

I. INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude

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

B. Population de l'étude

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

- Les médecins généralistes installés,

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

C. Modalité de recrutement

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

D. Recueil des données

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

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

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

E. Analyses

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

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

F. Cadre éthique

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

III. RESULTATS

A. Caractéristiques des entretiens et des médecins interviewés

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

Tableau 1 - Caractéristiques des médecins interviewés

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

Pourcentage de consultations pédiatriques par jour	
< 10 %	3
10 à 20 %	4
> 20 %	3
Non réponse	3

Parentalité	
Oui	9
Non	4

Formation en pédiatrie (DU, PMI, crèches)	
Oui	4
Non	9

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

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

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

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

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

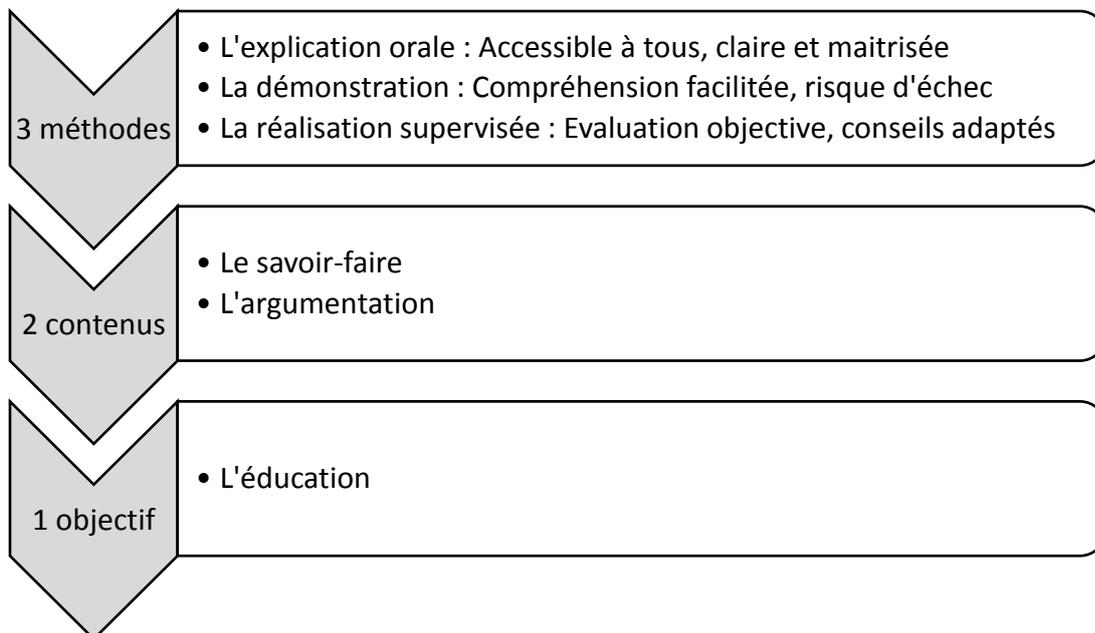
Mais elle nécessitait de maîtriser le geste, de ne pas craindre de perdre en crédibilité en cas d'échec.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E. La relation médecin-parents-enfants au cœur de l'éducation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. DISCUSSION

A. Résultats principaux

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D. Une éducation pour la santé qui nécessite des compétences communicationnelles

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

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

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

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

E. Limites et forces de l'étude

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

V. CONCLUSION

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

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

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