

## LISTE DES ABREVIATIONS

B : désigne le groupe *Bleu*

J : désigne le groupe *Jaune*

R : désigne le groupe *Rouge*

Chacun des éléments de chaque groupe est désigné par un numéro selon son ordre d'apparition sur la liste de constitution de son groupe.

Ainsi, par exemple, B3 désigne le 3<sup>ème</sup> enfant du groupe Bleu.

Ces listes ont été établies à la rentrée scolaire par l'enseignante et répartissent les élèves pour les ateliers de travaux en semi-autonomie. Leur ordre est fixe pour toute la durée de l'année scolaire, ordre que nous avons conservé pour notre étude.

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

# PLAN

<u>REMERCIEMENTS</u> .....	6
<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u> .....	10
<u>PLAN</u> .....	11
<u>INTRODUCTION</u> .....	12
<u>METHODOLOGIE</u> .....	14
A. La population .....	14
B. Les entretiens .....	14
C. Recueil des données .....	16
<u>RESULTATS</u> .....	17
A. Résultats des entretiens .....	17
B. RESULTATS DES REPRESENTATIONS GRAPHIQUES .....	28
<u>DISCUSSION</u> .....	32
A. Discussion de la méthode .....	32
B. Discussion des résultats .....	33
<u>CONCLUSION</u> .....	42
<u>BIBLIOGRAPHIE</u> .....	43
<u>TABLE DES MATIERES</u> .....	46
<u>ANNEXES</u> .....	49
Annexe 1 : <i>Grilles d'entretien</i> .....	49
Annexe 2 : <i>Détail des groupes et répartition des genres</i> .....	52
Annexe 3 : <i>Commentaires des représentations graphiques</i> .....	53

## INTRODUCTION

Dans tout acte médical, la communication interactive avec le patient est importante. Au-delà de sa compétence technique, le médecin travaille par sa relation : relation d'aide, de confiance et relation pédagogique qui nécessite la fluidité des transmissions avec l'utilisation d'un code commun. [1]

Pour cela, il doit s'en référer aux 3 bases de la communication : le verbal, le non verbal, l'empathie.

La communication orale avec un patient nécessite des mécanismes et des temps d'adaptation pour établir une relation satisfaisante. Le médecin doit adapter en permanence son langage au niveau de compréhension du patient.

Il est bien établi que les mots ne comptent que pour un faible pourcentage de l'information délivrée à la personne à laquelle on s'adresse. L'intonation, les mimiques, la gestuelle, le regard, le rythme de la conversation, comptent autant. La façon d'être du médecin doit être suffisamment neutre pour ne pas modifier le message verbal qu'il veut adresser à son patient. Le patient, lui aussi, s'adresse au médecin avec son langage, sa problématique, sa culture, son angoisse. Il n'exprime pas toujours par les mots la réalité de sa plainte. Le médecin doit donc tenir compte de ces éléments pour écouter, interpréter, décoder le langage du patient.

Le médecin doit aussi savoir faire preuve d'empathie.

Pour mener sa consultation dans les conditions optimales de confort psychologique, il doit se préoccuper activement, et de façon évidente, des émotions, des valeurs, des expériences de l'autre, être capable de se mettre à la place de celui-ci.

Ces grands principes de communication, ainsi que le concept de singularité de la relation médecin/patient, ont bien souvent été développés dans la littérature, ou étudiés au cours des études médicales. Mais trop rarement a été évoqué le cas particulier de l'enfant.

Pourtant, le nombre de pédiatres libéraux diminue et le médecin généraliste devient l'acteur principal du suivi de la santé des enfants. Les consultations de pédiatrie constituent actuellement un très fort pourcentage des consultations en médecine de soins primaires (13,1% selon un rapport de la DREES en 2007 [2]) et nouer une relation de confiance avec un patient-enfant se révèle parfois complexe. Le médecin peut se retrouver démuné devant une communication et/ou un examen difficile.

Trop souvent au sein du trio médecin-enfant-parent, seuls les adultes dialoguent. Or, les enfants méritent d'être écoutés. Ils ont un jugement sur leur médecin, sur la consultation, bien sûr influencé par celui de leur famille, mais ils ont aussi leur avis propre.

Dans son ouvrage sur « La représentation du Monde chez l'enfant » (1926) [3], Jean Piaget s'interrogeait sur « les représentations que se donnent spontanément les enfants au cours des différents stades de développement ». Il a mis en avant des conflits réels entre la pensée de l'enfant et celle de l'adulte et a montré que le langage adulte constitue, pour l'enfant, « une réalité souvent opaque (...) à laquelle il doit s'adapter » et que, pour le comprendre, « il l'a déformé, assimilé, suivant une structure mentale propre ».

Piaget suggère de « considérer l'enfant, non pas comme un être de pure imitation, mais comme un organisme qui assimile les choses à lui, les trie, les digère, selon sa structure propre ». Le médecin doit tenir compte de cette façon originale qu'à l'enfant d'interpréter le monde qui l'entoure, afin de s'adapter, de s'identifier à lui et de permettre l'« alliance thérapeutique ». L'enfant s'impliquera davantage dans sa consultation s'il se sent considéré.

En proposant au médecin de voir sa consultation avec le regard particulier que peut être celui de l'enfant, cette étude pourrait alors lui permettre de mieux le comprendre et de mieux appréhender la consultation de pédiatrie en médecine générale afin d'optimiser la relation de soins.

Il semble ainsi légitime de donner directement la parole à l'enfant.

Qui de mieux placé que les enfants eux-mêmes pour nous dire, à nous, adultes, ce qu'ils pensent de leur consultation chez le médecin ?

Cette étude se propose d'interroger des enfants âgés de 5-6 ans sur les représentations qu'ils se font des consultations qu'ils ont auprès du médecin généraliste.

# METHODOLOGIE

## A. LA POPULATION

### 1. Sélection des enfants :

Il s'agit d'enfants âgés de 5 à 6 ans.

Les enfants sélectionnés se connaissent. Ils appartiennent à un même « groupe-classe ».

Ils n'ont pas été prévenus à l'avance de leur participation à ce travail.

### 2. Constitution de la population cible :

La population cible est constituée des 15 élèves de la classe de grande section de maternelle de l'école de la Fontaine de Saint Laurent-des-Autels. Cette commune de 2000 habitants ne compte qu'un seul médecin généraliste installé.

La population recrutée constitue un échantillonnage « homogène », ciblé et orienté, et respecte la volonté d'une population particulière réduite.

## B. LES ENTRETIENS

### 1. Réalisation des entretiens :

Cinq entretiens collectifs, semi directifs, ont été réalisés entre novembre 2011 et juin 2012, et ont permis d'atteindre l'objectif de saturation des données.

Les entretiens ont eu lieu dans une salle de convivialité connue des enfants, située à côté de leur classe, autour d'une petite table ronde.

Afin de ne pas perturber l'emploi du temps de la classe et de respecter les rythmes de l'enfant, les séances se sont déroulées en début d'après-midi, remplaçant un des trois « ateliers de travail en autonomie » prévus à cette heure et pour lesquels les enfants sont répartis en 3 groupes fixes.

La réalisation des entretiens dans un lieu isolé de la classe où se déroulaient les ateliers de travail en autonomie des 2 autres groupes, sous surveillance de l'ATSEM, a permis aux enfants ainsi qu'à l'enseignante-animatrice de concentrer toute leur attention sur la séance en cours.

Nous avons donc disposé de 15 minutes par séance pour chaque groupe de 5 élèves. Chaque enfant a pu prendre la parole et rebondir sur les dires d'un autre.

Le temps imparti à chaque séance a permis de garantir le maintien de l'attention de chacun tout au long de l'entretien.

Chaque entretien a été animé par l'enseignante qui lançait la grille de questions, assurait la relance des réponses ainsi que la bonne circulation de la parole au sein du groupe. Elle a été informée par mail avant chaque séance des questions et thèmes qui devaient être abordés et sur lesquels elle pouvait intervenir. Nous rediscutions ensemble de la grille d'entretien du jour avant chaque rencontre.

J'ai assisté, en tant qu'observateur, et sans intervenir, à chacun des entretiens, afin d'effectuer le relevé du « non verbal ». Pour ne pas influencer les enfants, mon statut de médecin généraliste ne leur a été dévoilé qu'à l'issue de la série d'entretiens. Je me suis présentée à eux d'abord seulement par mon prénom, leur expliquant que j'étais présente pour écouter ce qu'ils avaient à dire de leurs visites chez le médecin.

## 2. Grille d'entretien :

La grille d'entretien a pour vocation d'être peu directive, avec des questions très ouvertes, le but étant de faire raconter par l'enfant.

Cette grille s'articule autour de 5 grands axes de questions :

- le 1<sup>er</sup> axe interroge l'enfant sur son recours au médecin : pourquoi et comment il y va.
- le 2<sup>e</sup> axe explore ce que l'enfant attend de sa consultation chez le médecin, ce qu'il souhaite y trouver.
- le 3<sup>e</sup> le questionne sur le lieu de la consultation.
- le 4<sup>e</sup> axe est centré sur ce qui se passe en consultation. Il explore l'examen clinique, la circulation de la parole au sein de la consultation, ce qui y est ressenti, les représentations que l'enfant se fait des vaccins. Il s'intéresse aussi à ce que l'enfant peut dire de sa présence à la consultation d'une autre personne.
- enfin, le 5<sup>e</sup> axe a pour but de savoir comment l'enfant parle du médecin qu'il rencontre en consultation.

Cette grille a évolué au fil des entretiens et de leur analyse. Certaines questions ont été reformulées pour améliorer l'entretien et permettre d'explorer davantage, d'approfondir, de redéfinir certains points qui méritaient d'être développés par les enfants.

### 3. Représentations graphiques

Une fois arrivé à saturation des données des réponses orales, il a été proposé aux enfants qui le désiraient de s'exprimer au travers de représentations graphiques individuelles, avec pour consigne : « dessine ta visite chez le Docteur ». Ce, afin de leur donner l'occasion d'exprimer ce qui n'avait pu l'être à l'oral.

Tous les enfants ont souhaité participer à ce projet complémentaire. La consigne leur a été donnée lors du dernier entretien, avec l'objectif de réaliser ce travail pour notre dernière rencontre. Il leur a été expliqué qu'ils commenteraient à l'oral leur dessin au cours d'entretiens individuels avec moi-même.

Ces entretiens se sont déroulés quelques jours seulement après la séance de réalisation des représentations graphiques de manière à préserver l'idée initiale de l'enfant et pour que le facteur temps n'altère pas son interprétation.

#### C. RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens collectifs ainsi que les entretiens individuels ont fait l'objet d'enregistrements sonores, avec accord des participants et de leurs parents, en respectant l'anonymat de chacun. Le relevé du « non verbal » a été assuré par prise de notes manuscrites .

La retranscription s'est faite selon la technique « Verbatim », mot à mot, en respectant les rires, les néologismes, les silences, hésitations, « bafouillages ».

L'analyse des données s'est faite en collaboration avec la Directrice de la thèse, à deux, en codant les informations, en les triant par thèmes pour aboutir à une trame de discussion organisée selon les idées importantes qui ressortaient. La reformulation de la grille d'entretien a également été faite en binôme.

# RESULTATS

## A. RESULTATS DES ENTRETIENS

### 1. Le motif de consultation est rarement exprimé par une maladie nommée

Cette notion recouvre plusieurs entités qui ne sont pas toujours « la Maladie ».

Le motif de consultation est présenté par un symptôme, par un désagrément, un ressenti, ou la nomination d'une partie du corps à montrer au médecin.

Parfois c'est la « maladie » qui est citée.

A la question « pourquoi on va chez le docteur ? »,

J3 répond « *pour tousser* », R1 « *quand on fait atchoum [...], si on est enrhumé* », B4 « *si on vomit le soir* ».

B3 répond « *si on a mal à le ventre* ».

Pour J2, c'est « *quand je suis malade à le cœur* » ou « *si on a mal à sa gorge ou si on a mal à son z'yeux* ».

R1 va chez le docteur « *pour regarder les oreilles, [...] les yeux, pour la bouche* », B3 « *pour soigner le cou* », R5 « *le nez* ».

Pour B4, on peut aussi aller chez le docteur « *parce qu'on a la gastro* », pour R1 « *parce qu'on a des allergies* », et pour J4 « *une otite* ».

### 2. La consultation nécessite l'élaboration d'une démarche

#### a. La demande de consultation

Le plus souvent, la demande n'est pas à l'initiative des enfants qui la délèguent légitimement à leurs parents à qui ils reconnaissent l'autorité.

J1 : « *Faut demander à notre maman.* »

B4 : « *Papa et maman [...] on est des enfants, on n'est pas des parents !* »

B1 : « *C'est eux qui décident, parce que c'est eux qui commandent.* »

Quand ils l'expriment, elle est adressée d'abord aux parents.

J4 : « *Moi oui, je demande. Parce que je me plains d'un truc des fois. Enfin, par exemple, d'une otite, et je le dis à papa et maman, et ils vont chez le docteur.* »



## b. L'accès à la consultation

L'accès à la consultation n'est pas immédiat et nécessite des étapes et du temps. Elle se fait après une démarche de prise de rendez-vous, le plus souvent par téléphone, et dépend de l'avis du médecin et de sa disponibilité.

J1 : « *Tu l'appelles le Docteur, et si y a une place de prise [...] le Docteur il te dit quand on vient.* »

B5, parlant des parents : « *Ils téléphonent ! [...] parce que il y a des gens qui sont au docteur...* »

B2 : « *Pour demander.* »

B1 : « *Pour prendre un RDV.* »

B3 : « *Il faut attendre [...] moi je dis à ma maman si je veux aller chez le Docteur, et après elle me demande, et elle téléphone et elle dit que j'ai mon RDV.* »

## c. La nécessité de la consultation n'est pas systématique

Elle dépend de la présence à la maison des médicaments déjà connus pour un symptôme et du soulagement obtenu. Elle varie selon l'intensité ressentie de la gêne. Elle est influencée par l'habitude d'automédication des parents.

A la question « quand vous êtes malades, vous allez toujours chez le docteur ? »,

J1 répond : « *Non, parce que des fois je prends des médicaments.* » [« Alors qui te les donne ? »] « *maman [...] parce qu'on a des médicaments pour pas qu'on soit malade [...] on regarde si on a les bons médicaments qu'il fallait.* »

J4 : « *Et si on n'en a pas et ben on va chez le Docteur pour qu'il dise ce qu'on prend comme médicaments.* »

B4 : « *Moi j'ai toussé, mais je suis pas allée au docteur [...] j'y vais pas pour tousser, parce que j'ai déjà du sirop.* »

B5 : « *Parce que des fois on est beaucoup malade et des fois on n'est pas beaucoup...* »

B3 : « *En fait, ma maman, quand elle a mal à la gorge, ba elle va pas au Docteur, parce que comme elle est grande, donc elle va à la pharmacie acheter des médicaments.* »

### 3. Les attentes de la consultation

Les 2 principales attentes de la consultation sont « savoir ce que l'on a » et « être soulagé ».

Pour B4, si on va chez le médecin, « *c'est pour savoir ce qu'on a* ».

B3 poursuit : « *C'est pour parler à notre Papa et notre Maman ce qu'on a...* ».

Pour B5 « *c'est pour savoir si on a une otite !* ».

J1 attend du médecin qu'« *il regarde si on va bien ou pas bien. Il regarde d'abord si t'es malade* ».

B3 ajoute que la visite chez le médecin, c'est « *pour se soigner* » et B5 « *pour pas être malade* ».

Savoir si on est malade ou pas permet d'être rassuré. Cette connaissance appartient au médecin qui est identifié comme celui qui sait, qui explique. L'écoute de ce que dit le médecin est importante pour pouvoir être soigné et guéri.

Pour R4, le médecin « *il sait plein de choses* ».

R1 attend de lui « *qu'il explique [...] pourquoi on est malade...* ».

B4 explique : « *Ba l'important c'est d'écouter le Docteur [...] ba il faut l'écouter parce qu'il dit les médicaments de la pharmacie qui vont nous guérir [...] parce que il sait où il faut aller...* »

J4 se dit rassurée d'aller chez le médecin parce qu'« *il dit quels des médicaments il faut prendre* ».

J1 : « [le Docteur] *c'est quelqu'un qui guérit quand on est malade.* »

B4 : « *Un bon Docteur ça veut dire qu'il nous guérit.* »

### 4. Le cabinet médical : un lieu de travail pour le médecin et avant tout une salle d'attente plaisante pour les enfants

#### a. Le lieu de la consultation est bien identifié comme un lieu de travail

Ce n'est pas la maison du médecin. C'est un « bureau ».

R4 : « *Il dort pas là.* »

R5 : « *Parce qu'il a pas de lit !* »

R1 : « *C'est pas sa maison.* »

B3 : « [les Docteurs] *ils travaillent dans un bureau...* »

B4 : « *C'est là où il travaille ! C'est son métier.* »

- b. Avant la consultation, l'attente, parfois trop longue, se fait dans une salle très appréciée des enfants

C'est un lieu animé avec la TV, des jeux, des livres adaptés aux enfants mais aussi aux adultes. C'est souvent le lieu qu'ils aiment le plus dans le cabinet.

J4 : « *Ben, en fait, dans la salle d'attente, il y a des livres et la TV.* »

Interrogé sur les raisons qui lui font aimer ce lieu, J3 répond « *parce qu'il y a des jeux* ».

B4 : « *En fait, quand on attendait, ba c'était trop longtemps...[...] Et aussi avant d'aller chez le Docteur pour nous voir, on attend dans une salle « de tente » et ben nous y a des livres, pour nous, pour les enfants, et aussi pour les parents, y a des magazines [...] c'est bien qu'il y ait des livres et des magazines. Moi je regarde dans les 2.* »

Ce lieu permet des rencontres et éveille la curiosité à l'autre.

B4 : « *Et aussi dans la salle « de tente », y a des mamans avec leurs bébés... et j'essaie de regarder leur tête, et des fois y en a qui dorment et des fois y en a qui dorment pas. Moi je suis maligne parce que j'ai envie de regarder les bébés...* »

## 5. La consultation : une expérience subjective de l'enfant

- a. Le médecin s'adresse plus souvent aux parents qu'à l'enfant

L'interlocuteur est soit « Maman », soit « Papa », soit les deux, car ce sont eux qui parlent au Docteur. Le dialogue se fait entre adultes. La parole des enfants ne paraît pas a priori être sollicitée.

R3 : « *Il parle à maman. Et pas à papa.* »

B2 : « *Moi il parle à mon papa.* »

J1, J2, J3, J4 : « *A papa et maman.* »

B1 : « *Il demande à Papa ou maman. Et moi je suis timide.* »

B3 : « *Mes parents il dit à le Docteur si j'suis malade ou si j'ai mal au ventre...* » [« C'est pas toi qui le dit ? »] « *Non...* » [« Pourquoi c'est pas toi qui le dit ? »]

B4 : « *Parce qu'on est des enfants !* »

B3 : « *Ma maman elle dit au Docteur ce que j'ai.* » [« Tu n'y arriverais pas tu penses, à dire ce que tu as, ou tu y arriverais ? »] « *J'arriverais.* » [« Mais il ne te le demande pas ? »] « *Non.* »

Pourtant les enfants sont concernés par ce que dit le médecin à leurs parents et n'apprécient pas d'être en dehors de l'échange.

R4 : « *Je suis gentille. J'écoute le Docteur.* »

R3 : « *Je dis rien.* »

B1 : « *Ouiiii, moi j'écoute [...] des fois j'écoute Maman et Papa parce que ça m'intéresse.* »

R1 : « *Moi j'aime pas trop quand maman elle discute avec le Docteur.* »

Quand on leur parle, ils s'expriment et prennent la parole.

J4 : « *Moi, d'abord il parle à maman, parce que maman, c'est que elle qui vient, et après il me parle et je lui parle.* »

En fait, ils souhaitent que le médecin s'adresse à eux mais le traduisent en « non verbal ». Ils invitent à entendre ce qu'ils ont à dire.

- b. Le rituel de l'examen du médecin constitue une approche « sensorielle » du corps qui peut à la fois faire mal plus qu'il ne fait peur, et être agréable

Il contribue à la **construction identitaire** de l'enfant.

La consultation se fait dans une mise en scène connue des enfants.

B3 : « *On s'allonge sur un truc [...] pour écouter le ventre.* »

J4 : « *Il me dit, va sur la balance, et tout, et tout...* »

J5 : « *Il me dit tu vas à la balance...tu te mets dessus...après tu descends...et après ...il me parle.* »

L'examen est ressenti comme **désagréable**, surtout par l'**intrusion** d'un objet, l'**agression** par la lumière et les piqûres.

J2 : « *En fait quand j'ai peur du truc qui fait peur... et ben en fait quand on met le bout de bois grosse, grosse, grosse, comme ça (écarte ses mains de plus de 30 cm), et ben en fait ça fait mal à ma langue.* »

B1 : « *Moi y a des fois je pleure [...] parce que des fois il me fait un petit peu mal [...] quand il me fait une piqûre. »*

R4 : « *J'aime pas quand les docteurs ils mettent les bâtons dans la bouche. »*

J4 : « *La lumière qui m'embête dans mes yeux. »*

Le plus souvent **la piqûre est évoquée par le vaccin**, assimilée à la prise de sang et quelque fois comme moyen de soigner.

Pour B5 et J4 : « *C'est des piqûres ! »*

J1 : « *Pour voir le sang, si il circule bien. »*

B5 : « *Pour savoir si j'ai trop de sang... »*

J1 : « *Ça enlève du sang. »*

J5 : « *Ma cousine elle fait toujours ce soir des piqûres... parce qu'elle grandit pas. »*

Le vaccin est reconnu comme quelque chose de **nécessaire** et d'utile qui ne s'adresse pas qu'aux enfants.

J4 : « *C'est ma maman et Rachel qu'ont eu. [...] Rachel en a déjà eu un, et maman aussi [...] parce que le Docteur il avait dit qu'il fallait faire un vaccin.»*

B2 : « *C'est « Zouzou » (frère) qui en fait. Mais j'étais pas là...»*

R4 : « *Mon p'tit frère [...] parce que il était fragile. »*

Mais le **toucher** est ressenti comme **agréable**, voire **érotisé** et apprécié des enfants.

J2 : « *Des fois il caresse [...] il caresse les Monsieurs et les Madames... [...] là (caresse sa joue) [...] j'ai que aimé ça (montre son ventre), et aimé le dos. »*

B2 : « *Moi ça me fait rigolo quand il me touche. »*

B3 : « *Moi, le truc qui chatouille, j'adore... [...] au ventre, et au dos. »*

R4 : « *Parce que j'aime bien quand....quand il met les trucs dans la bouche et ben ça fait des guilis dans la bouche. »*

La consultation permet une expérience d'**estime de soi** et de rapport à la norme au travers des soins corporels.

La reconnaissance du courage et de l'attitude de l'enfant est saluée par la récompense.

B5 : « *Moi l'autre jour, elle m'a fait la piqûre et elle m'a donné des bonbons. »*

B3 : « Une autre fois, quand j'étais très courageuse, y a un Docteur qui m'a donné un bonbon... »

B4 : « Ba moi quand je suis allée à l'hôpital, j'étais courageuse et...j'ai eu quelque chose...j'me rappelle plus...un diplôme ! [...] un diplôme de...d'enfant. »

B4 : « A l'hôpital, quand je m'étais ouvert le menton, j'ai même pas pleuré et j'ai eu un DIPLOME ! »

L'examen clinique et les mesures statur pondérales en particulier, centrés sur la personne de l'enfant, le garantissent de sa progression par rapport à la norme.

Ils aiment être mesurés et pesés.

R1 : [pour savoir] « si on est grand... »

B4 : « Pour savoir les kilomètres qu'on fait. »

B4 : « Pour savoir la taille qu'on fait. »

B2 : « Pour savoir si on est trop gros. »

B1 : « Pour manger...parce que sinon, on ne sait pas. »

R5 : « C'est drôle [...] quand on se mesure [...] parce que [je sais] combien j'ai. »

- c. C'est aussi l'occasion d'une rencontre intime avec les membres de sa famille qui interpelle les liens familiaux et sa place

L'enfant développe une attention particulière à la question de la maladie de ses proches, ce qui n'est sans doute pas sans soulever la question de la mort. Par des expériences passées, certains reconnaissent la mort comme une issue possible de la maladie.

R1 : « On écoute. »

J1 : « Parce que je sais ils sont malades de quoi. »

J4 : « Parce que y a le Papi de Candice, il était mort à cause de la maladie. »

B4 : « Et mon Papi aussi il est allé au Docteur, et à l'hôpital. Il est resté très longtemps et nous, grâce à Mamie, elle connaissait le chemin, alors après elle nous a emmenés [...] Il était tout seul. Et après nous on est venus. Et moi j'avais peur de lui faire des bisous [...] pour pas attraper sa maladie. »

Son envie et son plaisir de voir ce qui se passe rencontrent la nécessaire limite de la pudeur et du respect de l'intimité de l'autre. Il est aussi confronté à la séparation d'un proche constituée par la présence d'un tiers dans une relation de laquelle il est exclu.

R1 : « *Moi je boude [...] parce que je voulais voir [...] quand il s'occupe de maman [...] parce que maman elle veut pas me répondre, elle répond que à le Docteur.* »

R1 : « *Parce que pour regarder il fait quoi à Méline, quand il regarde dans les oreilles. Je regarde.* »

J4 : « *Moi je regarde ma sœur [...] je suis debout.* »

R5 : « *Je joue mais des fois je regarde.* »

B1 : [au sujet de Camille, sa grande sœur] « *J'ai envie de la regarder mais elle veut pas. Et Papa il dit Non.* »

Ce comportement n'est pas toujours présent. L'attitude de l'enfant manifeste parfois une certaine indifférence voire un désintéret. On peut penser que cela permet une mise à distance protectrice ou une acceptation sereine de la situation.

Quand on les interroge sur ce qu'ils font pendant la consultation d'un proche, certains répondent :

R1 : « *Ba on joue...* »

R2 : « *On peut lire un livre.* »

Plutôt que d'accompagner un frère ou une sœur chez le médecin, R2 et R3 préfèrent « *rester à la maison* ».

L'enfant, observateur de la consultation d'un frère ou d'une sœur, se rassure au travers de l'expérience de l'autre sans être mis à l'écart et en pouvant s'identifier à celui-ci.

J4 : « *Parce que comme ça moi j'ai plus peur [...] quand je suis malade [...] Comme ça si ils ont pas peur, et ben moi j'aurais pas peur.* »

R2 : « *Parce que je vois si elle a mal ou pas mal.* »

Le déshabillage pouvant mettre à nu les parties érogènes du corps d'un proche soulève un trouble et une crainte chez l'enfant. Cette réaction vient rappeler l'existence de la sexualité infantile dont il faut tenir compte et apprécier les enjeux.

J4 : « *Et ben en fait papa il s'est mis en caleçon... parce que c'est le docteur qui l'avait dit [...] quand le docteur il a dit qu'il enlève son pantalon et son T-shirt... [...] je voulais pas voir que Papa il se déshabille... [« Et si c'est Maman ? »] euh...je regarde. [« Et si c'est ta grande sœur ? »] j'aimerais pas...»*

Quand on demande à J5 si elle aime regarder l'examen de sa sœur quand celle-ci est malade, elle répond : « *Non [...] parce que ça fait un petit peu peur... [...] parce que elle enlève le T-shirt... »*

6. Une rencontre avec le Docteur, une personne proche mais mise à distance, une figure d'autorité et chargée d'affects, un adulte fiable qu'on aimerait choisir

Le médecin est nommé « Docteur ». C'est une personne proche dont la rencontre est chargée d'affects. Il est qualifié de « gentil », « bien », « beau » et il ne fait pas mal.

A la question « comment appelez-vous votre médecin ? », les enfants répondent :

J1 : « *Docteur « Sincristin. » (pour Sagrista) »*

J4, J3, J5 : « *Docteur. »*

R2 : « *Docteur Sagrista. »*

R1 : « *Docteur ou médecin. »*

R6 : « *Docteur Millefroi. » (pour Vuillefroy)*

B1 + B3 + B4 disent aller « *chez le Docteur »*.

J2 : « *Il est bien [...] parce que des fois il caresse. »*

R4 : « *Il est gentil. »*

R3 : « *Euh...gentille [...] parce qu'elle est belle. »*

B2 : « *Ben il est gentil parce que il me fait pas mal. »*

B5 : « *Moi il me fait pas mal, il me fait rire. »*

C'est une personne dont on connaît le prénom mais avec laquelle on garde une certaine distance, parfois craintive, en l'appelant « Docteur ».

B1 : « *Fabrice [...] mon Docteur il s'appelle Fabrice [...] moi, tu sais, et ben je suis timide. En plus, au lieu de dire « je vais chez Fabrice », et ben je dis « je vais chez le Docteur » [...]*



*je suis trop timide pour l'appeler Fabrice [...]. Et en plus, des fois tu sais pourquoi j'ai pas envie de l'appeler Fabrice, parce que je suis trop timide qu'il me dise « c'est pas bien de m'appeler Fabrice » [...] j'ai trop peur qu'il me dise ça du coup j'ai pas envie. »*

B4 : « *Moi je connais pas son nom, je veux demander mais j'ai trop peur. »*

Il représente en effet une figure d'autorité dont découle une attitude conciliante, respectueuse, et obéissante de l'enfant.

J4 : « *Moi je fais ce qu'il dit [...] par exemple, il me dit de m'allonger sur le truc...et je m'étais allongée. »*

R2 : « *Je me trouve gentil. Je l'écoute et puis je me laisse faire. »*

R4 : « *Je suis gentille. J'écoute le Docteur. »*

R3 : « *Je dis rien. »*

R 1 : « *J'aime pas quand il me gronde. Il me gronde des fois. »*

B3 : « *Je l'écoute [...] c'est le docteur qui décide si on prend quel médicament. »*

C'est une personne investie du pouvoir de soigner qui nécessite d'être bien choisie. Ce choix est souvent dépendant des habitudes parentales et adapté au contexte de vie, basé sur le côté pratique.

Pour B4 : « *Oui c'est important, important [de choisir son médecin]. »*

B5 argumente : « *Parce que si on est malade et qu'on est encore plus malade, on sera obligé de retourner au Docteur. »*

B3 confirme : « *C'est important parce que si on est malade on est obligé d'aller au Docteur. »*, B4 complète : « *Aussi quand on est malade, aussi, faut tester, il faut aller tout le temps chez le Docteur, sinon on va être tout le temps malade. »*

Pour J4 aussi ce choix est important « *parce que en fait, si on va pas au même Docteur et ben on nous amène....par exemple si c'est papa qui va pas au même Docteur, et ben il m'emmènerait pas chez un autre Docteur. »*

J1 : « *Oui, parce que sinon on fait des aller-retours. »*

Il ne correspond pas toujours au choix des parents et repose plutôt sur des critères physiques et de genre.

R4 : « *Moi je ne trouve pas ça bien [...] parce mon papa il l'aime le Docteur et ma maman elle l'aime mais moi je l'aime pas.* »

B1 : « *Moi j'aimerais bien voir le même Docteur que maman parce que je le vois jamais.* »

B4 : « *Moi je veux avec une fille parce que une fille avec une fille je vois que c'est bien. [...] J'aime bien avec fille et fille et avec gars et gars.* »

R5 : « *Oui mais....à la fille ça fait pas mal [...] la docteur [...] mais pas le gars, la fille... [...] tu sais qu'a un p'tit fauteuil... [...] et ben moi, je l'adore. Chez la fille c'est beaucoup plus mieux hein. Ça fait pas mal. [mais pas le Monsieur] parce que il a un grand fauteuil...et en plus, il est comme ça... (montre un espace de 40 cm entre ses mains)...il est comme ça, avec des p'tits jeux en plus... [...] il est grand comme ça (place sa main au-dessus de sa tête) [...] le lit.* »

A la question « comment aimeriez-vous qu'il soit votre Docteur ? »,

R1 répond : « *beau, belle* ». »

B4 (fille) : « *Moi j'ai envie que ce soit une fille mais avec des cheveux longs [...] parce que j'adore les filles, je veux que ce soit une fille avec les cheveux longs et jaunes, parce que j'adore les filles comme ça.* »

B3 (fille): « *Moi une fille aux cheveux longs et marrons.* »

B1 : « *Moi je voudrais que ce soit un Mr qui n'a pas de frange, et bien coiffé.* »

Quand les critères de choix ne correspondent pas à ceux qu'aime l'enfant, celui-ci ne l'exprime pas forcément aux parents par crainte d'être grondé.

R4 : « *Moi y a un Docteur que j'aime pas [...] parce que j'aime pas ses cheveux [...] j'aime pas les cheveux comme ça ... (mime la coiffure) un petit peu comme ça...sur la tête sauf là. Mon papa il en a jusque-là, ça va, mais mon Docteur il en a jusque-là, à la moitié de la tête. [...] Non [je ne l'ai pas dit à Papa et Maman] parce que j'ai pas envie qu'ils me grondent.* »

Le médecin représente une personne accessible, joignable, sur laquelle on peut compter.

Pour les enfants, le médecin vient au cabinet « *quand quelqu'un l'appelle (J4)* », « *quand c'est le matin [...] si y a plein de gens...il vient le matin tout le temps, parce que si y a quelqu'un qui appelle et qu'il est pas là, il peut pas appeler (J1)* ».

## B. RESULTATS DES REPRESENTATIONS GRAPHIQUES

### 1. La consultation, une visite accompagnée et en famille

L'enfant s'y rend en famille, accompagné de sa mère ou de son père, voire des deux, et parfois aussi des frères et sœurs.

R2 : avec « *maman* ».

J4 : avec « *papa ou maman* ».

R4 : avec « *maman* », « *papa* » et le petit frère.

### 2. La consultation, une relation duelle et confiante avec le médecin

C'est une rencontre de l'enfant, seul, avec le médecin, une expérience individuelle, sans cadre représenté.

Dessin de B3 : B3 et son médecin « *dame* » sont représentées seules et sans contact. Aucun objet technique n'apparaît. Les deux personnages sont colorés, de couleurs identiques et ont l'air enjoué.

Dessin de R5 : sur le recto on voit les deux sœurs de R5 en consultation chez un médecin femme. Au verso, quand elle représente sa propre consultation, c'est seule avec un médecin homme qu'elle le fait. Intervient quand même dans cette relation duelle la « *petite bête* ». Ce 3ème élément peut symboliser la maladie, une maladie soignable puisque « *gentille* », non agressive, non violente. Il transparaît une certaine confiance de R5 envers son médecin qui la soigne, la rassure. « *C'est moi mais qui me sens pas bien donc il me soigne [...] mais après avec la piqûre j'étais bien* ».

### 3. La consultation, un lieu technique et une expérience corporelle

#### a. Le plus souvent matérialisée techniquement et surtout par la piqûre

R2 : « *Ça c'est où je m'allonge, et puis ça c'est la piqûre. Et puis ça c'est pour mettre dans les oreilles.* »

R4 : « *Alors, ça c'est le lit. Là c'est le Docteur [...] et les trucs qu'il a besoin.* »

J5 représente un bureau, des instruments, une échelle.

Sur le dessin de J3 apparaît comme seul objet une piqûre.

b. La rencontre médecin/enfant est médiatisée par un objet qui touche, qui voit.

Dessin de R5 verso : le médecin, homme, intervient sur son corps par une piqûre qui soulage.

« *Le monsieur il me fait une piqûre ici [...] il me soigne avec ça.* »

Pour symboliser le contact avec le médecin, il faut l'instrument.

L'environnement est peu représenté. Quand l'enfant ne va pas bien le cadre du cabinet n'est pas marqué.

c. Parfois la présence du médecin n'est pas représentée.

Pour J3, le lieu de la consultation est un lieu où on fait une piqûre.

Pour J5 et R3, c'est un lieu où on se fait examiner par des appareils, où on se fait soigner.

R3 : « *J'ai pas dessiné le Docteur [...] il guérit les oreilles.* »

J5 : « *C'est bien. Ça fait pas mal.* »

Le médecin n'apparaît pas. C'est le ressenti de la piqûre, de l'examen qui compte.

4. Le lieu de consultation : un lieu sans matériel, intime, plutôt serein, qui fait du bien

a. Un lieu à part, séparé des autres, bien circonscrit, limité, parfois avec une porte qui se ferme et qui s'ouvre

Pour B2, le cabinet est distinct des habitations et symbolisé par une porte imposante.

Pour B1, c'est un lieu où il se dit quelque chose. « *Papa il parle au Docteur* ». Ce qui est dit est inscrit quelque part, « *y a un ordinateur en fait pour que le docteur il écrive, ce que papa il dit ou ce que moi je dis* ». Ce ne sont pas des paroles en l'air. Les instruments ne sont pas représentés. B1 et sa maman attendent à l'extérieur, cette dernière n'a même pas d'oreilles pour entendre ce qui se dit. Le dessin est petit, le cabinet confiné.

Plus qu'un lieu technique, le cabinet est ici un lieu de parole, de confiance et d'inscription.

- b. Pour certains, un lieu de sensations, de satisfaction, serein, opposé à l'agitation extérieure

R6 représente un cabinet très coloré, fleuri. Le médecin y est souriant. C'est un lieu paisible et gai.

Pour B5 le cabinet est « *une maison* » comme une autre avec un toit, une porte. Les instruments ne sont pas représentés mais apparaissent des jeux et des sucettes, objets de satisfaction.

Le dessin de B5 reflète un contraste entre un extérieur agité avec l' « *orage qui éclate* », qui « *claque* » (comme symbole de la maladie qui frappe et crée une rupture ?) et un intérieur bien fermé, circonscrit, serein, rassurant, où elle est accompagnée de sa maman.

- c. Pour d'autres, une salle d'attente agréable, sans matériel d'examen ni présence du Docteur

J1 et B4 n'ont représenté que la salle d'attente, endroit coloré où on peut lire et regarder la TV. Pour B4, le cabinet c'est « *trop* », il y a « *trop de choses* ». C'est un lieu plein d'objets où le médecin n'apparaît pas. La présence humaine n'est pas mise en avant.

Le lieu retenu est celui où on se sent bien.

## 5. Un lieu structuré, de cheminement et de rituels, avec un lit où on s'allonge

J4 représente le cabinet comme un lieu structuré, organisé, un endroit où on rentre et on sort. D'abord la secrétaire qui assiste le médecin « *une madame qui fait des trucs pour le médecin* », puis la salle d'attente, et enfin le cabinet. Les choses se font en plusieurs temps, y compris pendant la consultation : une phase de parole, puis l'examen « *après je monte pour voir si y a un truc* » et pour finir la pesée. Le dessin n'est pas statique, il est vivant, avec du mouvement.

Le cabinet est symbolisé le plus souvent par un « *lit* », un « *matelas* ».

R3 dessine « *le lit où on s'allonge* ».

Dans le dessin de B3, le matelas est même le seul élément de soin représenté.

J3, malgré la piqûre, est souriante, sur un matelas très coloré.

Dans le dessin de R4, la consultation se fait en famille et n'est pas désagréable. Le cadre est clair, les choses sont posées, les traits fins. Pour R4 qui n'est pas forcément malade, le lieu de la visite est un lieu technique mais serein.

# DISCUSSION

## A. DISCUSSION DE LA METHODE

### 1. Analyse critique de l'échantillon

Le choix de l'âge de 5-6 ans nous a semblé judicieux. C'est l'âge où l'enfant commence à utiliser un langage intelligible et à se servir de ses représentations mentales pour évoquer les objets, personnes ou événements rencontrés, même s'ils sont absents. C'est, selon Piaget, la fin de la « période préopératoire » où l'enfant se détache de la perception immédiate. La fonction symbolique se développe par le langage, le jeu, le dessin. A cet âge, l'enfant n'a pas encore intégré le cours préparatoire. Ses représentations ne sont pas encore trop influencées par la pensée de l'adulte, par le parcours scolaire. Il conserve la spontanéité de son expression.

Choisir des enfants appartenant au même « groupe-classe » a permis de faciliter les échanges et de favoriser le dynamisme des entretiens, les enfants se connaissant préalablement.

Le choix de ne pas prévenir l'échantillon à l'avance de sa participation à ce travail a eu pour but de limiter l'introduction éventuelle de biais liés à de possibles échanges sur le sujet avec l'entourage, avant les entretiens.

Constituer un échantillon d'enfants vivant en milieu rural a permis d'éviter le biais du suivi par un pédiatre libéral.

Le fait de connaître préalablement, pour des raisons personnelles, une partie de l'équipe pédagogique de cette école, a facilité l'adhésion de l'équipe au projet et a limité les contraintes organisationnelles.

La taille de l'échantillon nous a semblé suffisante et adaptée, laissant la possibilité à chaque enfant de s'exprimer et d'approfondir au fil des entretiens, ce qu'il avait à raconter.

### 2. Analyse critique des entretiens

Les entretiens n'ont débuté qu'au mois de novembre et non dès la rentrée de septembre et se sont poursuivis jusqu'à la fin de l'année scolaire. Les enfants avaient ainsi eu le temps d'apprendre à se connaître, et cette période offrait suffisamment de temps pour atteindre l'objectif de saturation des données tout en respectant la contrainte temporelle de l'année scolaire.

Le choix du lieu pour la réalisation des entretiens, une salle de convivialité connue des enfants, a permis de créer un environnement familial, rassurant, qui a favorisé leur expression.

La taille de ces sous-échantillons (5 enfants) nous a semblé propice à l'expression de chacun tout en permettant le dynamisme au sein du groupe.

On notera l'absence d'un enfant du groupe « Bleu » ( B4 ) lors du 1<sup>er</sup> entretien et l'arrivée en cours d'année scolaire d'un nouvel élève dans le groupe « Rouge » qui à partir du 2<sup>e</sup> entretien a donc compté 6 enfants.

L'hétérogénéité des niveaux de langage a pu entraîner des interprétations plus ou moins complexes de ce que voulaient dire les enfants.

### 3. Analyse critique des représentations graphiques

J2 était absent lors de cette séance.

Nous admettons que l'analyse des dessins a nécessité une part d'interprétation introduisant peut-être une subjectivité, réduite par l'analyse en binôme.

## B. DISCUSSION DES RESULTATS

### 1. Les motifs de consultation : la maladie et le désagrément ressenti.

Les enfants énoncent de multiples motifs de consultation mais s'en tiennent à la dimension curative de celle-ci, citant la maladie en elle-même ou les désagréments qu'elle provoque. Contrairement à l'étude de R. Charles [4] dans laquelle certains enfants reconnaissaient les actes de prévention, en particulier la vaccination, comme un motif de visite chez le médecin, ici, la prévention, le dépistage ne sont pas évoqués. Le vaccin, d'ailleurs, n'est pas encore intégré comme un moyen de prévenir la maladie, même si les enfants lui reconnaissent un caractère universel, nécessaire et bienfaiteur.

Soulignons que l'échantillon interrogé dans l'étude de R. Charles concernait un intervalle d'âge (5-10 ans) qui incluait le rappel vaccinal des 6 ans, contrairement au nôtre, plus jeune, pour qui les derniers vaccins remontent à l'âge de 24 mois.

Il est surprenant de constater que déjà, à l'âge de 5-6 ans, l'enfant a intégré la notion de nuance de la plainte et d'automédication, accordant à la consultation un caractère non



systematique, non immédiat, et qu'il a conscience que sa visite chez le médecin nécessite l'élaboration d'une démarche.

## 2. Les attentes : comprendre et être écouté.

Au-delà de l'attente curative de la consultation, qui passe souvent par la réponse médicamenteuse, les enfants expriment aussi l'importance du « savoir ce que l'on a » qui permet d'être rassuré. Il en découle la nécessité d'une attitude pédagogique du médecin, l'adaptation de son discours au niveau de compréhension de l'enfant pour lui permettre d'accéder à son savoir.

Ce besoin d'explications est en cohérence avec les résultats de l'étude européenne réalisée par U. Kilkelly et présentée au Conseil de l'Europe en 2011 [5] qui concernait des enfants plus âgés (92.4% avaient plus de 10 ans) et dans laquelle la majorité des enfants espéraient être écoutés et comprendre les explications du médecin, volonté partagée par les enfants de l'étude de R. Charles.

Dans la thèse d'A. Hurpeau-Artis qui étudie l'accueil des enfants en médecine générale [6], les médecins interrogés disent s'adresser le plus souvent à l'enfant directement (67% dès les 2 ans du patient) et utiliser un langage clair et simple, sans abuser du vocabulaire enfantin et caricatural qui n'encourage pas l'enfant à s'investir dans la relation ni à se considérer comme une personne à part entière face au médecin.

Dans notre étude, les enfants n'ont pas soulevé le problème de l'incompréhension du discours du médecin mais expriment aussi clairement leur intérêt pour ce qui se dit. Pourtant, ils ne se placent pas comme interlocuteurs directs du médecin. Ils s'en remettent à l'autorité de l'adulte et c'est le parent présent qui est désigné pour ce rôle. A la demande explicite de savoir s'ils souhaitent que le médecin s'adresse à eux, ils répondent de manière positive mais non verbale.

Certains ont exprimé, au travers de leurs dessins, l'importance qu'ils accordent à la parole au cabinet qu'ils représentent comme un lieu de confiance, symbolisé par un endroit bien circonscrit, avec une porte qui s'ouvre et qui se ferme. Une parole inscrite, qui reste mais que l'extérieur ne peut entendre.

Même si pour beaucoup la visite chez le médecin se fait en famille, certains mettent en avant la relation duelle enfant-patient/médecin, se plaçant comme sujet, parfois même sans cadre ni objet environnant. Ceci conforte les résultats des entretiens qui soulignent l'importance à

considérer la consultation comme une expérience de la subjectivité de l'enfant et matérialise le besoin d'être entendu, exprimé par le non verbal.

Même s'il est incontestable que les attitudes sociales à l'égard des enfants ont considérablement évolué ces dernières années, la parole des enfants a longtemps été peu prise au sérieux. De l'Antiquité grecque à l'aube du XXème siècle en France, il était même interdit aux enfants de parler aux adultes. On peut d'ailleurs s'interroger sur le fait que cela ait vraiment changé au sein de nombre de familles d'aujourd'hui et se demander si l'enfant lui-même, imprégné de ces traditions et règles culturelles, ne s'interdit pas de parler au médecin, de par son statut d'enfant face à un adulte.

Le besoin d'être écouté, exprimé de façon indirecte par les enfants de notre étude, soulève la question de la difficulté de mettre en mots ce dont on n'a jamais fait l'expérience. On peut penser qu'il est nécessaire pour le médecin d'inviter l'enfant à s'exprimer en l'interpellant dans la consultation.

Françoise Dolto a œuvré pour la considération de la parole des enfants, supposant chez lui, et même déjà chez le nourrisson, la capacité à entendre une parole d'adulte, à se l'approprier et à y « répondre » à sa façon [7].

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant [8] accorde le droit à la liberté de pensée (art.14) avec pour seules restrictions le respect d'autrui et de l'Ordre Public, soit les mêmes qui limitent celle des adultes, sans tenir compte du caractère progressif de la maturation de l'enfant. Autrement dit, ces dernières années, l'enfant est mis dans une position identique à celle de l'adulte, remettant en question même la notion d' « enfance ».

On réduisait l'enfant au silence autrefois. On lui accorde aujourd'hui des capacités psychiques identiques à celles des adultes et on le charge du poids de la responsabilité que cela implique. On peut alors s'interroger sur l'incapacité des adultes à comprendre la réalité de l' « Enfance ».

Dans notre enquête, les enfants eux-mêmes semblent avoir saisi cette subtilité. Ils invitent le médecin à entendre ce qu'ils ont à dire, mais chargent le parent présent du rôle de médiateur.

Le médecin doit laisser de la place à la parole de l'enfant-patient tout en encadrant cette parole.

### 3. La salle d'attente : un lieu de mise en confiance.

Lorsqu'on interroge les enfants sur ce qu'ils aiment dans leur visite chez le médecin, la réponse la plus fréquente concerne la salle d'attente, malgré l'attente parfois trop longue. Certains choisissent même de ne dessiner que ce lieu pour représenter graphiquement leur visite chez le médecin.

C'est un lieu apprécié pour ses jeux et ses livres, parfois pour la télévision.

Bien qu'ils ne donnent que peu de détails sur le type d'activités proposées, les enfants de notre étude semblent satisfaits des jeux et livres mis à leur disposition, contrairement aux critiques émises par leurs aînés dans l'étude de R. Charles qui les considèrent comme inadaptés à leur âge, réservant les jeux type Léo\* aux « bébés ». [4]

Vers 5-6 ans, l'enfant, par le jeu, peut exprimer ses fantasmes, ses souhaits. Le jeu lui permet d'assimiler un événement impressionnant, de se rendre maître et de renverser les rôles. L'enfant à cet âge est capable du semblant, de jouer « pour de faux ». Le jeu est une expérience émotionnelle correctrice au cours de laquelle l'enfant exprime ses sentiments agressifs, sa colère, ses angoisses, mais aussi ses envies et ses sentiments positifs. Par imitation, par identification, il se projette, se libère. [9] [10]

C'est probablement par son rôle rassurant, « canaliseur d'angoisse », que le jeu dans la salle d'attente prend toute son importance. Il en est de même pour le livre qui permet une évocation de l'esprit et de l'imaginaire.

Selon les médecins interrogés par D. Meyerink qui a étudié l'arrivée en salle d'attente [11], les enfants accueillis de façon agréable en salle d'attente, ayant pu s'occuper de manière ludique, se présentent beaucoup plus calmes et détendus en consultation. Elle précise que la diminution de l'énervement des parents par l'occupation des enfants contribue également à ce phénomène. Elle souligne aussi que, selon les médecins, certains enfants sont ravis de retrouver des jouets ou livres déjà présents lors de consultations précédentes. Ces objets familiers appartiennent au médecin qu'ils considèrent alors comme un allié et contribuent à la création d'une coopération médecin/enfant pour l'examen à venir.

En cela, ces résultats sont tout à fait en accord avec les réponses données par les enfants de notre étude, le point de vue des médecins semble donc concorder avec celui des enfants.

D'ailleurs, A. Hurpeau-Artis affirme dans sa thèse que près de 2/3 des cabinets médicaux des médecins généralistes sur lesquels porte son enquête possèdent au moins un coin-jeux dans leur salle d'attente. [6]

D. Meyerink précise aussi l'importance de la décoration des murs et du mobilier de la salle d'attente, des couleurs utilisées, qui doit amener l'enfant à se sentir bien [11]. Cet aspect n'a pas été commenté par les enfants lors de nos entretiens. Toutefois, quand ils représentent graphiquement la salle d'attente, c'est toujours d'une façon très colorée, laissant supposer une atmosphère accueillante et gaie se prêtant au jeu et à la détente.

Au médecin donc d'accorder une importance toute particulière à ce lieu afin de mettre les enfants dans les meilleures dispositions de sérénité et confiance pour appréhender la consultation qui suit.

#### 4. L'examen clinique comme reflet de la sexualité infantile : entre pudeur naissante et volonté de séduction.

Les enfants de notre étude ont manifesté un sentiment négatif vis-à-vis de l'examen de la bouche ou de l'oreille. Ceci corrobore les résultats de N. Erbacher, qui, dans sa thèse sur le comportement de l'enfant de 2 ans en consultation de médecine générale [12], conclut que l'un des moments les plus difficiles pour l'enfant est effectivement celui de ces parties de l'examen, qu'elle explique par la notion d'effraction de l'enveloppe corporelle comme une atteinte à une des acquisitions récentes de l'enfant de cet âge.

Plus que la peur, c'est la douleur qui est mise en avant dans notre étude pour expliquer le désagrément occasionné par ces gestes. Le point de vue des enfants est ici en discordance avec celui des médecins interrogés par A. Hurpeau-Artis qui définissent la peur comme origine des pleurs à 95%. [6]

Les enfants n'ont exprimé aucune crainte ni inconfort vis-à-vis de leur déshabillage, contrairement aux enfants de 12 à 30 mois observés dans l'étude de N. Erbacher [12], réaction négative qu'elle explique par l'agression de l'enfant dans la conscience naissante de son enveloppe corporelle.

De même, la représentation du cabinet comme un lieu agréable avec, comme élément marquant, la table d'examen assimilée à un lit sur lequel on s'allonge, fait discuter l'idée exposée par N. Erbacher qui affirme que l'étape de l'allongement sur la table d'examen, comme celle du déshabillage, est vécue comme une source d'angoisse par l'enfant, contrariant sa conquête, en cours ou récente, de la verticalité et limitant sa motricité.

L'acceptation sereine de ces étapes par les enfants plus âgés de notre étude souligne l'évolution de leur développement psychoaffectif, l'émergence de leur conscience de la différenciation sexuée.

Le toucher, lui, est ressenti comme agréable, voire érotisé quand il est décrit comme « une caresse » « qui fait du bien ».

C'est en représentant un lieu technique que certains enfants de notre étude ont mis en avant l'expérience corporelle que constitue la consultation. Ils soulignent l'importance du contact, matérialisé par l'instrument sans représenter le toucher direct. En choisissant la piqûre le plus souvent comme objet de contact, dont la forme est parfois phallique, ils rappellent la notion d'effraction, de « pénétration » de l'enveloppe corporelle citée un peu plus tôt.

L'importance du contact et l'expression du plaisir provoqué par le toucher se placent comme des indicateurs du développement de la sexualité infantile à l'âge de 5-6 ans.

L'expression claire d'un trouble soulevé par la mise à nu d'un proche lors d'une consultation, en particulier quand il s'agit du parent de sexe opposé, devant un tiers, est aussi tout à fait cohérente avec la psychologie du développement de cet âge, confrontant l'enfant à son Œdipe.

Selon les théories freudiennes, l'enfant de 5-6 ans est au stade Œdipien de son développement. Il éprouve des sentiments amoureux et hostiles vis-à-vis de ses parents, situation qui crée chez lui angoisse et culpabilité. [13] [14]

Face à la menace inconsciente de castration comme une punition possible par le parent du même sexe, le petit garçon renonce à être l'objet unique de l'amour de sa mère et voit son père comme un rival qu'il va tenter d'imiter puis de surpasser. La petite fille renonce à posséder un pénis, admet la différence et déplace son envie sur le rêve de posséder un enfant de son père. [15] C'est au moment de cette période Œdipienne que le plaisir érogène concerne la sphère génitale proprement dite. La sexualité est alors référée au sexué, c'est-à-dire à la différence des sexes. L'amour des enfants pour leurs parents s'exprime par la séduction.

Par ailleurs, à l'âge où l'enfant prend conscience de la différence entre les sexes, il développe un réflexe de protection : la pudeur. [16] C'est un moyen de protéger son corps des autres, de se l'approprier. Il se crée une intimité, fixe des limites à ce qu'il veut partager. Son « Moi » se forme.

Parallèlement à la prise de conscience de son intimité, à 5 ans, l'enfant aime son corps dont les parties sexuées deviennent aussi objet de son amour et de sa fierté, après phase

d'acceptation de l'absence de pénis pour les filles. Sa nudité, il l'exhibe le plus souvent dans une volonté de séduction, inconsciemment incestueuse, séduction qu'il déplace du parent vers le tiers (médecin) qui le touche, en pleine résolution de son Œdipe.

Réside là toute la complexité de ce stade. Entre la pudeur naissante de l'enfant qui s'approprie un corps qu'il veut protéger et sa volonté de séduction au travers de celui-ci.

En plein bouleversement de sa sexualité, l'enfant de 5-6 ans, curieux de regarder l'autre quand il s'agit non plus d'un parent mais d'un frère ou d'une sœur, se heurte aux limites imposées par le respect de l'intimité du tiers plus âgé. Quand il se place en observateur, l'enfant exprime un effet de réassurance par identification à l'autre.

Il nous invite ainsi à ne pas le priver de ce moyen d'atténuer ses angoisses tout en respectant l'intimité de l'autre et sans imposer la nudité du parent au moment où l'enfant lui-même développe sa propre pudeur.

Respecter la pudeur de l'enfant en respectant celle de ses proches, c'est le considérer comme un individu et non un simple objet et considérer le corps de la petite personne comme une propriété privée, favorisant un sentiment de confiance mutuelle. La pudeur fait partie du respect qui lui est dû et lui permet d'humaniser sa sexualité. [17] Une nudité imposée peut être vécue comme une agression, comme la négation de l'autre et peut être violente pour l'enfant qui, en pleine construction psychique, fait l'expérience de sa subjectivité.

## 5. La santé de ses proches et la notion de mort.

L'intérêt suscité par l'observation de la consultation d'un proche, outre la réassurance apportée par identification, nous renvoie aussi à l'attention particulière que l'enfant porte à la question de la maladie d'un membre de sa famille qui l'interroge sans doute sur la notion de mort, non encore complètement acquise à cet âge.

A 5-6 ans, l'enfant a une certaine connaissance affective de la mort et peut exprimer des craintes à ce sujet mais cette notion reste floue. [18] Il n'évoque pas la mort avec le sentiment de détresse de l'adulte mais perçoit la gêne et l'angoisse de l'adulte. Des enfants ayant été confrontés prématurément à la mort dans le contexte familial peuvent avoir une certaine maturité à ce sujet et exprimer la peur de la séparation. A cet âge ils savent que la disparition d'un être cher engendre tristesse et pleurs.

## 6. La consultation : une expérience qui participe au développement de l'estime de soi

Au travers de l'expression de leur intérêt pour les mesures statur pondérales, les enfants de notre étude soulignent l'importance qu'ils accordent à leur progression par rapport à la norme, en accord avec leurs aînés interrogés par R. Charles. [4]

Ce résultat est le reflet de la constitution de l'estime de soi de l'enfant, à laquelle participent aussi le respect de sa pudeur et la prise en compte de sa subjectivité.

Selon le psychologue américain William Jones, qui a défini pour la première fois cette notion en 1890, l'« estime de soi se situe dans la personne et se définit par la cohésion entre ses aspirations et ses succès. » Pour D. Laporte, psychologue, « l'estime de soi se réfère à la valeur que l'on se donne soi-même dans différentes sphères de notre vie ». [19]

Elle fait partie intégrante de la construction identitaire, concept global qui recouvre le sentiment qu'à l'individu de lui-même, de son existence propre. Elle se forge et se remanie tout au long de la vie.

Les enfants de notre échantillon insistent aussi, à leur manière, sur l'importance de la reconnaissance de leur courage et de leur attitude face à des gestes douloureux et anxiogènes, reconnaissance qu'ils perçoivent via la récompense matérielle, friandises ou diplôme de courage.

Ceci est en corrélation avec la thèse d'A. Hurpeau-Artis qui souligne l'intérêt de la récompense en cas de difficultés propres à la consultation et aux gestes douloureux obligatoires [6], le courage des enfants étant alors salué et reconnu par le médecin, les confortant et valorisant leur implication dans le suivi de leur santé. Certains médecins interrogés révèlent que l'attitude d'empathie peut suffire à flatter l'égo de l'enfant. Des paroles de félicitations apportées en fin de consultation, déclarées ouvertement devant les parents, enrichissent la relation médecin/enfant et favorisent la reconnaissance de l'enfant par ses parents comme un patient à part entière. A. Hurpeau-Artis encourage ainsi la remise d'un diplôme de courage en cas de vaccination.

Dans l'étude de R. Charles, les médecins, souvent contre la valorisation de ce système, ne donnent pas de récompenses matérielles mais assurent récompenser oralement et automatiquement les enfants. [4]

Le point de vue des médecins est donc cohérent avec celui des enfants.

Ceci renforce l'idée selon laquelle la façon dont sont traités les enfants par les personnes significatives pour eux a une influence sur la formation de l'image qu'ils peuvent avoir d'eux-mêmes.

Considérer l'enfant, le féliciter, contribue à développer l'estime qu'il a de lui-même. Toute expérience affective, relationnelle ou sociale vient ébranler la construction identitaire de l'enfant et l'enrichir. L'enfant qui se développe dans un monde à son écoute, dans un environnement qui lui est sensible, développe un sentiment de confiance quant à son pouvoir d'influencer ce qui lui arrive. [20]

## 7. Les fonctions symboliques du médecin.

Si les représentations que l'enfant de 5-6 ans se fait des différents moments de sa visite chez le médecin reflètent sa construction identitaire et sont un indicateur du stade de son développement psychoaffectif, nos résultats montrent aussi que le médecin incarne les fonctions symboliques propres à ce stade.

La fonction maternelle d'abord. Les enfants reconnaissent en leur médecin une personne proche, accessible, bienveillante, gentille, qui soulage et rassure.

Une fonction paternelle aussi, le médecin représentant une figure d'autorité qui détient le savoir, qu'ils craignent parfois, à laquelle il faut obéir et qu'il faut respecter. Même s'ils connaissent son prénom, ils marquent avec lui une certaine distance en l'appelant « Docteur ».

Une fonction sexuelle enfin, car si le médecin détient le pouvoir de soigner, il a aussi un rôle phallique et souvent castrateur. Il incarne le tiers qui contribue à rompre la relation fusionnelle que l'enfant entretenait avec le parent de sexe opposé. Il a aussi le droit de toucher, de regarder des choses interdites, de « pénétrer » l'enveloppe corporelle par l'instrument.

L'importance des critères physique et de genre exprimée par les enfants dans le choix d'un médecin renvoie à la notion d'identification au parent de même sexe et, par extrapolation au tiers que représente le médecin, avec lequel il veut rivaliser.

Quand l'enfant joue « au Docteur », cette fonction lui permet de braver certains interdits et d'incarner chacun de ces rôles symboliques, lui donnant ainsi la possibilité d'exprimer les fantasmes desquels il peut se libérer.



## CONCLUSION

Si l'enfant de 5-6 ans a déjà intégré le concept d'élaboration de la démarche de la consultation et que ses attentes d'être soulagé et de « savoir ce que l'on a » sont clairement exprimées, il nous rappelle aussi, à travers cette étude et par les représentations qu'il se fait de la consultation, les notions importantes du développement psychoaffectif propres à son âge à ne pas négliger.

Accorder de l'importance à la salle d'attente en offrant un environnement accueillant sans omettre toute la fonction symbolique du jeu qui permet à l'enfant de se libérer de ses angoisses.

Laisser une place à la parole de l'enfant en l'encadrant. Entendre ce qu'il a à nous dire, ne pas l'exclure de l'échange pour ne pas nier sa subjectivité tout en gardant à l'esprit qu'il n'est pas un adulte.

Etre attentif à la sexualité infantile, en respectant l'intimité et la pudeur dont l'enfant fait ses premières expériences, sans imposer le trouble que peut provoquer la mise à nu de l'autre.

Valoriser l'enfant pour l'aider à développer son estime de soi.

Cette étude invite le médecin à prendre conscience des enjeux des fonctions symboliques qu'il incarne et des conséquences possibles de son comportement face au très jeune patient, ce afin de ne pas le heurter dans son développement psychoaffectif et de l'aider à se construire.

La consultation est une fenêtre sur le développement de l'enfant. [21]

C'est en considérant l'enfant dans toute sa complexité d'être en pleine construction identitaire que le médecin pourra contribuer à faire de la consultation de médecine générale un moment agréable où s'établit une relation de confiance et une bonne coopération entre lui et l'enfant-patient.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] JEAMMET Ph., REYNAUD M., CONSOLI S.M., *Psychologie médicale*, 2<sup>e</sup> Edition, éd. Masson, 1996. (416p)
- [2] DREES, *La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale*, Document de travail, Série Etudes n°69, 2007. Disponible en ligne à l'url : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud69.pdf> (consulté le 22/10/2012)
- [3] PIAGET J., *La représentation du monde chez l'enfant*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 2003 [1947]. (335p)
- [4] CHARLES R., *Que pensent les jeunes enfants de la consultation au cabinet de médecine générale ?*, DMG St Etienne, Communication orale, 12<sup>e</sup> Congrès National de CNGE Collège Académique, 22 Novembre 2012, Lyon.
- [5] KILKELLY U., *Des soins de santé adaptés aux enfants : point de vue et expérience d'enfants et de jeunes dans les Etats membres du Conseil de l'Europe*, Lisbonne 2011. Disponible en ligne à l'url : [http://www.coe.int/t/dg3/health/Child\\_Friendly\\_Healthcare\\_Final\\_Report\\_French\\_version\\_.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Child_Friendly_Healthcare_Final_Report_French_version_.pdf) (consulté le 10/08/2012)
- [6] HURPEAU ARTIS A., *Accueil de l'enfant en médecine générale : la relation médecin enfant malade : à propos d'une enquête réalisée auprès de 128 médecins généralistes lorrains*, Thèse Médecine, Nancy 1, 2004. Disponible en ligne à l'url : [http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED\\_T\\_2004\\_HURPEAU\\_ARTIS\\_ANNE\\_SOPHIE.pdf](http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2004_HURPEAU_ARTIS_ANNE_SOPHIE.pdf) (consulté le 10/08/2012)
- [7] DOLTO F., *Tout est langage*, Paris éd. Gallimard, 1994, coll. Folio Essais (389p)
- [8] HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME, *Convention relative aux droits de l'enfant*, 1990. Disponible en ligne à l'url : <http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm> (consulté le 06/02/2013)

- [9] RICAUD-DROISY H., SAFONT-MOTTAY C., OUBRAYRIE-ROUSSEL N., *Psychologie du développement, Enfance et Adolescence*, éd. Dunod, 2008, coll. Manuels visuels de licence (256p)
- [10] WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité*, Paris, éd. Gallimard, 2002, coll. Folio Essais n°398 (275p)
- [11] MEYERINK D., *Les enfants dans la salle d'attente du médecin généraliste*, Thèse Médecine, Toulouse 3, 2011
- [12] ERBACHER N., *Comportement de l'enfant de deux ans en consultation de médecine générale*, Thèse Médecine, Nantes, 2006. Disponible en ligne à l'url : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=5828a28d-11a6-471a-8238-351c269513cc> (consulté le 10/08/2012)
- [13] FREUD S., *Cinq leçons sur la psychanalyse* (4<sup>e</sup> leçon.2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> parties), éd. Payot, 1966, nouvelle éd.2010, coll. Petite Bibliothèque Payot n°1 (168p)
- [14] BEE H., *Psychologie du développement : les âges de la vie*, éd. De Boeck Université, 1997
- [15] DUVERGER Ph. & coll., *Sexualité normale et ses troubles*, cours Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Faculté de Médecine d'Angers, Module 3 DCEM « Maturation et vulnérabilité », Item 40. Disponible en ligne à l'url : <http://med2.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/cours-fichiers/Sexualite%20normale%20et%20ses%20troubles.pdf> (consulté le 06/02/2013)
- [16] MOREL CINQ-MARS J., *Quand la pudeur prend corps*, éd. Presses Universitaires de France, n°1, 2002, coll. Partage du savoir (320p)

[17] MURCIER N., *De la difficulté à se représenter l'enfant sexué*, La lettre de l'enfance et de l'adolescence, 4/2004 (n°58) p89-95 Disponible en ligne à l'url : <http://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2004-4-page-89.htm#citation> (consulté le 06/02/2013)

[18] OPPENHEIM D., *Parents : comment parler de la mort avec votre enfant ?*, éd. De Boeck, 1<sup>ère</sup> éd., 2007 (168p)

[19] LAPORTE D., *Favoriser l'estime de soi des 0-6 ans*, éd. Hôpital Ste Justine, 2002 (104p)

[20] DUCLOS G., *L'estime de soi, un passeport pour la vie*, éd. Hôpital Ste Justine, 2011 (241p)

[21] BRAZELTON T. B., *Points forts Tome 2, de 3 à 6 ans*, éd. Lgf, 2004 (637p)

# TABLE DES MATIERES

<u>REMERCIEMENTS</u> .....	6
<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u> .....	10
<u>PLAN</u> .....	11
<u>INTRODUCTION</u> .....	12
<u>METHODOLOGIE</u> .....	14
A. La population .....	14
1. Sélection des enfants : .....	14
2. Constitution de la population cible : .....	14
B. Les entretiens .....	14
1. Réalisation des entretiens : .....	14
2. Grille d'entretien : .....	15
3. Représentations graphiques .....	16
C. Recueil des données .....	16
<u>RESULTATS</u> .....	17
A. Résultats des entretiens .....	17
1. Le motif de consultation est rarement exprimé par une maladie nommée .....	17
2. La consultation nécessite l'élaboration d'une démarche .....	17
a. La demande de consultation .....	17
b. L'accès à la consultation .....	18
c. La nécessité de la consultation n'est pas systématique .....	18
3. Les attentes de la consultation .....	19
4. Le cabinet médical : un lieu de travail pour le médecin et avant tout une salle d'attente plaisante pour les enfants .....	19
a. Le lieu de la consultation est bien identifié comme un lieu de travail .....	19
b. Avant la consultation, l'attente, parfois trop longue, se fait dans une salle très appréciée des enfants .....	20
5. La consultation : une expérience subjective de l'enfant .....	20
a. Le médecin s'adresse plus souvent aux parents qu'à l'enfant .....	20
b. Le rituel de l'examen du médecin constitue une approche « sensorielle » du corps qui peut à la fois faire mal plus qu'il ne fait peur, et être agréable .....	21

c.	C'est aussi l'occasion d'une rencontre intime avec les membres de sa famille qui interpelle les liens familiaux et sa place.....	23
6.	Une rencontre avec le Docteur, une personne proche mais mise à distance, une figure d'autorité et chargée d'affects, un adulte fiable qu'on aimerait choisir .....	25
<b>B.</b>	<b>RESULTATS DES REPRESENTATIONS GRAPHIQUES .....</b>	<b>28</b>
1.	La consultation, une visite accompagnée et en famille .....	28
2.	La consultation, une relation duelle et confiante avec le médecin.....	28
3.	La consultation, un lieu technique et une expérience corporelle .....	28
a.	Le plus souvent matérialisée techniquement et surtout par la piqûre .....	28
b.	La rencontre médecin/enfant est médiatisée par un objet qui touche, qui voit. .	29
c.	Parfois la présence du médecin n'est pas représentée. ....	29
4.	Le lieu de consultation : un lieu sans matériel, intime, plutôt serein, qui fait du bien. ....	29
a.	Un lieu à part, séparé des autres, bien circonscrit, limité, parfois avec une porte qui se ferme et qui s'ouvre .....	29
b.	Pour certains, un lieu de sensations, de satisfaction, serein, opposé à l'agitation extérieure.....	30
c.	Pour d'autres, une salle d'attente agréable, sans matériel d'examen ni présence du Docteur.....	30
5.	Un lieu structuré, de cheminement et de rituels, avec un lit où on s'allonge.....	30
	<b><u>DISCUSSION</u> .....</b>	<b>32</b>
<b>A.</b>	<b>Discussion de la méthode .....</b>	<b>32</b>
1.	Analyse critique de l'échantillon.....	32
2.	Analyse critique des entretiens.....	32
3.	Analyse critique des représentations graphiques.....	33
<b>B.</b>	<b>Discussion des résultats.....</b>	<b>33</b>
1.	Les motifs de consultation : la maladie et le désagrément ressenti.....	33
2.	Les attentes : comprendre et être écouté. ....	34
3.	La salle d'attente : un lieu de mise en confiance.....	36
4.	L'examen clinique comme reflet de la sexualité infantile : entre pudeur naissante et volonté de séduction.....	37
5.	La santé de ses proches et la notion de mort. ....	39

6. La consultation : une expérience qui participe au développement de l'estime de soi..	40
7. Les fonctions symboliques du médecin.....	41
<u>CONCLUSION</u> .....	42
<u>BIBLIOGRAPHIE</u> .....	43
<u>TABLE DES MATIERES</u> .....	46
<u>ANNEXES</u> .....	49
Annexe 1 : Grilles d'entretien.....	49
Annexe 2 : Détail des groupes et répartition des genres.....	52
Annexe 3 : Commentaires des représentations graphiques.....	53

# ANNEXES

## **ANNEXE 1 : GRILLES D'ENTRETIEN**

### Entretien n°1

- 1) Pour vous, qu'est-ce que c'est une visite chez le médecin ?
- 2) Quand est-ce que vous y allez ?
- 3) Qui est pour vous le médecin ? Comment est-il ? Comment le trouvez-vous ?
- 4) Comment vous comportez-vous chez le médecin ?
- 5) Pleurez-vous ? Pourquoi ?
- 6) Y a-t-il des choses qui vous font peur ?
- 7) Y a-t-il des choses qui vous déplaisent, vous embêtent ? Lesquelles ? Pourquoi ?
- 8) Y a-t-il des choses que vous aimez ? Lesquelles ? Pourquoi ?
- 9) Que ressentez-vous (qu'est-ce que ça vous fait) quand le médecin vous examine ?
- 10) A qui le médecin parle-t-il ? – en fonction des réponses : Aimerez-vous qu'il vous parle à vous ? Pourquoi ? // De quoi parle-t-il ? Qu'aimeriez-vous qu'il vous dise ?
- 11) Que se passe-t-il pour vous à la fin de la consultation ? Comment vous sentez-vous en sortant de chez le médecin ?

### Entretien n°2

- 1) Reprendre ce qui a été dit par les enfants lors du 1<sup>er</sup> entretien « De quoi a-t-on parlé la dernière fois ? Y a-t-il des choses que vous souhaitez ajouter ? Des choses que vous avez oublié de dire ? »
- 2) Comment ça se passe pour aller chez le médecin ? Qui décide d'y aller ? Comment y va-t-on ?
- 3) La dernière fois que tu as été malade, comment ça s'est passé ? Raconte-moi. + aborder le délai d'attente. Qu'en penses-tu ?
- 4) Présence de l'enfant à la consultation d'un parent, d'un frère, d'une sœur ? + revenir sur le malaise occasionné par le déshabillage du père abordé lors du 1<sup>er</sup> entretien.
- 5) Relancer la question du vaccin.
- 6) Etes-vous allés chez d'autres médecins ? à l'hôpital ? Est-ce que c'est différent ? Y a-t-il d'autres gens qui vous soignent ?



## Entretien n°3

1) La dernière fois, vous avez dit que vous discutiez avec le Docteur.

- de quoi discutez-vous chez le Docteur ?

- est-ce qu'il discute tout seul avec vous ? Est-ce que vos parents sont là ?

- aimeriez-vous être seul avec le Docteur pour discuter avec lui ? Est-ce que ça vous permet de mieux lui dire les choses ?

- y a-t-il des choses dont vous aimeriez parler avec lui ? Des questions à lui poser ?

- le médecin vous parle-t-il à vous ? Aimez-vous qu'il vous demande à vous ce que vous ressentez ? Est-ce que vous trouvez ça bien ?

2) Vous avez dit aussi que, quelquefois, vous alliez chez le Docteur pour Papa/Maman/frères ou sœurs et que vous regardiez.

- vous regardez quoi ?

- d'autres ont dit qu'ils n'y allaient pas. Pourquoi ? Parce que papa/maman ne veulent pas ? Ou parce que vous vous ne voulez pas y aller ? Et pourquoi ?

3) Vous avez dit que, quand vous êtes malades, vous allez chez le Docteur et qu'il donne des médicaments. Mais certaines fois, vous y allez sans être malade et il ne donne pas de médicaments.

- que se passe-t-il pendant ces consultations ?

- peser/mesurer/vaccins...fait-il autre chose ?

4) Quand vous êtes malades, avez-vous peur de quelque chose ?

- et quand vous allez chez le docteur, à la fin quand vous sortez, avez-vous moins peur ? Que ressentez-vous en sortant ? Comment vous sentez-vous ?

5) C'est quoi le métier de Docteur ? Le "Docteur" et le "Médecin", est-ce pareil ?

- Quel est le travail du Docteur ?

- Le Docteur travaille dans un "cabinet médical". Mais où habite-t-il ? Travaille-t-il tout le temps ? Toute la journée? Tous les jours ?

Y a-t-il des jours où il n'est pas là ? Et quand il n'est pas là, comment ça se passe ?

6) Est-ce que cela arrive que ce soit toi qui demande à tes parents d'aller chez le médecin ?  
Toi, dis-tu que tu veux y aller ? Exemple d'une fois.

Entretien n°4

(Mené par moi-même)

« Moi j'avais envie de parler avec vous de ce que vous pensez/de ce qui se passe quand vous allez chez le Médecin. Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez me dire et que vous n'avez pas encore dites ?

On avait parlé par exemple de ce qui se passait pendant la consultation, de pourquoi vous alliez chez le médecin, de ce que vous souhaitiez /attendiez de cette visite....

Y a-t-il des choses que vous voulez ajouter ? »

Puis, quand plus aucune nouvelle idée ne viendra : « D'accord. Vous pensez avoir tout dit. Moi, je vais vous demander, si vous êtes d'accord, de faire un dessin qui parle de votre visite chez le Docteur, et, quand je reviendrai la prochaine fois, vous m'expliquerez ce que vous avez dessiné, soit tous ensemble, soit chacun votre tour."

« Moi, ce qui m'intéresserait de savoir, c'est :

- Comment vous appelez votre médecin ?
- Avez-vous le même médecin que papa et maman ?
- Que pensez- vous de ça ?
- Est-ce qu'on peut choisir son médecin ? Est-ce que c'est important de le choisir ?
- Si vous choisissiez votre médecin, comment le feriez- vous ? Comment voudriez-vous qu'il soit ? »

## ***ANNEXE 2 : DETAIL DES GROUPES ET REPARTITION DES GENRES***

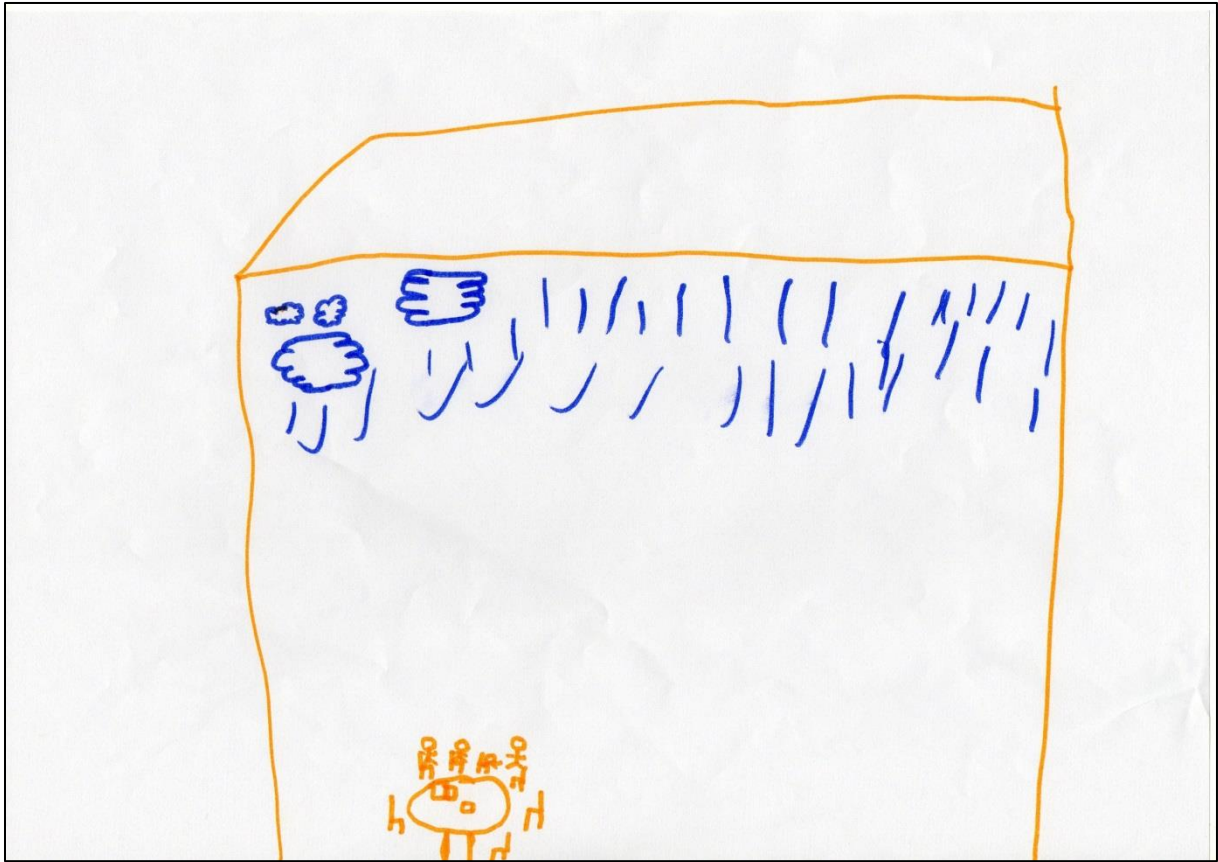
Groupe Jaune	Groupe Bleu	Groupe Rouge
N°1 : F	N°1 : F	N°1 : F
N°2 : M	N°2 : M	N°2 : M
N°3 : F	N°3 : F	N°3 : F
N°4 : F	N°4 : F	N°4 : F
N°5 : F	N°5 : F	N°5 : F
		N°6 : F

N°6 du groupe *Rouge* intègre l'étude au 2<sup>ème</sup> entretien.

F : féminin

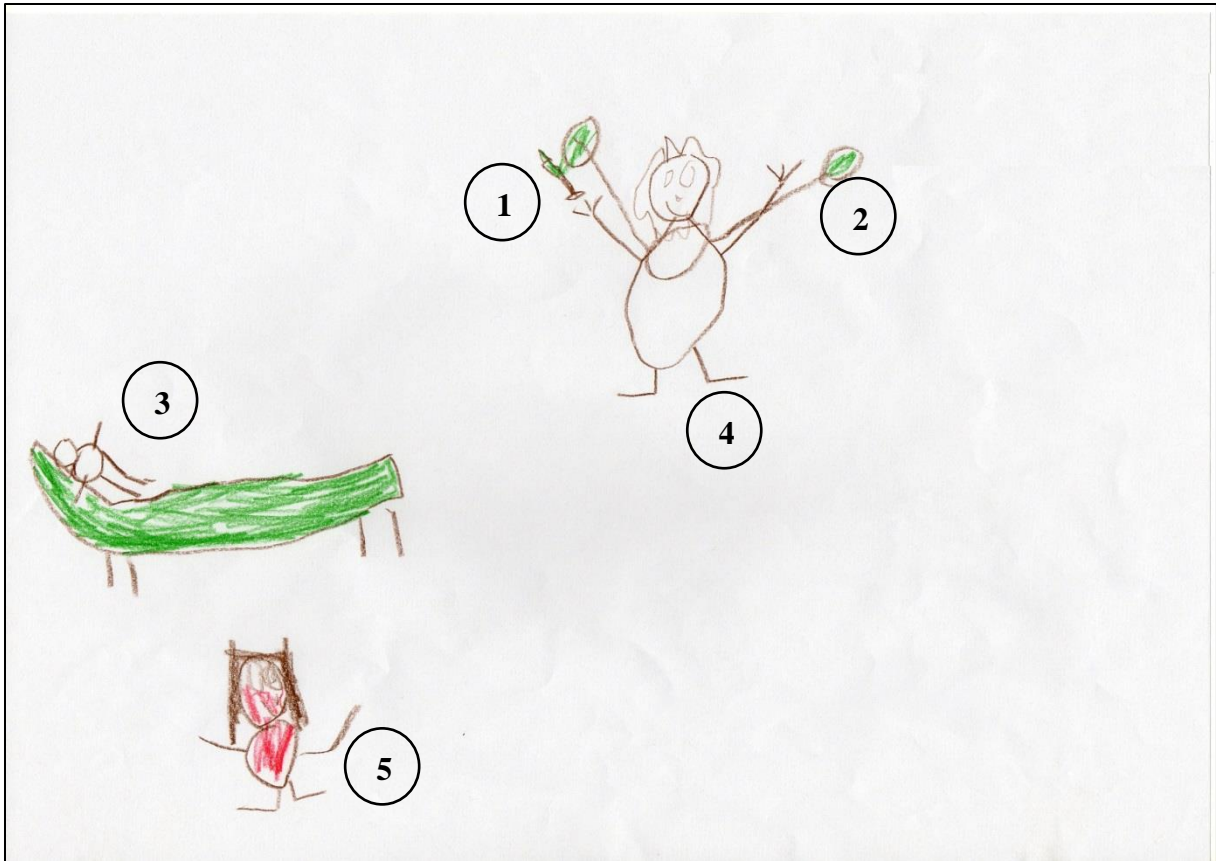
M : masculin

### **ANNEXE 3 : COMMENTAIRES DES REPRESENTATIONS GRAPHIQUES**



**Dessin R 1**

« Alors là c'est une maison, en orange. Là, la table. Là, c'est...c'est nous. Et puis là je voulais les faire là les nuages. Et puis les...les...ben il pleut. Voilà [...] parce qu'il faisait pas beau [...] là y a toi, là y avait des feuilles...et là c'est Stéphanie. »



### Dessin R 2

« Alors ça c'est où je m'allonge, et puis ça c'est la piqûre (1). Et puis ça c'est pour mettre dans les oreilles (2). [...] c'est moi (3) [...] c'est le docteur (4) [...] maman (5). [Interro : il sourit le docteur ?] « oui » [Interro : et toi, on ne voit pas si tu souris ou pas ?] « j'ai oublié de me faire des yeux... »



### Dessin R 3

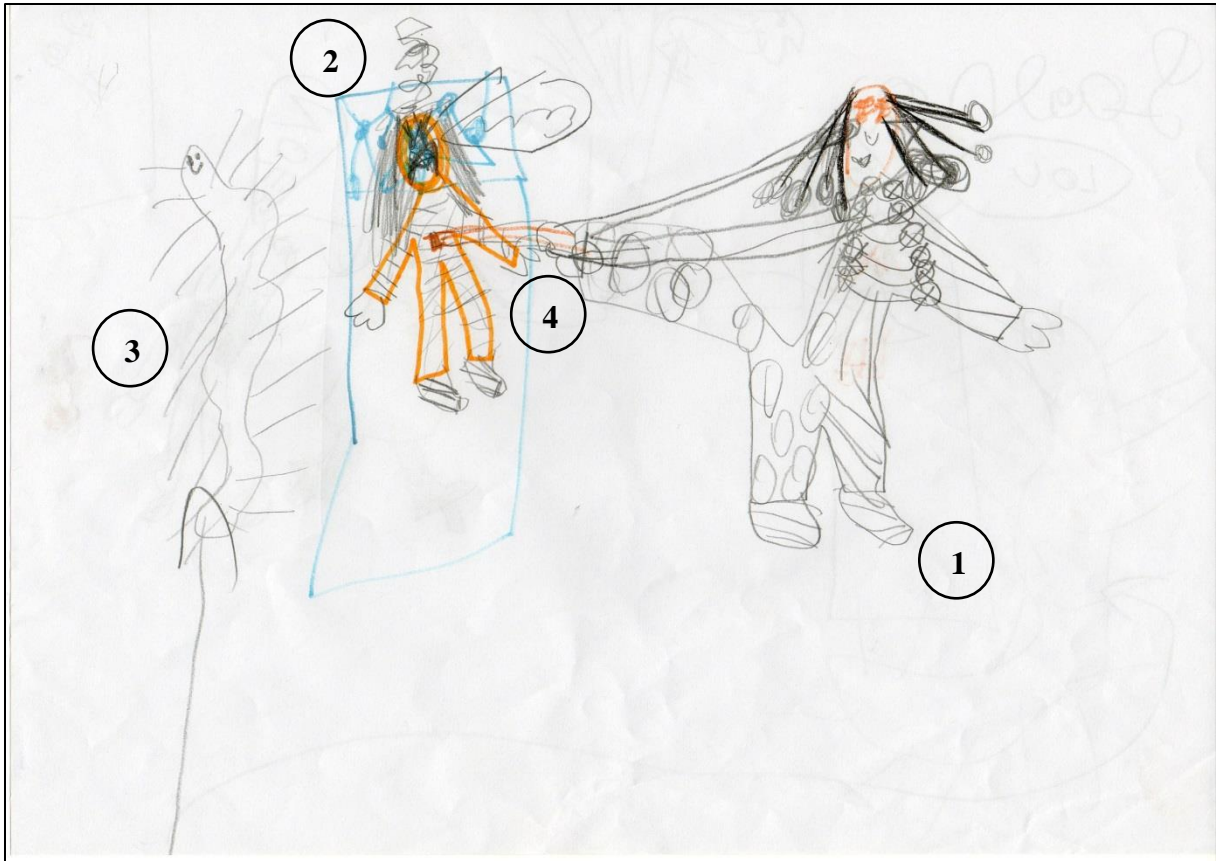
« J'ai dessiné un docteur... [...] y a une maison...une maison de maîtresse...c'est un bonhomme qui est chez le docteur...j'ai pas dessiné le docteur... et après y a des fleurs [...] une échelle pour monter [...] dans le truc...le lit pour s'allonger... »



#### Dessin R 4

«Alors, ça c'est le lit. Là c'est le Docteur (1). Là mon petit frère, ma maman, mon papa (2)...et les trucs qu'il a besoin (3) [...] le truc qu'il met dans la bouche...là je sais pas trop ce que c'est...et...je sais plus... [...] c'est moi (4) [...] [Interro : et les bonhommes, ils ont tous le sourire, même toi qui est allongée ?] ben oui, ils sont contents... »





### Dessin R 5 recto

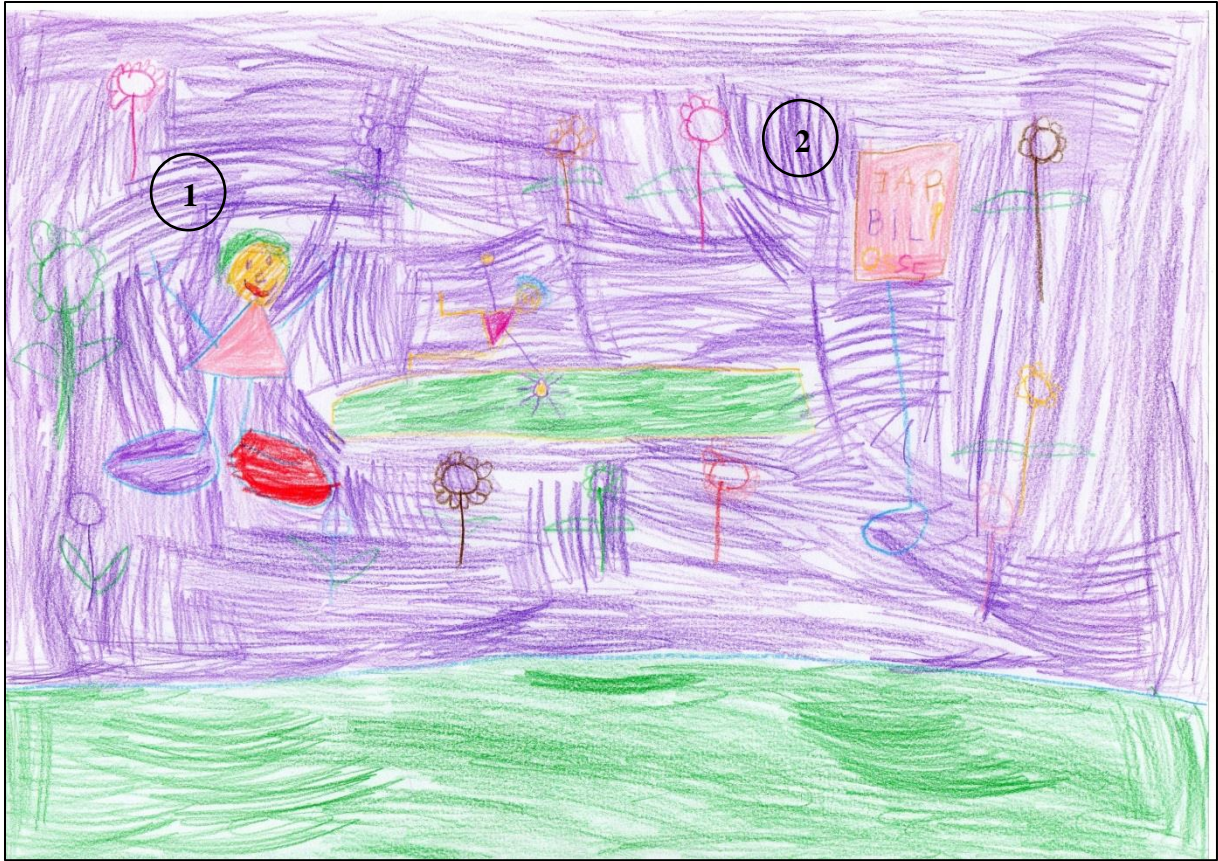
« Ici c'est mon docteur (1). C'est le gars docteur. Là c'est moi (2), mais qui me sens pas bien donc il me soigne... il me soigne avec ça... [...] là c'est une petite bête (3). Elle est rentrée [...] c'est une gentille [...] le monsieur il me fait une piqûre ici (4)...mais je voulais faire ça, là, tu vois, accrocher ça à ses oreilles....mais j'ai pas encore fini. [Interro : sur ton dessin tu n'as pas l'air de te sentir bien.] « Oui mais après avec la piqûre j'étais bien, parce que c'était juste un petit peu rouge. Mais tu vois j'veux lui accrocher ça là...faire un p'tit truc comme ça là, hop...et je voudrais le faire, parce que sinon...on croira que c'est rien du tout ça. »





### Dessin R 5 verso

« [La petite bête] Et même ici...mais elle est plus petite [...] c'est la fille docteur (1). Et là, c'est Noée, c'est ma petite sœur...et elle dit n'importe quoi... [...] là c'est ma petite sœur Lou. Elle se sent pas bien... mais j'ai pas tout fini mon dessin... »



### Dessin R 6

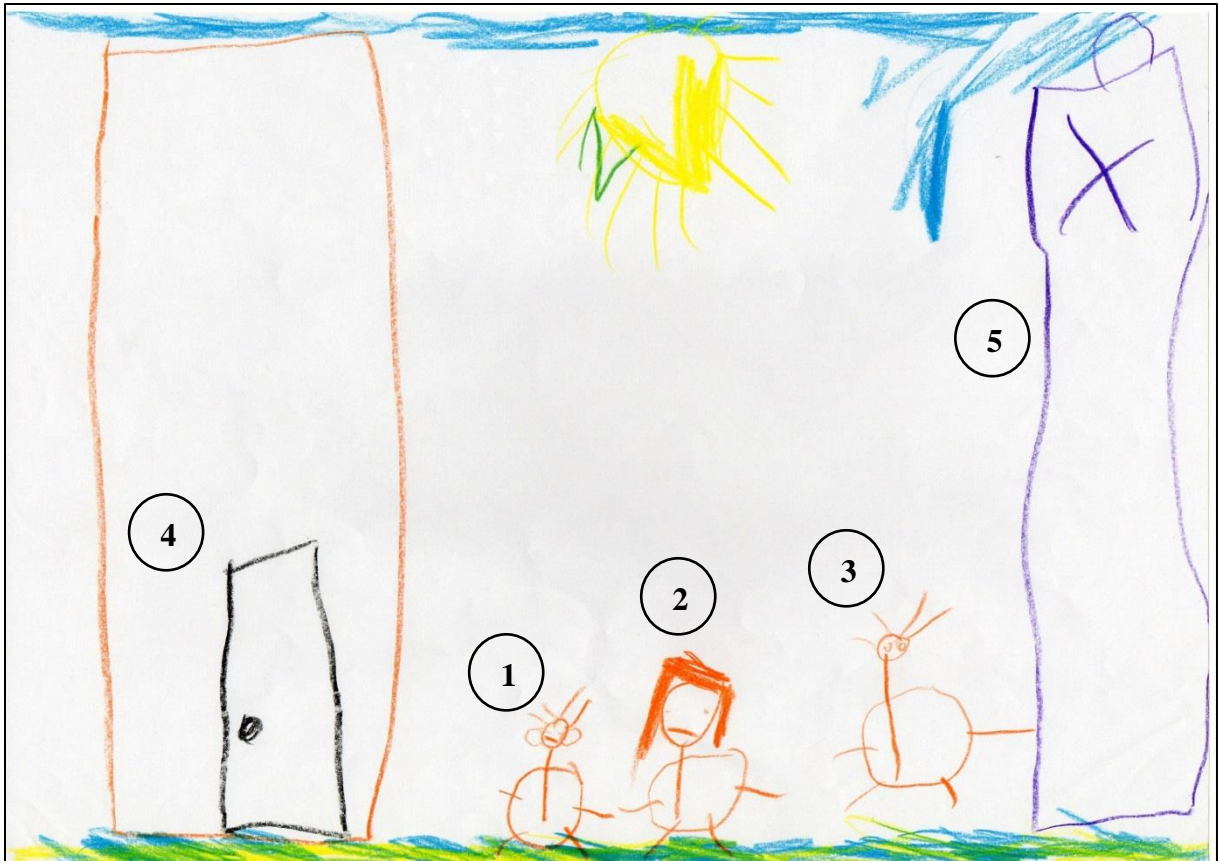
« En fait, ils jouent à la maîtresse... tous les deux [...] ça c'est un docteur (1) pour bien regarder. Puisque y a ça. Les lettres pour savoir si on voit bien (2) [...] des fleurs...pour décorer la maison du docteur. »



### Dessin B 1

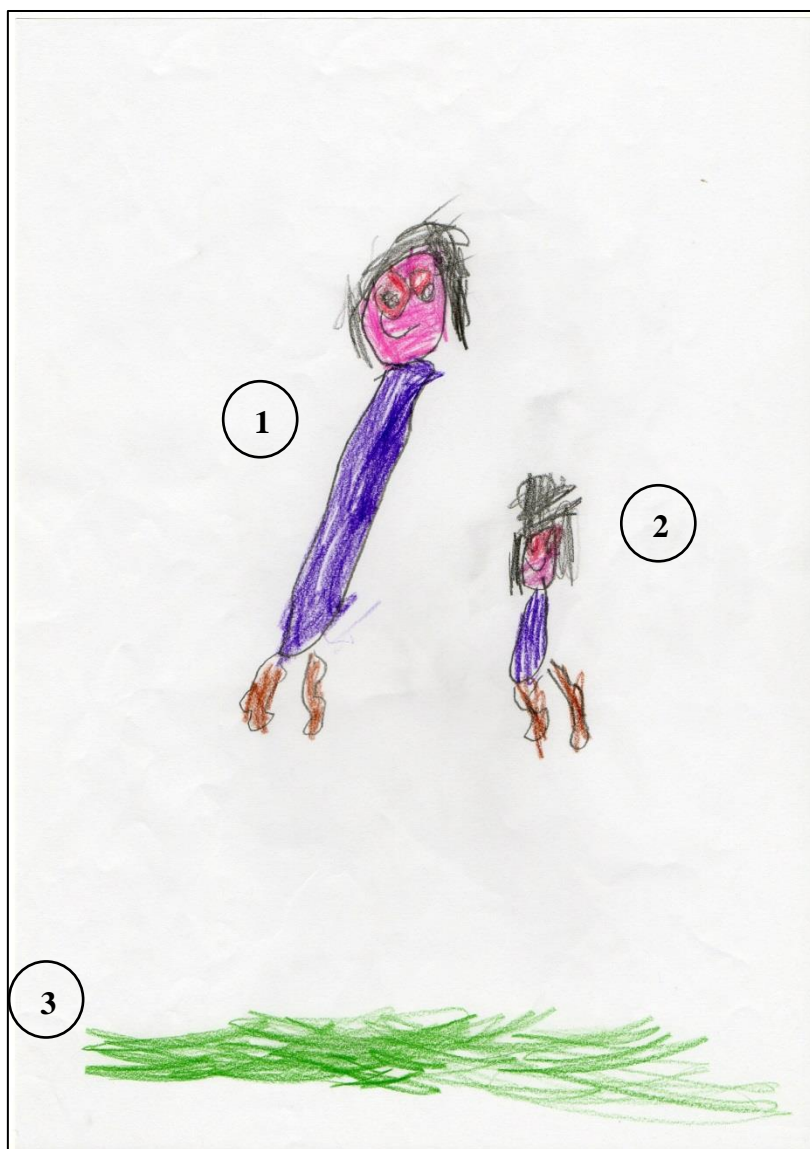
« En fait, papa il...des fois, maman et moi on reste dehors (1) pour attendre papa...et papa il parle au docteur quand c'est la fin...et euh... y a un ordinateur en fait pour que le docteur il écrive, ce que papa il dit ou ce que moi je dis. Et puis y a un lit pour que je m'allonge pour qu'il voit. Et là c'est la route, l'herbe et la terre pour euh.... En fait, c'est parce que ... euh... je sais plus... [...] j'ai oublié les cheveux de maman, et même les oreilles. »





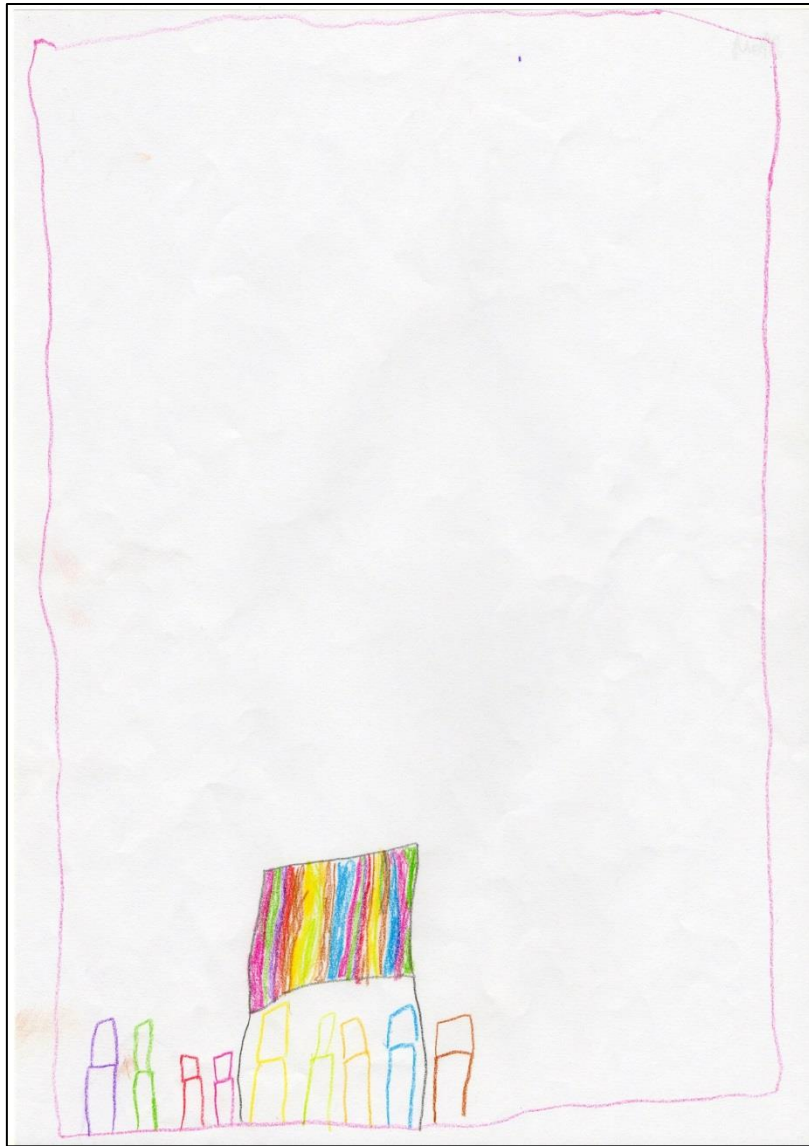
**Dessin B 2**

« En fait c'est que...je vais chez docteur...avec ma maman et mon papa [...] Moi (1). Là, maman (2) et là papa (3) [...] ils ont l'air contents. [...] y a de l'herbe...euh...la porte du docteur (4)...le ciel...le soleil...euh...une maison, une maison comme ça (5). »



**Dessin B 3**

« Ben là c'est le docteur, une dame (1)...là c'est moi (2)...là c'est le matelas (3) ... il me soigne... [Interro : ils ont l'air d'avoir le sourire les bonhommes, c'est fait exprès ? ] Oui, et moi aussi. »



**Dessin B 4**

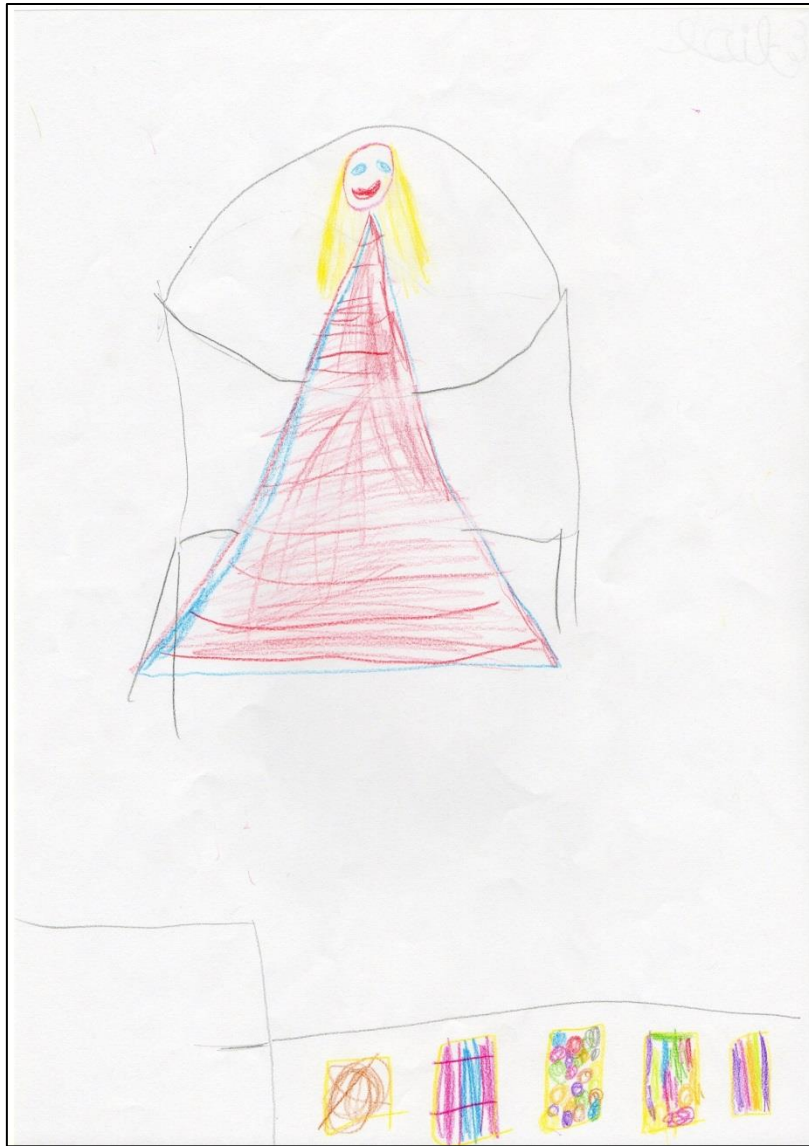
« C'est quand on est dans la salle d'attente. Y a la TV...c'est les trucs qui passent à la TV. Là c'est des chaises [...] je sais pas comment on dessine quand on est chez le docteur, y a trop de choses. Et puis j'aime bien la salle d'attente, parce que y a la grosse TV. »



### Dessin B 5

« C'est la maison au docteur, ça c'est la pluie, ça c'est le ciel, ça le toit, ça c'est les sucettes (1), là c'est le docteur (2), là c'est la porte(3), là c'est maman (4), et là c'est moi (5)...c'est les jeux (6). [...] Tout à coup, y a un orage qui éclate, qui claqué et tout à coup y a des artifices qui se mettent à claquer. Là c'est la ligne de vert, là la ligne de marron, le violet, le bleu, et la ligne de jaune. Et voilà. »





**Dessin J 1**

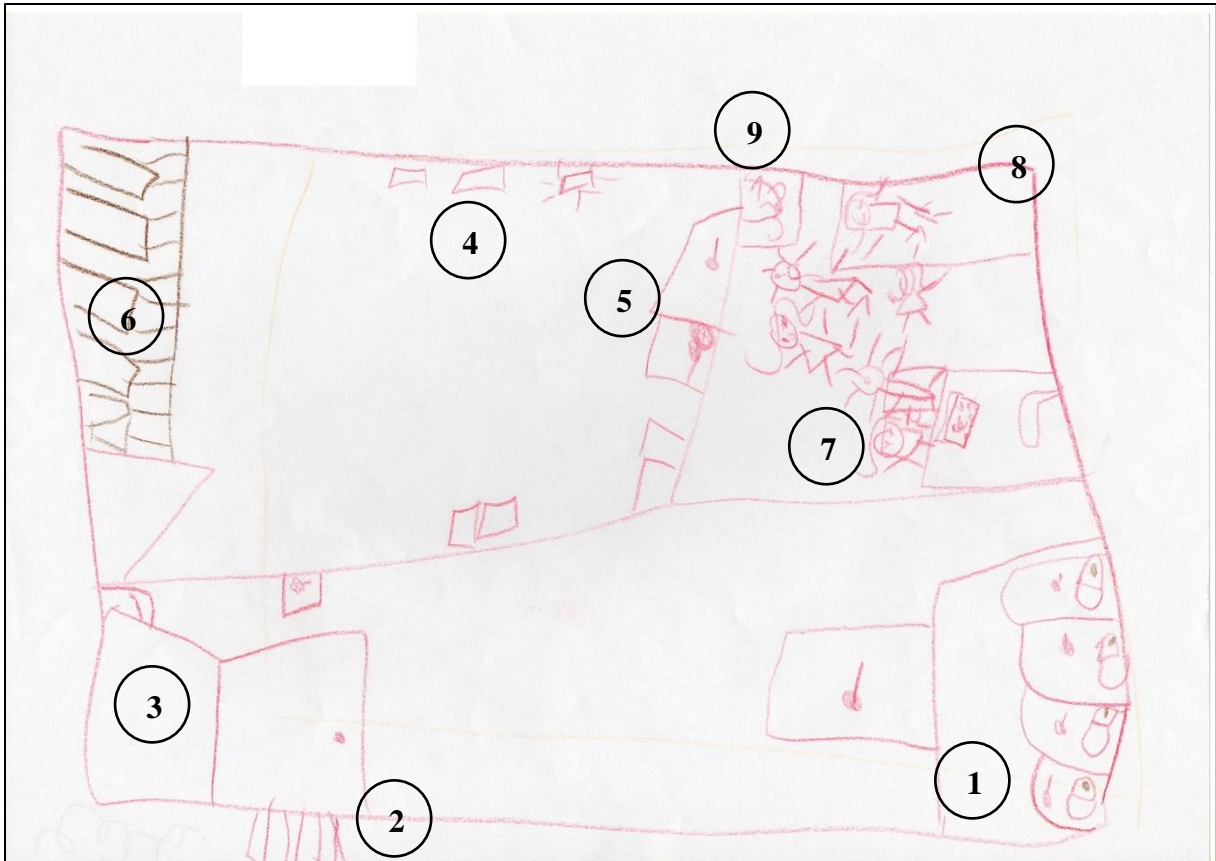
« C'est quelqu'un, une dame, qui attend dans la salle d'attente. Elle attend. Y a des livres... »





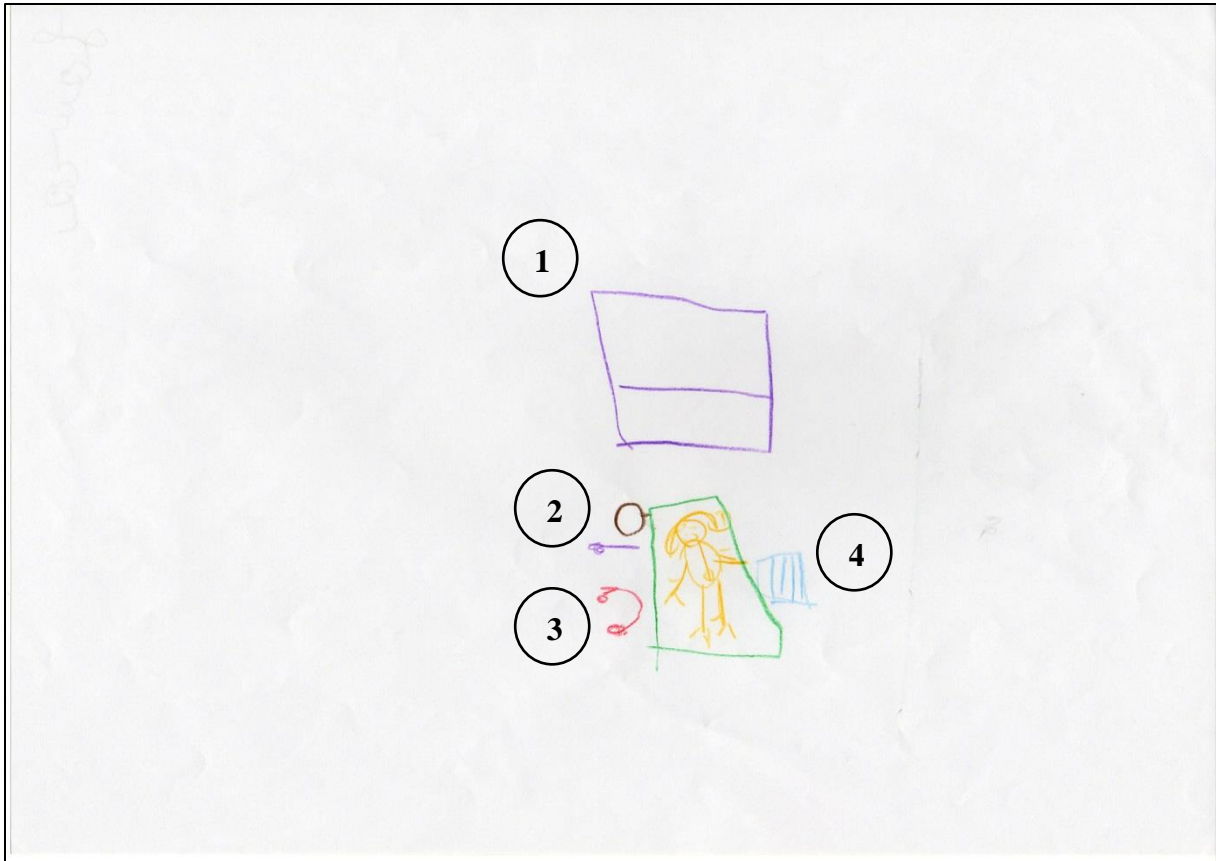
**Dessin J 3**

« C'est le bonhomme qui s'allonge [...] là, c'est une piqûre (1) »



**Dessin J 4**

« Là, c'est parce que chez le médecin, là y a les toilettes (1). Là c'est l'entrée (2). Et là c'est la madame. Parce que là normalement y a une madame qui fait les trucs pour le médecin (3). Et aussi on passe par là, comme ça là, la porte elle est là, et après si on veut s'asseoir c'est là (4)...ou là... et là y a une porte pour voir le médecin (5)...là c'est l'autre porte pour qu'on rentre, là pour qu'on sort...et aussi là y a la TV, là c'est les livres (6) quand les enfants veulent lire. Et aussi, pour sortir on fait comme ça, et après on sort. [...] Là ils parlent au médecin (7), après ils viennent, après je monte pour voir si y a un truc (8), et là c'est la balance (9). Et après on sort par là. [...] Là c'est pour l'ordinateur du médecin, et là c'est son siège [...] oui, ça c'est moi et ça c'est mon papa. Mais j'ai marqué papa et maman, parce que des fois c'est maman et des fois papa. Des fois ma sœur elle vient avec maman ou papa. [...] J'ai pas l'air heureuse. Parce que des fois j'ai peur parce que le médecin il me dit d'ouvrir la bouche et ça me fait mal à la gorge...parce que il a un bâton pour voir... [Interro : et après, une fois que tu es ici, est-ce que tu as encore peur ?] Non. Et après on sort comme ça. »



### Dessin J 5

« Là c'est un bureau (1)...là on est allongé...euh...là c'est les oreilles (2)...là c'est quoi dans le ventre (3)...ça, là...et après on descend, là (4)... [Interro : d'accord. Et le bonhomme qui est allongé, c'est toi ?] Oui [j'ai l'air] contente. Parce que c'est bien. Ca fait pas mal. »