manque d'organisation *P1 « sur les quinze premiers jours, oui effectivement je n'avais pas le rythme au niveau organisation donc ça m'est arrivé de l'oublier »*, ou lorsque le papa s'occupe de l'enfant. La plupart des patientes déclarent des oublis de vitamine D lorsque ceux-ci sont en charge de l'enfant *P6 « c'est mon mari qui va s'en occuper et il va oublier ».* Les modifications du rythme familial comme des activités familiales, un déménagement, la reprise d'une activité professionnelle sont décrits comme facteurs d'inobservance.

4. 3 Difficultés d'administration, peur ou présence d'effets indésirables

Au sujet des modalités pratiques d'administration (cf. tableau 2), certains parents se retrouvent en difficulté *P13 « les gouttes on veut bien les compter hein, mais quand tu dois chômer pour tenir le gamin, en même temps compter les gouttes, lui ouvrir la bouche, ça fait beaucoup de truc à gérer en même temps… (rires) »* et regrettent l'ancienne formule

UVESTEROL® *P13 « c'est vraiment pas pratique hein… on regrette l'UVESTEROL® j'vous assure (rires). La p'tite pipette on la regrette bien (rires), là c'est vraiment trop compliqué ».* La plupart administre le produit selon leur intuition personnelle et développent des astuces pratiques. D'autres ont peur d'effets indésirables comme la fausse route *P15 « qu'elle s'étouffe, qu'elle avale de travers […] vu que j'ai peur, je lui donne pas (rires) »* ; ou ont constaté l'existence d'effets indésirables sur l'enfant *P13 « à chaque fois que je luis donne il est malade. Il est malade, il a du mal à le digérer »*, ou ont peur d'un surdosage. Certaines patientes voient ce geste à réaliser tous les jours, comme une contrainte *P5 « des gouttes qu'il fallait donner tous les jours, alors moi je trouvais que c'était un peu contraignant, j'oubliais tous les jours ».*

4. 4 Importance des informations recueillies

Les informations données ou non données aux parents peuvent modifier l'observance. Plusieurs mères décrivent un professionnel ne précisant pas l'utilité, l'importance de cette vitamine *P4 « il n'insiste pas sur…. sur l'importance ou pas de lui donner »*. De même la famille *P15 « ma mère elle m'avait dit que c'était pas super important »*, les amis *P14 « ma copine qui travaille à la maison de retraite qui, ça lui fait penser que c'est la même chose qu'on donne aux retraités et du coup elle lui donne pas, depuis que j'ai entendu ça, bah ça m'a stoppé en fait »*, les médias *P4 « on hésite aussi parce qu'il y'a eu des polémiques sur la vitamine D »*, et même les inconnus *P6 « j'ai vu qu'il y'à des gens qui n'en donnait pas du tout »* peuvent avoir une influence sur l'observance.

5. Déterminants de l'observance à la prise de vitamine D

5. 1 Patient et médecin en confiance

Le principal déterminant à l'observance de la vitamine D est l'existence d'une relation de confiance entre médecins et patients *P1 « je lui fais confiance pour la santé »*. Les informations données par les professionnels peuvent avoir une influence *P9 « depuis que le docteur m'a dit qu'il pouvait avoir les jambes comme un footballeur, je fais bien attention ».* D'autres déterminants sont retrouvés comme la présence d'une continuité des pratiques sur plusieurs années montrant pour une patiente l'intérêt de cette prescription *P10 « là à nouveau avec un grand écart d'âge, j'vois que c'est toujours prescrit pour les enfants, euh donc j'imagine qu'il y a un intérêt ».*

5. 2 Dynamique et organisation familiale

Parfois une organisation est décidée par les parents afin de ne pas l'oublier intégrant l'administration de la vitamine avec un soin de bébé, comme ranger le flacon auprès de la boîte de lait ou sur la table à langer *P13* « *quand j'le vois j'le donne* », ou avoir toujours un flacon d'avance, notamment à mettre dans le sac à langer lors des sorties, annoter sur le calendrier les prises d'ampoules de vitamine D. La praticité de l'administration avec la spatule est parfois citée. Certains traits de caractère personnels comme la rigueur sont déclarés par les mamans comme facteurs d'observance. Parfois la communication entre les

deux parents permet d'éviter un oubli *P11 « est-ce que tu lui a bien donné sa vitamine D ? » « Oui, oui »… « non, non » et puis voilà, après on fait en fonction »*. La famille peut être le seul facteur d'observance *P15 « c'est ma mère qui vient le matin et lui donne (rires) »*. L'histoire personnelle peut aussi influencer comme une mère qui veut offrir à son enfant ce qu'elle n'a sûrement pas eu *P8 « j'ai été adopté […] j'avais 8 ans quand je suis venue ici, et c'est vrai que je sais pas si ma maman me donnait de la vitamine D »*.

5. 3 La vitamine D : produit bénéfique pour la santé

Certaines représentations de la vitamine par les parents sont aussi des facteurs d'observance, notamment celle d'une non dangerosité de cette molécule considérée comme un complément alimentaire et non comme un médicament curatif *P11 « c'est des éléments nutritifs dont on a besoin, […] ça craint pas grand-chose »*, ou le fait qu'on en ait plus besoin lorsqu'il fait froid *P17 « quand il fait très froid, effectivement là je suis plus assidue ».* La connaissance des bénéfices du produit augmente l'observance *P8 « on m'avait dit que c'était bon pour sa calcification des os et c'est pour ça que je lui donne »*.

Discussion

Notre travail avait pour but de recueillir les représentations des parents d'enfants âgés de 0 à 18 mois concernant la vitamine D et de décrire les différents facteurs d'observance et/ou d'inobservance. Nombreuses sont les représentations autour de cette vitamine. Certains considèrent cette vitamine comme un médicament alors que leur enfant est en bonne santé ce qui renforce leur perception négative du produit, quand d'autres la considèrent comme un complément alimentaire, sans retentissement sur l'enfant en cas de prise ou de non prise. Elle peut être considérée comme inutile, notamment lors d'un allaitement maternel, lorsque la diversification est réalisée et lors d'une exposition solaire. Les difficultés d'administration, la peur d'effets indésirables ou leur apparition au décours de la prise diminuent l'observance. La dynamique ou l'organisation familiale peuvent aussi influer, ainsi que l'information et la communication des professionnels. Le principal facteur d'observance retrouvé est une relation de confiance entre les parents et le médecin qui suit l'enfant.

1. **Validité de l'étude**

La réalisation d'entretiens individuels aurait pu être complétée par la réalisation d'un focus groupe mais le temps disponible pour l'étude n'était pas suffisant. Les différents lieux de recrutement ont permis de respecter la globalité des critères d'échantillonnage (11). A noter, que peu d'enfants recrutés étaient issus d'une fratrie. On peut penser que les participants qui ont contacté directement l'investigatrice via les affiches déposées en salle d'attente avaient plus d'idées reçues au sujet de la vitamine D. Le nombre important d'entretiens a permis une saturation des données à partir du 16^{ième} entretien. La triangulation des données n'a été que partiellement respectée, car la double analyse n'a pas été faite sur l'ensemble des entretiens ; n'éliminant pas les interprétations personnelles de l'investigatrice dont c'était

la première expérience de recherche qualitative (13). Quelques entretiens ont duré moins de 20 minutes devant l'absence d'avis particulier au sujet de cette vitamine.

2. Mauvaise observance globale

Comme dans d'autres études sur le sujet (1) (4) (5) (6) (7) (8), l'observance n'est globalement pas bonne. Certains administrent la vitamine D régulièrement avec des oublis ponctuels ; quelques-uns ont eu une période d'inobservance de quelques jours à quelques semaines ; et d'autres n'en donnent plus. A noter que les parents ne donnant pas de vitamine ont des enfants à peau pigmentée.

3. Multiplicité des facteurs d'inobservance

3. 1 Facteurs pouvant être modifiés par les professionnels

Importance de la relation de confiance médecin-patient dans l'observance

Le facteur d'observance le plus cité est la relation de confiance établie avec le professionnel. Les thérapeutiques autrefois imposées nécessitent aujourd'hui l'adhésion du patient (14). On sait que la relation médecin-patient est un des déterminants de l'observance. La confiance établie, l'attention portée au patient améliore son implication (15) (16).

a) Ecoute des représentations

On sait que les représentations des patients sont assez déterminantes dans l'observance (17). Dans notre travail, on constate que plusieurs représentations à propos de l'allaitement, de la diversification alimentaire et de l'exposition solaire sont des facteurs d'inobservance. Cette représentation des femmes allaitantes qui pensent que le lait maternel apporte suffisamment de vitamine D est connue (18). En revanche les représentations en lien avec l'exposition solaire et la diversification alimentaire n'ont jamais été décrites. Cette perception d'inutilité, notamment devant l'absence de traduction physique en cas de non prise pourrait être modifiée après explications de l'intérêt préventif de cette molécule.

b) Information de l'indication, lutte contre les perceptions erronées

Il est constaté une méconnaissance du médicament prescrit et l'absence de recherche afin de comprendre cette prescription. Ces résultats sont retrouvées dans différents travaux [un patient sur deux connaît le nom de ses médicaments et un patient sur cinq son indication (21) ; seuls 35% des patients connaissaient parfaitement leur traitement (22)]. Hors, il est admis que la connaissance de l'indication du traitement améliore l'observance (19) (14). Afin de mieux connaître le médicament, le professionnel a le devoir d'information. En effet, l'autre facteur important d'inobservance retrouvé et déjà décrit dans des travaux précédents est la perception d'un manque d'informations par les professionnels (9) (18).

c) Echange concernant les difficultés rencontrées notamment lors de l'administration

Les difficultés d'administration rencontrées, peuvent être diminuées par une information des différentes techniques possibles et d'une éventuelle démonstration lors d'une consultation. Les résumés des caractéristiques des produits indiquent que le contenu des gouttes en flacon peut être pris pur dans une petite cuillère ou mélangé dans un aliment liquide ou

semi-liquide comme le lait d'un biberon (19) (20). Les peurs liées au geste, comme la fausse route ou un surdosage peuvent être diminuées par une réassurance parentale.

d) Réévaluation des prescriptions

Selon le Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie, les dernières recommandations sont un apport en vitamine D quotidien de 1000/1200 UI pour un enfant allaité, de 600/800 UI pour un enfant recevant des préparations de laits enrichis en vitamine D, en présence d'un facteur de risque dont une forte pigmentation cutanée, le dosage doit être doublé (21). Sachant qu'une goutte de cholécalciférol (ZYMAD®, ADRIGYL®) contient environ 300 UI de cholécalciférol, il s'avère qu'une majorité des prescriptions sont inadaptées à la situation, soit par excès parfois lié à un défaut d'adaptation lors du relais allaitement maternel –> laits de préparations infantiles), soit par défaut. Ces dernières concernaient en majorité des enfants plus vulnérables à la carence en vitamine D (enfants allaités, peau pigmentée). Ces données sont retrouvées par une thèse de 2010 constatant des prescriptions conformes dans 34°/° des cas (22) et en partie par une thèse de 2018 affirmant que les posologies prescrites chez les nourrissons de moins de 18 mois sont globalement inférieures aux recommandations de la Société Française de Pédiatrie, en particulier en cas d'allaitement maternel (23) et que la prise en compte de la présence de facteurs de risque de carence pour la prescription de vitamine D est largement insuffisante. Les prescriptions par excès sont sans risque de surdosage avec une prescription maximale de 1500 UI/jour. Plusieurs données suggèrent que les apports nutritionnels recommandés en vitamine D sont insuffisants pour couvrir les besoins en matière de santé du squelette (24).

Les pédiatres et les médecins PMI semblent mieux suivre les recommandations. Ces résultats concordent avec les données d'une thèse de 2016 (25) mais sont contredits par les données d'une thèse de 2010 retrouvant le médecin pédiatre en tant que facteur de risque d'apports non conformes (22).

3. 2 Facteurs non modifiables par les professionnels

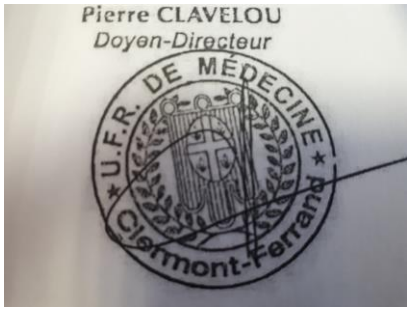
D'autres facteurs d'inobservance sont difficilement modifiables : ceux concernant l'organisation et la dynamique familiale notamment celui de la prise en charge du nourrisson par le père. Cette inégalité d'implication dans les soins quotidiens de l'enfant peut être transposée aux résultats de différents travaux affirmant l'investissement supérieur des femmes dans la prise en charge des tâches quotidiennes « contraignantes », comme par exemple l'habillage (26).

Conclusion

Notre travail confirme la mauvaise observance des prescriptions de vitamine D chez les enfants de 0 à 18 mois en Auvergne. Les représentations concernant la vitamine D sont diverses, si elles sont parfois positives : à l'image d'un produit bénéfique pour la santé, considérée comme un simple complément alimentaire, elles sont le plus souvent négatives : à l'image d'un médicament potentiellement risqué. La vitamine D est perçue comme inutile, notamment en cas d'allaitement maternel, ou lorsque la diversification est réalisée ou lors d'une exposition solaire. L'absence de traduction physique en cas de non prise, renforce l'attitude des parents dans la non observance. Mais elle peut aussi être perçue utile car émanant simplement d'une prescription médicale.

Les facteurs d'inobservance identifiés sont multiples. Ils peuvent être liés à ces représentations négatives, ou à cette perception d'inutilité, ou à des difficultés d'administration du produit ou à la peur ou réelle présence d'effets indésirables au décours de la prise. Le principal facteur d'observance est la présence d'une relation de confiance établie entre les parents et le professionnel qui suit l'enfant. La dynamique ou l'organisation familiale peuvent aussi influer, notamment lorsque le père est en charge de l'enfant, ainsi que l'information et la communication des professionnels peuvent modifier l'observance. Il est retrouvé une perception erronée des parents au sujet de l'indication de la vitamine D.

La prescription de la vitamine D chez le nourrisson est un geste de santé publique. On constate que la majorité des facteurs d'inobservance décrits peuvent être modifiés par les professionnels grâce à une relation parents-médecins de qualité. Il est reconnu que l'information est un élément important de la relation de confiance entre le médecin et les parents et l'on peut supposer qu'une meilleure information des parents, améliore leur connaissance et leur observance. La connaissance pourrait casser la majorité des représentations acquises autour de la vitamine D. Il est donc nécessaire pour les praticiens de développer une posture éducative lors de la prescription de vitamine D. Etre à l'écoute, afin de répondre aux difficultés rencontrées, notamment en lien avec l'administration ; délivrer de l'information aux parents, notamment sur l'intérêt préventif de cette prescription, et sur l'intérêt de poursuivre la supplémentation en cas d'allaitement maternel, lors de la diversification et d'une exposition solaire. Enfin réévaluer les prescriptions, en particulier chez les enfants considérés à risque : enfant à peau pigmentée et enfant allaité.



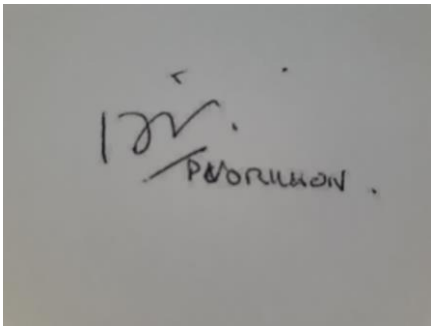


Tableau 2	Age parents et enfant	Catégorie socio-professionnelle	Rang de l'enfant dans la fratrie	Mode d'alimentation	Origine ethnique de l'enfant	Médecin prescripteur	Carnation peau	Produit et posologie	Modalités d'administration
P1	34 ans / 1 mois	3	1	LA	Caucasien	Médecin G	Blanche	ZYMAD® 4 gouttes	Petite cuillère expresso
P2	33 ans / 6 mois	4	2	AME 1mois ½ puis LA	Caucasien	Médecin G	Blanche	ZYMAD® 4 gouttes pendant et après arrêt AME	Petite cuillère bébé
P3	27 ans / 8 mois	4	1	AME 4 mois puis LA	Caucasien	Médecin G	Blanche	ZYMAD® 3 gouttes pendant et après arrêt AME	Flacon au-dessus de la bouche puis dans compote/purée
P4	33 ans / 12 mois	4	2	AME 5 mois puis LA	Caucasien	Pédiatre	Blanche	ZYMAD® 5 gouttes pendant AME puis 3 gouttes	Avec spatule
P5	28 ans / 12 mois	5	1	LA	Caucasien	Médecin G	Blanche	UVEDOSE® 100000UI/mois depuis l'âge de 2 mois	Petite cuillère
P6	29 ans / 3 mois	5	2	LA	Caucasien	Médecin G	Blanche	ZYMAD® 4 gouttes	Petite cuillère
P7	31 ans / 7 mois	4	1	AME 5 mois ½ puis LA	Caucasien	Pédiatre	Blanche	ADRIGYL® 4 gouttes pendant AME puis 3 gouttes	Spatule puis flacon au-dessus de la bouche
P8	32 ans / 7 mois	5	1	LA	Amérique du Sud	Médecin G	Brun foncé	ZYMAD® 4 gouttes	Dans biberons puis flacon au-dessus de la bouche
P9	27 ans / 4 mois	8	2	LA	Caucasien	Médecin G	Blanche	ZYMAD® 3 gouttes	Flacon dans la bouche puis dans la tétine du biberon
P10	45 ans / 6 mois	4	3	AM avec diversification	Caucasien	Pédiatre	Blanche	ZYMAD® 4 gouttes	Flacon au-dessus de la bouche

P11	37 ans / 1 mois 1/2	5	1	AME 1 mois puis LA	Caucasien	Médecin G	Blanche	ZYMAD® 4 gouttes	Dans le premier biberon à température ambiante
P12	29 et 26 ans / 1 mois 1/2	8	1	AME 1 mois puis LA	Caucasien	Médecin G	Blanche	ADRIGYL® 3 gouttes pendant et après arrêt AME	Flacon au-dessus de la bouche
P13	26 ans / 12 mois	8	3	LA	Afrique	Médecin G	Brun foncé	ZYMAD® 4 gouttes	Flacon au-dessus de la bouche
P14	34 ans / 3 mois	5	2	LA	Afrique	Médecin PMI	Brun foncé	ZYMAD® 3 gouttes	Pas d'administration
P15	20 ans / 2 mois	8	1	AME	Caucasien	Médecin PMI	Blanche	ADRIGYL® 2 gouttes	Flacon au-dessus de la bouche
P16	24 ans / 3 mois	5	1	LA	Caucasien	Médecin PMI	Blanche	ADRIGYL® 3 gouttes	Flacon au-dessus de la bouche
P17	50 ans / 14 mois	3	2	AM avec diversification	Afrique	Médecin PMI	Brun foncé	ZYMAD® 4 gouttes	Spatule puis petite cuillère

P : parents.
Catégories socio-professionnelles : 1 : agriculteurs, exploitants, 2 : artisans, commerçants et chefs d'entreprise, 3 : cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 : professions intermédiaires, 5 : employés, 6 : ouvriers, 7 : retraités, 8 : autres personnes sans activité professionnelle.
Mode d'alimentation : AME : allaitement maternel exclusif, AM : allaitement maternel poursuivi avec diversification réalisée, LA : préparations de laits infantiles.

Tableau 2 : Caractéristiques des patients

Références

1. Hastier-Gouin N, Mathe M, Hauss NB, Belgaid A, Rose A, Dufour D, et al. SFP-P026 – Calcium – Etat des lieux sur la supplémentation en vitamine D chez l'enfant. Arch de Pédiatrie. 2008;15(5):952.

2. Goldacre M, Hall N, Yeates DGR. Hospitalisation for children with rickets in England: a historical perspective. The Lancet. 2014 Feb 15;383(9917):597-8.

3. Beck-Nielsen SS, Brock-Jacobsen B, Gram J, Brixen K, Jensen TK. Incidence and prevalence of nutritional and hereditary rickets in southern Denmark. Eur J Endocrinol. 2009 Mar;160(3):491-7.

4. Dratva J, Merten S, Ackermann-Liebrich U. Vitamin D supplementation in Swiss infants. Swiss Med Wkly. 2006 Jul 22;136(29-30):473-81.

5. Ahrens KA, Rossen LM, Simon AE. Adherence to Vitamin D Recommendations Among US Infants Aged 0 to 11 Months, NHANES, 2009 to 2012. Clin Pediatr (Phila). 2016 Jun;55(6):555-6.

6. Gallo S, Jean-Philippe S, Rodd C, Weiler HA. Vitamin D supplementation of Canadian infants: practices of Montreal mothers. Appl Physiol Nutr Metab Physiol Appl Nutr Metab. 2010 Jun;35(3):303-9.

7. Le Bot N. Supplémentation en vitamine D chez le nourrisson : observance lors des 7 premiers mois de vie et influence des facteurs médicaux et sociodémographiques : étude épidémiologique de cohorte prospective [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2017.

8. Huret X. Observance de la supplémentation en vitamine D durant les 3 premiers mois de vie: étude épidémiologique de cohorte prospective [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2016.

9. Bonnel C. Les déterminants de l'observance de la vitamine D chez les nourrissons de moins de 18 mois : étude quantitative auprès de 202 parents dans le Rhône [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.

10. Ministère des Solidarités et de la Santé. (page consultée le 24/03/2019). Recherches impliquant la personne humaine [Internet]. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/

11. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 2002 Mai;3(2):81-90.

12. Arancibia C M, Reyes G ML, Cerda L J. Adherence to vitamin D supplementation and determinant factors during the first year of life. Rev Chil Pediatr. 2014 Jul;85(4):428-36.

13. Baribeau C, Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. Rev Sci Léducation. 2012;38(1):23.

14. Desbrus-Qochih A, Cathébras P. Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question. Médecine Longévité. 2012 Déc 1;4(3):111-22.

15. Bizouard F, Jungers C. Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France] : Université Joseph Fourier; 2014.

16. Baumann M, Baumann C, Le Bihan E, Chau N. How patients perceive the therapeutic communications skills of their general practitioners, and how that perception affects adherence: use of the TCom-skill GP scale in a specific geographical area. BMC Health Serv Res. 2008 Dec 1;8:244.

17. Anandamanoharan J. Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques ? [Thèse de doctorat en médecine]. [Versailles]: Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2012.

18. Umaretiya PJ, Oberhelman SS, Cozine EW, Maxson JA, Quigg SM, Thacher TD. Maternal Preferences for Vitamin D Supplementation in Breastfed Infants. Ann Fam Med. 2017 Jan 1;15(1):68-70.

19. Base de données publique des médicaments. (page consultée le 02/3/2019). Résumé des caractéristiques du produit - ZYMAD 10 000 UI/ml, solution buvable en gouttes [Internet] http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/

20. Base de données publique des médicaments. (page consultée le 02/3/2019). Résumé des caractéristiques du produit - UVEDOSE 100 000 UI, solution buvable en ampoule [Internet]. http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/

21. Vidailhet M, Mallet E, Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP. La Vitamine D : une vitamine toujours d'actualité chez l'enfant et l'adolescent. Mise au point par le Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Société Française de Pédiatrie. 2012 Mar 1;:1-40.

22. Remaud C. Enquête épidémiologique sur les facteurs de risque socio-démographiques de mauvaise observance de prophylaxie du rachitisme chez l'enfant de 0 à 5 ans réalisée aux urgences pédiatriques du CHU de Nantes en 2009 [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes; 2010.

23. Pourieux D. Prophylaxie de la carence en vitamine D chez l'enfant de la naissance à la majorité : enquête auprès des médecins généralistes de l'Orne en 2017 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2018.

24. Rajakumar K, Moore CG, Yabes J, Olabopo F, Haralam MA, Comer D. Estimations of dietary vitamin D requirements in black and white children. Pediatr Res. 2016;80(1):14-20.

25. Lahalle P. Evolution des recommandations concernant la supplémentation et le statut en vitamine D de la population : état des lieux et étude des prescriptions dans une officine de Meurthe-et-Moselle [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2016.

26. Brugeilles C, Sebille P. La participation des pères aux soins et à l'éducation des enfants [L'influence des rapports sociaux de sexe entre les parents et entre les générations]. Rev Polit Soc Fam. 2009;95(1):19-32.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Introduction

La vitamine D a un rôle important dans la prévention du rachitisme carentiel. Malgré la supplémentation systématique, il est constaté depuis les années 2000, une résurgence de cas dans les pays développés, expliquée notamment par une inobservance. Identifier les représentations des parents concernant la vitamine D et repérer les déterminants positifs et négatifs de l'observance, pourraient permettre de mieux comprendre le phénomène.

Méthode

Dix-sept entretiens semi directifs ont été organisés en région Auvergne auprès de parents d'enfants âgés de 0 à 18 mois.

Résultats

Dix-huit parents ont été inclus. Nombreuses sont les représentations autour de cette vitamine. Certains considèrent cette vitamine comme un médicament avec parfois une image négative, quand d'autres la considèrent comme un complément alimentaire, sans retentissement sur l'enfant en cas de prise ou de non prise. Elle peut être considérée comme inutile, notamment lors d'un allaitement maternel, lorsque la diversification est réalisée et lors d'une exposition solaire. La difficulté d'administration, la peur d'effets indésirables ou leur présence au décours de la prise diminuent l'observance. La dynamique ou l'organisation familiale peuvent aussi influer, notamment lorsque que le père est en charge de l'enfant ; ainsi que l'information et la communication des professionnels. Une relation de confiance entre les parents et le médecin qui suit l'enfant, est retrouvée comme le principal facteur d'observance.

Conclusion

L'amélioration de l'observance doit pouvoir s'appuyer sur une relation parents-médecins de qualité, à l'écoute des représentations parentales qu'elles soient négatives ou positives. Il semble utile comme dans toute situation de posture éducative de repérer avec les parents les difficultés vécues dans la gestion quotidienne du traitement et de les accompagner dans la recherche de solutions adaptées à leur enfant et à leurs conditions de vie.

MOTS-CLES	Vitamine D
	Observance
	Nourrissons
	Recherche qualitative
	Relation parents enfants