

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Cécile GERIER**  
**Manon TRESSEL**

8 septembre 2020

### **Qu'attendent les parents de leur Médecin Généraliste en Occitanie, concernant les difficultés de comportement externalisé de leur enfant d'âge préscolaire ?**

Directrice de thèse : Pr Motoko DELAHAYE

#### JURY :

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**  
**Madame le Professeur Motoko DELAHAYE**  
**Madame le Docteur Marielle PUECH**  
**Madame le Docteur Virginie QUENTIN MEDINA**

**Président**  
**Assesseur**  
**Assesseur**  
**Assesseur**

**TABLEAU du PERSONNEL HU  
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2019**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire M. CHAP Hugues  
Doyen Honoraire M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard  
Doyen Honoraire M. LAZORTHES Yves  
Doyen Honoraire M. PUEL Pierre  
Doyen Honoraire M. ROUGE Daniel  
Doyen Honoraire M. VINEL Jean-Pierre  
Professeur Honoraire M. ABBAL Michel  
Professeur Honoraire M. ADER Jean-Louis  
Professeur Honoraire M. ARBUS Louis  
Professeur Honoraire M. ARLET Jacques  
Professeur Honoraire M. ARLET Philippe  
Professeur Honoraire M. ARLET-SUAU Elisabeth  
Professeur Honoraire M. ARNE Jean-Louis  
Professeur Honoraire M. BARRET André  
Professeur Honoraire M. BARTHE Philippe  
Professeur Honoraire M. BAYARD Francis  
Professeur Honoraire M. BOCCALON Henri  
Professeur Honoraire M. BONAFÉ Jean-Louis  
Professeur Honoraire M. BONEU Bernard  
Professeur Honoraire M. BONNEVILLE Paul  
Professeur Honoraire M. BOUNHOURE Jean-Paul  
Professeur Honoraire M. BOUTAULT Franck  
Professeur Honoraire Associé M. BROS Bernard  
Professeur Honoraire M. BUGAT Roland  
Professeur Honoraire M. CAHUZAC Jean-Philippe  
Professeur Honoraire M. CARATERO Claude  
Professeur Honoraire M. CARLES Pierre  
Professeur Honoraire M. CARRIERE Jean-Paul  
Professeur Honoraire M. CARTON Michel  
Professeur Honoraire M. CATHALA Bernard  
Professeur Honoraire M. CHABANON Gérard  
Professeur Honoraire M. CHAMONTIN Bernard  
Professeur Honoraire M. CHAP Hugues  
Professeur Honoraire M. CHAVOIN Jean-Pierre  
Professeur Honoraire M. CLANET Michel  
Professeur Honoraire M. CONTE Jean  
Professeur Honoraire M. COSTAGLIOLA Michel  
Professeur Honoraire M. COTONAT Jean  
Professeur Honoraire M. DABERNAT Henri  
Professeur Honoraire M. DALOUS Antoine  
Professeur Honoraire M. DALY-SCHWEITZER Nicolas  
Professeur Honoraire M. DAVID Jean-Frédéric  
Professeur Honoraire M. DELSOL Georges  
Professeur Honoraire Mme DELISLE Marie-Bernadette  
Professeur Honoraire Mme DIDIER Jacqueline  
Professeur Honoraire M. DUCOS Jean  
Professeur Honoraire M. DUFFAUT Michel  
Professeur Honoraire M. DUPRE M.  
Professeur Honoraire M. DURAND Dominique  
Professeur Honoraire Associé M. DUTAU Guy  
Professeur Honoraire M. ESCANDE Michel  
Professeur Honoraire M. ESCHAPASSE Henri  
Professeur Honoraire M. ESCOURROU Jean  
Professeur Honoraire M. ESQUERRE J.P.  
Professeur Honoraire M. FABIÉ Michel  
Professeur Honoraire M. FABRE Jean  
Professeur Honoraire M. FOURNIAL Gérard  
Professeur Honoraire M. FOURNIE Bernard  
Professeur Honoraire M. FOURTANIER Gilles  
Professeur Honoraire M. FRAYSSE Bernard  
Professeur Honoraire M. FREXINOS Jacques  
Professeur Honoraire Mme GENESTAL Michèle  
Professeur Honoraire M. GERAUD Gilles  
Professeur Honoraire M. GHISOLFI Jacques  
Professeur Honoraire M. GOUZI Jean-Louis  
Professeur Honoraire M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard  
Professeur Honoraire M. HOFF Jean  
Professeur Honoraire M. JOFFRE Francis  
Professeur Honoraire M. LACOMME Yves  
Professeur Honoraire M. LAGARRIGUE Jacques  
Professeur Honoraire Mme LARENG Marie-Blanche  
Professeur Honoraire M. LARENG Louis  
Professeur Honoraire M. LAURENT Guy  
Professeur Honoraire M. LAZORTHES Franck  
Professeur Honoraire M. LAZORTHES Yves  
Professeur Honoraire M. LEOPHONTE Paul  
Professeur Honoraire M. MAGNAVAL Jean-François  
Professeur Honoraire M. MANELFE Claude

Professeur Honoraire M. MANSAT Michel  
Professeur Honoraire M. MASSIP Patrice  
Professeur Honoraire Mme MARTY Nicole  
Professeur Honoraire M. MAZIERES Bernard  
Professeur Honoraire M. MONROZIES Xavier  
Professeur Honoraire M. MOSCOVICI Jacques  
Professeur Honoraire M. MURAT  
Professeur Honoraire Associé M. NICODEME Robert  
Professeur Honoraire M. OLIVES Jean-Pierre  
Professeur Honoraire M. PASCAL Jean-Pierre  
Professeur Honoraire M. PESSEY Jean-Jacques  
Professeur Honoraire M. PLANTE Pierre  
Professeur Honoraire M. PONTONNIER Georges  
Professeur Honoraire M. POURRAT Jacques  
Professeur Honoraire M. PRADERE Bernard  
Professeur Honoraire M. PRIS Jacques  
Professeur Honoraire Mme PUEL Jacqueline  
Professeur Honoraire M. PUEL Pierre  
Professeur Honoraire M. PUJOL Michel  
Professeur Honoraire M. QUERLEU Denis  
Professeur Honoraire M. RAILHAC Jean-Jacques  
Professeur Honoraire M. REGIS Henri  
Professeur Honoraire M. REGNIER Claude  
Professeur Honoraire M. REME Jean-Michel  
Professeur Honoraire M. RISCHMANN Pascal  
Professeur Honoraire M. RIVIERE Daniel  
Professeur Honoraire M. ROCHE Henri  
Professeur Honoraire M. ROCHICCIOLI Pierre  
Professeur Honoraire M. ROLLAND Michel  
Professeur Honoraire M. ROQUE-LATRILLE Christian  
Professeur Honoraire M. RUMEAU Jean-Louis  
Professeur Honoraire M. SALVADOR Michel  
Professeur Honoraire M. SALVAYRE Robert  
Professeur Honoraire M. SARRAMON Jean-Pierre  
Professeur Honoraire M. SIMON Jacques  
Professeur Honoraire M. SUC Jean-Michel  
Professeur Honoraire M. THOUVENOT Jean-Paul  
Professeur Honoraire M. TREMOULET Michel  
Professeur Honoraire M. VALDIGUIE Pierre  
Professeur Honoraire M. VAYSSE Philippe  
Professeur Honoraire M. VIRENQUE Christian  
Professeur Honoraire M. VOIGT Jean-Jacques

**Professeurs Émérites**

Professeur ADER Jean-Louis  
Professeur ALBAREDE Jean-Louis  
Professeur ARBUS Louis  
Professeur ARLET Philippe  
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth  
Professeur BOCCALON Henri  
Professeur BOUTAULT Franck  
Professeur BONEU Bernard  
Professeur CARATERO Claude  
Professeur CHAMONTIN Bernard  
Professeur CHAP Hugues  
Professeur CONTÉ Jean  
Professeur COSTAGLIOLA Michel  
Professeur DABERNAT Henri  
Professeur FRAYSSE Bernard  
Professeur DELISLE Marie-Bernadette  
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard  
Professeur JOFFRE Francis  
Professeur LAGARRIGUE Jacques  
Professeur LARENG Louis  
Professeur LAURENT Guy  
Professeur LAZORTHES Yves  
Professeur MAGNAVAL Jean-François  
Professeur MANELFE Claude  
Professeur MASSIP Patrice  
Professeur MAZIERES Bernard  
Professeur MOSCOVICI Jacques  
Professeur MURAT  
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian  
Professeur SALVAYRE Robert  
Professeur SARRAMON Jean-Pierre  
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.		
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	<b>Professeur Associé Médecine générale</b>	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. ABITTEBOUL Yves	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	<b>Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène</b>	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	Mme MALAUAUD Sandra	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
<b>P.U. Médecine générale</b>			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			
<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>			
Mme IRI-DELAHAYE Motoko			



**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**  
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL**  
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

**M.C.U. - P.H.**

**M.C.U. - P.H**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme FREYENS Anne  
M. CHICOULAA Bruno  
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BIREBENT Jordan  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme LATROUS Leila

## **Remerciements**

*Au président du jury :*

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE.

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse, nous vous en sommes reconnaissantes. Merci également pour votre investissement auprès des internes de médecine générale. Nous vous prions de croire en l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

*Aux membres du jury :*

Madame le Docteur Marielle PUECH.

Merci d'être présente aujourd'hui et d'avoir accepté de participer à ce jury. Nous vous prions de trouver ici l'expression de nos remerciements et notre sincère gratitude.

Madame le Docteur Virginie QUENTIN MEDINA.

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et d'y apporter votre regard de médecin généraliste. Soyez assurée de notre profonde gratitude.

*A notre directeur de thèse :*

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE.

Merci de nous avoir accompagnées tout au long de ce travail, de nous avoir guidées dans le domaine de la recherche qualitative et d'avoir tranché sur nos désaccords. Nous sommes très heureuses de t'avoir eue comme directrice de thèse et d'avoir pu partager avec toi ton expérience en matière d'aide à la parentalité.

*A l'ensemble des participants :*

Un grand merci à tous les médecins généralistes ayant accepté de participer au recrutement : les docteurs Olivier JONIN, Émilie FRANZIN, Karine FICAT-PRADEL, Aurore BERMOND, Amélie BATTISTON, Pons ROCH, Caroline MAURIER.

Un grand merci à tous les parents qui ont accepté de se livrer pour la réalisation de ce travail.

## **Remerciements personnels de Cécile**

A Manon, ma co-thésarde sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour. J'ai trouvé en toi une partenaire de thèse idéale et une amie pour la vie ! Que de partages ensemble : la thèse, nos grossesses, nos débuts en tant que maman et j'en passe ! Je n'oublie pas non plus Maxime notre guide informatique et notre gardien des petits pendant nos séances de travail. Et Briec, ton petit moussaillon ! J'espère qu'une grande connivence naîtra entre nos deux petits bonhommes !

A mes parents, à Mathieu et à Solène. Vous avez toujours cru en moi. Vous n'avez cessé de m'encourager et de supporter mon petit caractère pendant ces longues années d'étude. Sans vous, je n'en serais probablement pas là aujourd'hui. Merci de tout cœur ! Je vous aime très fort.

A toute ma famille, Papi et Andrée, mes Tontons Yvan, Frédo et Olivier, mes Taties Danielle et Marie, mes cousins Julie, Raphaël, Thomas, Fannie et Corentin et à ma belle-famille Pierre et Danielle. Merci pour votre soutien continu et tous ces merveilleux moments passés ensemble.

A mes amis Revélois, Clara qui n'a cessé de me soutenir tout au long de mes études ! Garde ton magnifique sourire ! A Henri et Clémence, mon duo de choc.

A ma partenaire de P1, Claire, dont la joie de vivre et la générosité sont toujours au rendez-vous.

A mes super coloc, Héloïse, je suis super heureuse d'avoir pu te rencontrer et que tu sois devenue la marraine d'Alexis. A Guillaume et Aliénor, avec qui j'ai partagé une bonne partie de mon internat. Petit clin d'œil spécial à Aliénor, ma compère de Montauban et ma super chef cuisto de Tarbes !

A mes amies médecins Marie Ange, dont j'adore la gentillesse et le franc parler. A Sandra, merci de ta bienveillance. A Virginie qui a su me rassurer pendant ma grossesse. A Elodie que j'avais perdu de vue, que j'ai retrouvé et avec qui j'adore randonner. A Maya, Mathieu et Jasmine, merci pour les super moments que nous avons passé ensemble !

A mon cher et tendre, Clément. Depuis 10 ans maintenant, je savoure la chance d'être à tes côtés. Malgré des moments parfois difficiles, tu es toujours là pour écouter mes peines, me reconforter ou encore me rappeler lorsque j'ai tort. Merci pour ton amour, merci de me faire rire et de faire en sorte que chaque jour, la vie soit belle. Je t'aime !

A mon petit Alexis, petit bout de chou arrivé en cours de route et qui ne cesse de remplir ma vie de bonheur.

## Remerciements personnels de Manon

A Maxime et Briec. Maxime nous nous sommes aimés alors que nous n'étions que des ados, ensemble nous sommes devenus des adultes, des parents et nous grandissons encore un peu plus chaque jour. Tu as été là pendant toute la durée de mes études, jalonnées de pleins de coups de blues mais tu as toujours su me reconforter à grand renfort de tendresse Merci

A mon petit Briec, amour je t'ai aimé dans mon ventre et depuis que tu es né je n'ai jamais autant eu le sourire. Tu nous remplis de joie.

Mes deux hommes d'amour, je vous aime à la folie.

A Mes parents

A l'âge où les petites filles veulent devenir princesse je voulais déjà devenir médecin, vous n'avez jamais douté de moi et m'avez toujours soutenue. J'ai reçu tout l'amour dont j'avais besoin pour avoir confiance en moi, et m'épanouir. Grâce à vos encouragements j'ai accompli tout ce que je souhaitais. Je vous aime de tout mon cœur.

A Benoît Apolline et Aaron. Ma bichette, j'ai eu la chance de grandir à tes côtés, peut être que pour toi c'était plutôt difficile de passer après ta grande sœur première de classe mais je suis fière de mon petit frère et de ce que tu es devenu. Apolline merci à toi de le rendre heureux chaque jour. Aaron, avec ton cousin Briec j'espère que vous deviendrez de joyeux compères sans trop faire les 400 coups à votre mamie Lolo.

A papinou et maminoute même si vous prenez de l'âge, je sais dans mon cœur que vous êtes éternels. Mamie, si j'ai réussi mes études ça doit être grâce à toutes tes prières à sainte Rita.

A ma belle-famille,

Sophie, Olivier et Marine dès le premier jour vous m'avez compté comme l'une des vôtres depuis le temps s'est écoulé et je n'envisage plus ma famille sans vous y compter.

Bigoudi et Biquet, mamie Thérèse et feu papy Jacques vous m'avez accueillies les bras ouverts. Merci.

Au reste de ma famille et surtout Tonton Bertrand, Annabelle, Zoé, Clémence et Louis, à 30 ans je suis toujours votre pupuce désormais il faudra m'appeler docteur Pupuce.

A mes filleuls Louis et Louis. Maintenant mes études finies je serai là pour vous soutenir dans les vôtres.

A mes futures associées : les supers doctresses's Mélanie, Angela et Chloé j'ai hâte qu'on fasse des réunions de travail pleines de fous rires dans le jacuzzi des kinés. Surtout merci à Chloé car tu as su me donner l'envie de rester et le loisir de m'épanouir ici sans pression.

A tous les amis qui ont jalonné mon parcours : ceux de Rennes : Johann Le Maitre, Emlyn Cornet, Pati Vaduva, Maddie De Morel, Chloé Guennec, Séverine Gaté, Sylvain Goubin... à ceux de Toulouse : Marie Ange Mezzarobba, Hélène Blanchier, Camille Garbarino, Marie Labuttie, Heloïse Troianowski, Adrien Minisini. Avec une spéciale dédicace aux copains du Bouquies Mélanie, Benoît, Aurélie, Etienne et Cécile alias Docteur K, avec vous j'ai partagé la seule colocation de ma vie, une joyeuse expérience qui m'a momentanément rendue moins sage et plus alcoolique.

A Charlotte, Louise et Mathilde, depuis le lycée nous avons chacune prit des chemins différents, nous sommes éparpillées dans la France et en Europe mais vous restez toujours là. Je vous adore les filles.

A Clément et Alexis. Cléminou sans toi mon stage de gériatrie aurait été moins cool et surtout je n'aurai pas connu Cécile. Alexis, avec Briec vous avez partagé beaucoup de choses, pendant que vos mamans travaillaient à devenir docteurs, d'abord par bidou interposé puis sur le tapis d'éveil, j'espère que votre amitié sera aussi belle et durable que celle qu'il y a entre vos mamans.

Aux maîtres de stage qui m'ont inspirée Alain Viellescazes, Karine Ficat, Patrick Seguin, Jacqueline Perez, Emilie Franzin, Cédric Zawada, Jacques Lagarde et surtout Jean Marc Castadère cet amoureux du Gers dont l'aide a été précieuse pour me lancer à l'Isle Jourdain.

A ceux des stages annexes qui m'ont marquée, Marc Siméon, Rédoine El Yassaa, Camille Rieu, Sandrine Costes, Nathalie Jalabert, Édouard Roger, Elvina Baeza, Aude Fribourg-Blanc, Marie Lapeyre et à toute l'équipe du labo de l'Isle Jourdain.

A ma chère Cécile le mot de la fin pour la meilleure ...

La petite session bavardage, obligatoire avant tout travail, nous a fait partager nos joies et nos peines de la vie, en nous rapprochant au fil du temps. Aussi, au cours de ce travail nous avons partagé le bonheur de devenir mamans. Je garderai toujours le souvenir mémorable de nos séances tirage de lait en travaillant ou de nos bébés tranquilles au sein en essayant de nous contorsionner pour taper à l'ordinateur. Merci de m'avoir proposé de travailler sur ce sujet car, grâce à toi, J'ai gagné une amie pour la vie et je serai bientôt, enfin, un médecin

## Table des matières

<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>I. Introduction.....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>A. Difficultés d’être parents .....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>B. Difficultés de comportement .....</b>	<b>- 5 -</b>
<b>C. Demande d’aide .....</b>	<b>- 7 -</b>
<b>II. Matériel et méthodes .....</b>	<b>- 10 -</b>
<b>A. Choix de la méthode.....</b>	<b>- 10 -</b>
1. Choix de la méthode qualitative .....	- 10 -
2. Choix des entretiens semi dirigés.....	- 10 -
3. Commission éthique.....	- 10 -
<b>B. La population.....</b>	<b>- 10 -</b>
1. Qui.....	- 10 -
2. Méthode d’échantillonnage .....	- 11 -
<b>C. Constitution du guide d’entretien .....</b>	<b>- 12 -</b>
1. Le guide d’entretien téléphonique.....	- 12 -
2. Le guide d’entretien avec les parents .....	- 13 -
<b>D. Les entretiens .....</b>	<b>- 13 -</b>
1. Recueil des données.....	- 13 -
2. Retranscription.....	- 14 -
<b>E. Analyse des données .....</b>	<b>- 15 -</b>
1. Analyse .....	- 15 -
2. Saturation des données.....	- 15 -
<b>III. Résultats .....</b>	<b>- 16 -</b>
<b>A. Échantillon.....</b>	<b>- 16 -</b>
1. Les médecins recruteurs .....	- 16 -
2. Les parents .....	- 16 -
<b>B. Réponses .....</b>	<b>- 17 -</b>
1. J’ai consulté mon MG pour des difficultés de comportement .....	- 17 -
2- Des parents n’ont pas demandé d’aide au MG dans la gestion des comportements difficiles.....	- 22 -
<b>IV. Discussion.....</b>	<b>- 30 -</b>
<b>A. Forces et limites .....</b>	<b>- 30 -</b>
1. Forces .....	- 30 -
2. Limites .....	- 31 -
<b>B. Discussion à propos des résultats et perspectives .....</b>	<b>- 31 -</b>
1. A propos du recrutement.....	- 31 -
2. Attentes et non attentes parentales .....	- 32 -
<b>V. Conclusion .....</b>	<b>- 38 -</b>
<b>VI. Références bibliographiques .....</b>	<b>- 39 -</b>
<b>VII. Annexes.....</b>	<b>- 42 -</b>

<b>Annexe 1 : Accord de la Commission éthique .....</b>	<b>- 43 -</b>
<b>Annexe 2 : Lettre de bienvenue dans l'étude pour le médecin recruteur .....</b>	<b>- 44 -</b>
<b>Annexe 3 : Formulaire de consentement médecin.....</b>	<b>- 45 -</b>
<b>Annexe 4 : Talon sociologique médecin.....</b>	<b>- 47 -</b>
<b>Annexe 5 : Formulaire de consentement patient pour les médecins.....</b>	<b>- 48 -</b>
<b>Annexe 6 : Fiche de présentation aux parents .....</b>	<b>- 49 -</b>
<b>Annexe 7 : Guide d'entretien téléphonique.....</b>	<b>- 50 -</b>
<b>Annexe 8 : 1<sup>ère</sup> version du guide d'entretien avec les parents .....</b>	<b>- 51 -</b>
<b>Annexe 9 : 2<sup>ème</sup> version du guide d'entretien avec les parents .....</b>	<b>- 53 -</b>
<b>Annexe 10 : Formulaire de consentement parents .....</b>	<b>- 55 -</b>
<b>Annexe 11 : Talon sociologique des parents .....</b>	<b>- 56 -</b>
<b>Annexe 12 : Tableau récapitulatif du talon sociologique des médecins.....</b>	<b>- 57 -</b>
<b>Annexe 13 : Tableau récapitulatif du talon sociologique des parents .....</b>	<b>- 58 -</b>
<b>Annexe 14 : Extrait du tableau des verbatim .....</b>	<b>- 62 -</b>

## Liste des abréviations

CAMSP :	Centre d'Accompagnement Médico-Social Précoce
CFTMEA-R :	Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
CIM 10 :	10 <sup>ème</sup> Classification Internationale des Maladies
CLAS :	Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité
CMPP :	Centre Médico PsychoPédagogique
DSM 5 :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Nn°5
MG :	Médecin Généraliste
MSP :	Maison de Santé Pluri professionnelle
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PIF :	Point Info Famille
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
REAAP :	Réseaux d'Ecoute, d'Appuis et d'Accompagnement des Parents
TC :	Troubles des Conduites
TDAH :	Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité
THK :	Troubles HyperKinétiques
TOP :	Troubles Oppositionnels avec Provocation
UDAF :	Union Départementale des Associations Familiales

# **I. Introduction**

## **A. Difficultés d'être parents**

La parentalité et la physiopathologie du développement global de l'enfant sont plus que jamais des sujets au cœur de l'actualité et des préoccupations.

Les premiers travaux s'intéressant au développement de l'enfant paraissent à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et portent principalement sur l'étude de son développement psychomoteur en fonction de l'âge. L'intérêt porté à son développement affectif et social émerge plus tardivement, vers la fin des années 40. Cette période est associée à une prise de conscience des conséquences de la privation affective, liée à la séparation mère-enfant. Ces observations ont conduit à la réalisation de travaux portant sur l'attachement, et ont mis en valeur l'importance des relations intimes entre l'enfant et ses parents. Ces découvertes scientifiques bouleversent les croyances et font évoluer le statut de l'enfant.

Parallèlement, d'autres études s'attachent à évaluer les pratiques éducatives parentales, et les classent selon leur degré d'influence sur le développement de l'enfant. Ainsi, les psychologues définissent des pratiques jugées néfastes (ou contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant) et des pratiques adaptées qu'ils tentent de communiquer aux parents au travers d'échanges avec les professionnels de l'enfance, via des ouvrages, des émissions radio ou télévisées.... Les parents vont progressivement intégrer toutes ces injonctions, et prendre conscience de l'importance cruciale de leur rôle auprès de l'enfant (1). Les parents qui éduquaient leur enfant selon un modèle familial préétabli ont laissé place à des parents soucieux d'assurer l'épanouissement de leur enfant. Dans les familles, l'autorité se teinte de négociation et les certitudes laissent place aux questions. Ces interrogations sont accentuées par l'importance des mutations familiales, caractérisant la fin du XX<sup>ème</sup> siècle avec la multiplication des divorces, la création de familles recomposées et monoparentales (2).

La pression sociale générée et la responsabilité qu'implique la parentalité en matière de transmission de valeurs et de repères, peuvent ainsi engendrer un idéal inatteignable pourvoyeur de frustrations, sentiments de culpabilité et d'incompétence parentale. Un sondage Canadien de 2015, effectué auprès de parents d'enfants de moins de 5 ans, illustre ce sentiment de pression puisque 65 % des parents considèrent la parentalité comme une source de tension et d'anxiété (3).

## **B. Difficultés de comportement**

La problématique rencontrée le plus communément chez les enfants d'âge préscolaire concerne les problèmes de comportement externalisés (3).

Ces comportements se définissent par des comportements d'agitation, d'impulsivité, d'opposition, de provocation, d'hyperactivité, d'agressivité ou par une instabilité émotionnelle. Ils sont désignés par le terme « externalisés » car ils sont dirigés vers autrui, contrairement aux comportements dits « internalisés », dont les affects négatifs sont dirigés vers soi-même (isolement, dépression, anxiété par exemple) (4).

Dumas (5) observe la distinction de trois traits de caractère, particulièrement présents chez les enfants ayant des problèmes de comportement externalisé : l'irritabilité, l'agressivité et la résistance. Les enfants « irritables » sont colériques et vont avoir tendance à vite s'emporter, alors que les enfants « agressifs » sont perçus comme destructeurs, ayant tendance à brutaliser d'autres enfants, même en l'absence de situation de provocation, et vont abîmer les objets qui les entourent. Enfin, les enfants « résistants » sont des enfants qui défient l'autorité de l'adulte et qui ont des difficultés à accepter les compromis ou à négocier de manière cohérente. Ces comportements entravent les liens affectifs harmonieux puisque les relations sont marquées par des conflits récurrents.

Des auteurs rapportent que 25 à 40 % d'enfants en âge d'école maternelle présenteraient ce type de difficultés parmi lesquels 7 à 15 % à des degrés modérés à sévères.

La littérature et la recherche ont tenté de mieux comprendre la survenue de ces problèmes de comportement chez les enfants d'âge préscolaire. Elles montrent que ces problèmes résultent de l'intrication complexe et variable de plusieurs facteurs. Ceux-ci peuvent être de type neurologique (personnalité), développemental (maladie neurologique ou lésion périnatale), mais aussi de type environnemental (déménagement, séparation parentale...) et éducatif (pratiques éducatives parentales). Le fonctionnement social, affectif et comportemental d'un enfant peut ainsi considérablement varier entre l'âge de deux et cinq ans (3).

Les chercheurs constatent que l'agressivité physique peut apparaître dès la première année de vie. Richard Tremblay observe un taux d'agressivité physique maximal entre 12 et 24 mois, puis une lente décroissance de la fréquence de ces comportements chez la majorité des enfants

(6). Cette agressivité est physiologique pour l'âge puisque le jeune enfant n'a pas encore appris à utiliser des stratégies pacifiques lui permettant de résoudre ses conflits, de réguler ses émotions ou de se servir de comportements adaptatifs. Elle s'associe souvent à des comportements d'opposition en lien avec un désir d'autonomie et d'individualisation grandissant du jeune enfant, qui se heurte aux règles et aux limites parentales (7). Ainsi, pour bien des enfants, elle représente une étape transitoire de leur développement plutôt qu'un réel problème.

L'étude longitudinale réalisée par le National Institute of Child Health et le Human Development Study of Early Child Care (NICHD SECC) (8) analyse le spectre évolutif des comportements agressifs. Cette étude confirme la régression des comportements agressifs dans la très grande majorité des cas avec plusieurs profils évolutifs :

- 70 % des enfants ont manifesté un faible taux d'agressivité
- 30 % ont manifesté un taux d'agressivité modéré à élevé :
  - 12 % d'entre eux ont un comportement agressif modéré qui décroît jusqu'à 4 ans et demi
  - 15 % ont un comportement agressif modéré constant sur cette période d'âge
- 3 % ont un comportement agressif élevé et constant de 24 mois à 9 ans.

Les comportements externalisés sont très fréquents et variables en termes d'intensité. Ils peuvent se situer sur un continuum allant d'une forme tout à fait bénigne à une forme réellement problématique. Ils peuvent s'inscrire dans le cadre d'une crise passagère normale pour l'âge, ou alors dans le cadre d'un trouble plus établi, signe d'une pathologie syndromique sous-jacente.

Ces pathologies sont définies par plusieurs classifications diagnostiques (9).

Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10), classification élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles du comportement externalisés sont regroupés dans la catégorie des « Troubles HyperKinétiques » (THK). Ils nécessitent la présence concomitante de symptômes d'hyperactivité/impulsivité et d'inattention. Ils peuvent être associés ou non à un trouble des conduites défini par « un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafouées les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant » (10).

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA-R) est une classification se rapprochant de celle de l'OMS mais qui se base sur la grille psychopathologique utilisée en France.

Le Diagnostic and Statistical Manual (DSM 5) classe ses troubles en trois catégories : le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) apparenté aux troubles neuro développementaux, les Troubles Oppositionnels avec Provocation (TOP) et les Troubles des Conduites (TC). Le diagnostic est établi sur la présence de comportements perturbateurs répétés et persistants, associés à un retentissement sur l'ensemble des domaines de vie de l'enfant (social, scolaire et familial).

Pour plus de simplicité, nous utiliserons la classification du DSM 5 pour évoquer ces troubles du comportement dans notre travail.

Bien qu'un faible nombre d'enfants soit concerné, la prévalence de ces pathologies n'est pas exceptionnelle chez l'enfant de 6 à 12 ans (3 à 5 % pour le TDAH, 3 à 4 % pour les TOP, 2 % pour les TC) (11,12). Les études épidémiologiques avant 7 ans sont rares dans la mesure où ces diagnostics sont rarement posés avant cet âge. De récentes études (9,13) semblent montrer un taux de prévalence de ces troubles similaire chez les enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire.

### **C. Demande d'aide**

« Est-ce grave si mon enfant frappe son frère ? », « Dois-je m'inquiéter quand mon enfant s'oppose à la moindre remarque ? », « Est-ce normal s'il fait souvent des crises quand il n'obtient pas ce qu'il veut ? ». Les parents s'interrogent : à partir de quand un comportement perturbateur doit inquiéter et inciter à demander de l'aide ?

Ces préoccupations étant de plus en plus fréquentes, un programme de recherche s'intitulant H2M children (How to Manage children, 2004-2016) a vu le jour afin de déterminer les enfants pour lesquels une aide précoce serait indiquée. L'étude longitudinale réalisée entre 2004 et 2016 (14) avait pour objectif de questionner la fiabilité du diagnostic précoce de ces troubles du comportement dont le diagnostic repose sur des outils d'évaluation subjectifs (questionnaires et paradigmes d'observation). Il en ressort une variabilité importante du nombre d'enfants atteignant un seuil pathologique selon l'informateur (parent, enseignant, clinicien) et la

méthode considérée. Le pourcentage d'enfants pouvant être identifié comme ayant des troubles du comportement externalisé fréquents et intenses variait ainsi de façon drastique, allant de 6 % à 85 % des enfants de l'échantillon. Cette variabilité continue d'interroger sur la validité du diagnostic chez l'enfant d'âge préscolaire.

Malgré ces limites, la recherche pointe la nécessité cruciale de prendre ces troubles en charge le plus précocement possible (15). Un retard diagnostique et/ou une absence de prise en charge peuvent conduire au fil du temps chez l'enfant à une aggravation des conséquences psychologiques (perte de confiance en soi, faible estime de soi), scolaires (redoublements plus fréquents, exclusion scolaire), familiales (conflits familiaux) et sociales (difficultés relationnelles avec les pairs). Les études rapportent aussi un risque accru de TOP (contestation et opposition aux règles), de TC (transgression des règles sociales) ainsi qu'un risque de conduites addictives à partir de l'adolescence. Sur le long terme, il existe un risque de répercussions délétères sur la vie entière (difficultés dans les champs de l'emploi et du travail, désinsertion sociale et conduites addictives notamment).

D'après une enquête réalisée par l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) de la Haute Garonne en 2008, 91 % des parents interrogés étaient favorables à la demande d'une aide extérieure (16).

Le soutien à la parentalité fait l'objet d'une attention croissante des pouvoirs publics dans l'ensemble des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) (2). La demande croissante des parents a favorisé l'émergence de nombreuses initiatives en France portées par le secteur associatif, les collectivités locales et la sécurité sociale. Ces dispositifs avaient pour objectif :

- D'accroître la confiance des parents dans leurs compétences parentales, au travers de Réseaux d'Écoute, d'Appuis et d'Accompagnement des Parents (REAAP) ;
- D'apaiser les conflits intrafamiliaux (médiation familiale et espace de rencontre) ;
- D'accompagner les enfants et leurs familles dans le parcours scolaire (Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité – CLAS) ;
- D'informer les parents sur les dispositifs (Point Info Familles – PIF) ;
- D'informer les couples, notamment autour des questions de sexualité et de vie familiale (conseil conjugal et familial).

Les sondages réalisés par l'UDAF pointent un manque de connaissance de ces structures important : près de 80 % des parents interrogés n'en connaissaient pas l'existence. (16)

Les enfants présentant un vrai trouble du comportement peuvent être accueillis par les professionnels de la petite enfance au sein de structures spécialisées (17) telles que le Centre Médico Psychologique Pédagogique (CMPP), le Centre d'Accompagnement Médico-Social Précoce (CAMSP) ou la guidance parentale de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ... Cependant, ces structures sont saturées et les délais de rendez-vous sont de plus en plus longs. Une étude conduite en 2009 auprès d'adhérents de l'association TDAH France sur un échantillon de 173 patients retrouvait un délai d'obtention de rendez-vous auprès des équipes spécialisées de 8 mois en moyenne (15). D'après le rapport d'activité du CAMSP de 2015, un premier rendez-vous au CAMSP nécessite en moyenne 3,5 mois d'attente (18).

Une étude descriptive menée en 2011 évalue le rôle des Médecins Généralistes (MG) dans le suivi de patients présentant un TDAH et traités par méthylphénidate. Elle a réalisé un bilan de répartition des acteurs ayant adressé l'enfant au service de pédopsychiatrie. Il s'agissait d'un MG dans 24 % des cas, d'un autre professionnel de pédopsychiatrie dans 34 % des cas et de parents dans 21 % des cas.

Face à un enfant en difficulté, le médecin de famille est le professionnel de santé le plus à même de repérer des troubles de l'attention et/ou du comportement et d'orienter l'enfant vers un spécialiste si nécessaire. Ce médecin de « famille » maîtrise souvent le mieux les conditions de vie de l'enfant et ses interactions familiales. Il se présente donc comme l'interlocuteur privilégié entre la famille et les différents intervenants impliqués dans la prise en charge.

Dans un contexte de demande parentale croissante concernant les difficultés de comportement externalisé, et de sursaturation des structures de soin spécialisées, nous nous sommes demandées si le MG pouvait représenter un premier recours pour prodiguer des conseils de base adaptés au stade développemental de l'enfant tout en rassurant sur ce qui peut être normal.

L'objectif de notre travail est de répertorier les attentes des parents vis-à-vis de leur MG, concernant les difficultés de comportement externalisé de leur enfant d'âge préscolaire.

## **II. Matériel et méthodes**

### **A. Choix de la méthode**

#### **1. Choix de la méthode qualitative**

Nous avons choisi la méthode qualitative prospective. Elle paraissait la plus appropriée car elle permettait une approche globale en favorisant les questions ouvertes, sans notion de représentativité contrairement à la méthode quantitative.

#### **2. Choix des entretiens semi dirigés**

Dans un premier temps, le choix s'est porté sur la réalisation de focus groupes. Chaque entretien devait réunir entre 4 et 8 parents avec les 2 chercheuses.

Les médecins recruteurs ont fait remonter une réticence des parents à parler du sujet dans le cadre de groupes de parole. Il n'a pas été possible de recruter un nombre suffisant de participants au sein d'une même zone géographique.

Le choix s'est secondairement porté sur des entretiens individuels semi dirigés, permettant une plus grande intimité avec les sujets interrogés et une liberté d'expression, sans jugement de la part des autres, tout en gardant une ligne directrice grâce au guide d'entretien.

#### **3. Commission éthique**

Ce projet a reçu un avis favorable de la Commission éthique du Département Universitaire de Médecine Générale le 29/04/2018 (Annexe 1)

### **B. La population**

#### **1. Qui**

La population cible était des parents, ayant au moins un enfant âgé de 2 à 5 ans (inclus). S'ils avaient un ou des enfant(s) plus jeune(s) ceux-ci (celui-ci) ne faisai(en)t pas l'objet de la

discussion au moment de l'entretien. S'il(s) avai(en)t un ou des enfant(s) plus âgé(s), ils pouvaient en parler au cours de l'entretien mais pour des évènements qui s'étaient déroulés entre leur 2<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> année de vie.

## **2. Méthode d'échantillonnage**

### **a. Par MG recruteur**

Les chercheuses ont sollicité des MG de l'ex-région Midi-Pyrénées, principalement en Aveyron, dans le Gers, dans le Tarn et en Haute Garonne.

Elles ont réalisé un échantillonnage des MG à l'aide d'un annuaire (Pages Jaunes®) et les ont contactés par téléphone en suivant un guide d'entretien téléphonique. Elles ont recruté les autres parmi leurs connaissances personnelles au cours d'une rencontre informelle, durant laquelle l'étude leur a été présentée de vive voix.

Les chercheuses ont choisi d'utiliser la méthode de l'échantillonnage théorique (19), c'est-à-dire de continuer à recruter parallèlement à l'analyse des données. Elles ont ainsi enrôlé des MG au fur et à mesure de l'analyse des données. Ils étaient choisis avec des profils complétant ceux déjà recrutés pour avoir une population de MG investigateurs variée (des hommes et des femmes, des âges différents, des maîtres de stage universitaire ou pas, des médecins en campagne et en ville...) et pour garantir une diversité de pratiques cliniques.

Au moment du contact avec le MG, les chercheuses présentaient l'objet de l'étude et leur indiquait le rôle à jouer. Ils devaient recruter dans leur patientèle des parents avec des enfants âgés de 2 à 5 ans, disposés à discuter des difficultés rencontrées dans l'exercice quotidien de leur parentalité. Ces difficultés devaient avoir un rapport avec le comportement de leur(s) enfant(s), avoir été évoquées ou pas au cours d'une consultation médicale et/ou bénéficiant ou pas d'un suivi spécialisé.

Lorsque le MG avait accepté de participer à l'étude, il recevait de la part des chercheuses une lettre d'explication de l'étude (Annexe 2), signait un formulaire de consentement (Annexe 3) et remplissait un talon sociologique (Annexe 4). Puis on lui remettait les documents de recrutement des patients :

- Feuille de consentement patient qui l'autorise à nous communiquer les coordonnées des patients recrutés (Annexe 5)

- Message d'accueil des patients dans l'étude (Annexe 6).

Pour l'échantillonnage des parents, certains MG préféraient opérer au cours d'une consultation, d'autres contacter sur le moment, les patients auxquels ils pensaient à l'évocation des critères de sélection.

Il leur était demandé d'omettre le fait que l'étude portait sur le rôle du MG et de présenter le sujet comme une recherche autour de « la difficulté d'être parents face aux comportements des enfants de 2 à 5 ans ».

Ils communiquaient ensuite aux chercheuses les contacts téléphoniques des parents volontaires afin d'organiser rapidement un entretien avec eux.

#### b. Par bouche à oreille

Les chercheuses ont effectué un second recrutement des parents via leur connaissances personnelles, ou celles de leurs proches, correspondant à la population cible. Toujours en utilisant la méthode d'échantillonnage théorique (19), elles sélectionnaient au fur et à mesure de l'étude des parents avec des profils différents de ceux déjà interrogés.

Elles les contactaient par téléphone pour organiser l'entretien.

Ces 2 méthodes d'échantillonnage se complétaient et permettaient d'avoir des profils de parents plus divers, donc plus représentatifs de la population étudiée, afin de renforcer la validité externe de l'étude (19).

## **C. Constitution du guide d'entretien**

### **1. Le guide d'entretien téléphonique**

Les chercheuses ont réalisé un guide d'entretien téléphonique (Annexe 7) pour le recrutement des MG investigateurs, afin qu'elles aient le même discours et donc limiter les biais de recrutement.

Pour les MG recrutés par bouche à oreille, elles ont repris les éléments directeurs de ce guide mais de manière plus informelle.

## **2. Le guide d'entretien avec les parents**

Dans un premier temps, les chercheuses ont conçu un guide d'entretien pour réaliser des focus groupes. Elles l'ont secondairement adapté grammaticalement à des entretiens individuels. (Annexe 8).

Au fil des entretiens, elles ont modifié le guide (Annexe 9), en ajoutant de nouvelles questions de relance. Par exemple : « Est-ce que d'autres situations compliquées (ou d'autres évènements) vous viennent à l'esprit ? » qui faisait suite à la première question : « Racontez-moi comment s'est passée la dernière fois que vous avez rencontré des difficultés de comportement avec votre enfant ? ». Cela permettait de créer une question brise-glace sans se limiter à la dernière difficulté de comportement, répertorier le plus d'exemples possibles et alimenter la suite de la discussion.

D'autres questions de relance s'intéressaient aux conseils que les parents avaient pu recevoir, des personnes ou structures auxquelles ils s'étaient adressés et le succès ou pas de leur mise en application.

## **D. Les entretiens**

### **1. Recueil des données**

Au moment de la première approche téléphonique, les parents choisissaient le lieu de rencontre pour l'entretien. La plupart d'entre eux invitaient les chercheuses à leur domicile sauf quelques parents qui ont préféré leur lieu de travail ou le cabinet de leurs MG. Le jour et l'heure du rendez-vous étaient décidés en fonction des concordances entre les emplois du temps des parents et des chercheuses.

Les entretiens se déroulaient toujours en présence des 2 chercheuses. Une menait l'entretien, l'autre restait plus en retrait et observait l'échange. La 2<sup>ème</sup> chercheuse pouvait intervenir à la fin de l'entretien. Elle complétait d'éventuels aspects que la première aurait omis de préciser, l'échange était alors plus informel, moins dirigé et se déroulait après avoir posé la question : « Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter ? ».

Pour les parents recrutés par le bouche-à-oreille, la chercheuse la moins susceptible de connaître personnellement les parents menait l'entretien.

Elles apportaient une collation afin de détendre l'atmosphère. Et généralement les parents leur proposaient une boisson.

Les chercheuses commençaient par se présenter. Les parents savaient déjà qu'elles étaient médecins ou internes. Puis elles présentaient le projet comme une étude autour de « la difficulté d'être parent quand on a des enfants entre 2 et 5 ans ». Elles omettaient volontairement de préciser que l'étude portait sur le rôle du MG dans ce contexte afin de ne pas induire les réponses des personnes interrogées.

Elles faisaient un rappel sur l'anonymisation des données au moment de la retranscription de l'enregistrement de cet entretien.

Après ces explications, les chercheuses proposaient aux parents de signer un formulaire de consentement (Annexe 10).

Une première partie consistait à ce que le ou les parent(s) se présentent, et remplissent le talon sociologique à ce moment (Annexe 11). La suite de l'entretien se déroulait en suivant les questions du guide d'entretien.

Initialement, les chercheuses enregistraient l'entretien uniquement via un dictaphone numérique. Suite à un incident technique, un des enregistrements a échoué, ce qui a encouragé une double sauvegarde à l'aide d'un smartphone.

## **2. Retranscription**

A l'issue de l'entretien, les chercheuses effectuaient ensemble un débriefing oral, « à chaud ». Elles évoquaient le contexte de l'entretien, leur ressenti personnel et les éléments nouveaux qui semblaient apparaître. Ceci constituait, avec la retranscription, un compte rendu de terrain (20). Ensuite, elles retranscrivaient l'enregistrement aussi rapidement que possible, idéalement par la chercheuse qui avait mené l'entretien.

Une fois la retranscription terminée, cette dernière l'envoyait par email à la 2<sup>ème</sup> chercheuse, observatrice au cours de l'entretien. Celle-ci pouvait relire, corriger certaines erreurs et ajouter les éléments non verbaux qu'elle avait pu prendre en note.

## **E. Analyse des données**

### **1. Analyse**

Les entretiens étaient numérotés par ordre chronologique. Ils constituaient le matériel d'analyse.

Afin d'augmenter la validité interne de l'étude, chaque chercheuse effectuait un travail personnel d'analyse du verbatim, qui constituait l'étape de codage (19) des unités de sens, ou étiquettes. Ces dernières constituant « les briques élémentaires d'une théorie en cours d'élaboration (...) sur ces briques (...) s'appuie toute l'analyse » (20), utilisant la méthode par théorisation ancrée.

Dans un second temps, les 2 chercheuses se réunissaient et effectuaient une mise en commun de leur travail. Le codage était repris à 2 pour se mettre d'accord sur les unités de sens choisies. Venait ensuite l'étape de catégorisation (19) réunissant ces étiquettes en groupes s'articulant entre eux.

Pour les unités de sens faisant encore débat, sur le codage ou la catégorisation, c'était la directrice de thèse qui tranchait.

Une matrice d'analyse intégrait les catégories et sous catégories ainsi émergées. Cette matrice était générée à l'aide d'un tableur Microsoft Excel®, sous forme d'un tableau à double entrée. Dans les colonnes figuraient les catégories et sous-catégories et dans les lignes, les verbatims des différents entretiens.

### **2. Saturation des données**

Les chercheuses ont considéré avoir atteint la saturation des données lorsqu'il n'émergeait plus de nouvelles catégories centrales répondant à la problématique de l'étude.

### **III. Résultats**

#### **A. Échantillon**

##### **1. Les médecins recruteurs**

Nous avons recruté les MG investigateurs au fur et à mesure, entre mars 2018 et novembre 2019. L'Annexe 12 résume leurs caractéristiques.

Sept MG ont été recrutés : deux hommes et cinq femmes.

Ils étaient âgés entre 30 et 63 ans pour une moyenne d'âge de 37 ans.

Quatre MG avaient une activité de maître de stage universitaire et deux d'entre eux recevaient des internes en stage de "Femme-enfant ambulatoire".

Ils travaillaient tous en groupe dont un en Maison de Santé Pluri professionnelle (MSP).

La plupart de ces MG exerçait en milieu semi-rural, excepté deux MG qui avaient, une activité urbaine et l'autre, une activité rurale.

Cinq d'entre eux ont recruté un seul couple de parent. Deux MG en ont recruté plusieurs : un premier MG a recruté les parents des entretiens 9 et 10 et un autre ceux des entretiens 11, 12 et 14.

##### **2. Les parents**

L'Annexe 13 récapitule leurs caractéristiques.

Nous avons réalisé seize entretiens entre mai 2018 et décembre 2019. Six parents ont été recrutés via le bouche-à-oreille et dix autres via leur médecin traitant.

Nous avons obtenu la saturation des données au 14<sup>ème</sup> entretien et l'avons confirmée par deux entretiens supplémentaires.

Leurs durées variaient entre 8 minutes et 1 heure et 12 minutes pour une durée moyenne de 35 minutes.

La maman était toujours présente lors de la discussion. Le papa accompagnait la maman au cours de quatre entretiens (sur tout ou une partie de l'entrevue).

L'âge des mamans variait de 29 à 43 ans pour une moyenne d'âge à 35 ans. Cinq d'entre elles restaient à la maison (mères au foyer ou en congé parental), les autres avaient toutes une activité professionnelle à plein temps.

L'âge des papas oscillait entre 31 et 53 ans pour une moyenne d'âge à 38 ans. Tous avaient une activité professionnelle.

Les parents étaient tous mariés ou pacsés.

L'échantillon comportait trois familles recomposées et une maman qui élevait seule ses enfants, du fait d'un absentéisme paternel en lien avec son activité professionnelle (entretien 5).

La majorité de ces familles vivait à la campagne (12 au total pour 4 en ville).

L'entretien se déroulait le plus souvent dans la cuisine ou dans le salon, la majorité d'entre eux avec uniquement la maman mais parfois aussi le papa, pour tout ou partie de l'entretien. Il n'y a pas eu d'entretien avec le papa seul.

## **B. Réponses**

### **1. J'ai consulté mon MG pour des difficultés de comportement**

#### **a. Pourquoi l'ai-je identifié comme source d'aide ?**

Les parents exprimaient l'importance de se sentir en confiance avec leur MG pour évoquer des sujets intimes. Cette relation se construisait sur le long terme, le MG et le parent apprenant à se connaître mutuellement. *« Moi j'ai eu un généraliste qui m'a suivie de toute petite (...) il me connaissait bien, donc je parlais plus facilement avec lui. » (E12).* Des parents qui ont consulté un médecin spécialiste, déploraient parfois le manque de cette relation de confiance, ce dernier se concentrant plus sur l'aspect technique : *« Je sais pas si les spécialistes ils sont tellement dans leurs connaissances, qu'ils sont, qu'ils ont moins cette proximité que le médecin de famille » (E14).*

Cette relation se bâtissait au sein du cercle familial, élargissant le statut du médecin à celui de « médecin de famille » *« C'est le médecin de famille pour moi on va dire, y a longtemps que je la connais » (E16).* L'enfant était considéré comme un patient à part entière pour lequel l'importance d'un suivi, parfois même depuis la naissance, était primordial *« Le médecin*

*généraliste, le médecin de X (nom de l'enfant). » (E1) ; « Le médecin traitant, en plus c'est lui qui le suit depuis qu'il est né » (E3).*

Le MG apportait un espace d'écoute, sans jugement, et sous couvert du secret médical. *« Puisqu'elle est assez (...) ouverte donc euh bien. 'Fin, on discute facilement, donc euh... elle est à l'écoute. » (E13).*

Les parents discutaient d'autant plus des difficultés de comportement avec leur MG lorsque celui-ci était parent lui-même. Ils s'identifiaient mieux à lui. Le MG apportait un partage d'expérience empirique, issu de son expérience passée avec des enfants plus grands, ou parce qu'il avait des enfants du même âge que ses patients. Cela était particulièrement vrai pour les MG femmes. *« C'était aussi des conseils personnels de par son expérience (...) parce que elle est maman (P1 répète : « parce qu'elle est maman ») (...) Elle nous expliquait que, elle aussi à un moment euh, son enfant avait ce genre de problèmes là donc euh, elle nous a expliqué ce que, elle avait fait et ce qu'elle en pensait donc euh, on s'est basé aussi, sur son expérience » (E2).*

b. Dans quelles circonstances avons-nous abordé le sujet ?

i. C'est moi qui ai abordé le sujet

Des parents abordaient spontanément les difficultés de comportement ressenties avec leur MG au cours d'un rendez-vous dédié. La plupart du temps, la demande survenait lorsque les parents arrivaient au bout de leurs ressources : échec de la mise en place de stratégies éducatives personnelles, absence de réponse au cours de leurs recherches ... *« C'est vrai que vite on a été limités, on a vu que toutes les méthodes que ce soit la douceur, la fermeté, les punitions et tout : y'avait pas grand-chose qui fonctionnait » (E10) ; « Avec internet on a pas mal de réponses (...) Des fois y a des questions qui restent sans réponses. Donc euh, des fois quand je vois le généraliste peu de temps après je lui en parle » (E12).*

Les parents s'adressaient au MG de famille soit en premier recours, *« On en aurait parlé d'abord (...) au médecin qui suit euh X (nom de l'enfant), (..) pour voilà: faire un point d'abord avec elle » (E2), soit pour lui demander un 2<sup>ème</sup> avis. « J'avais abordé le sujet avec le docteur P. et qu'il m'avait fait euh ... une grimace du style euh... : « C'est un petit peu tôt pour envisager ça quoi » (E14).*

ii. C'est mon MG qui m'a tendu la perche

Parfois le MG posait des questions ouvertes, prenant des nouvelles de la famille de manière informelle. Il mettait le parent à l'aise, l'entraînant à aborder sa vie de famille et ses difficultés. « Parce que on va consulter pour un vaccin euh... pour une visite de contrôle que ben on échange p'tre sur les difficultés de comportement qui peut y avoir, mais c'est pas une consultation déjà, euh, fin a euh, à pur but euh résolution de, problème de comportement » (E2).

D'autres fois, le MG abordait lui-même le sujet en consultation, lorsqu'il relevait des comportements du parent ou de l'enfant lui faisant suspecter des difficultés à la maison. « Ma généraliste m'en a parlé assez vite (...) sans utiliser le mot précoce mais en disant, qu'elle avait clairement beaucoup de facilités, qu'elle était clairement intelligente » (E13).

Parmi les parents concernés, le MG relevait souvent des difficultés à type d'hyperactivité, l'enfant agité ne parvenant pas à rester en place au cabinet. « On a du mal à poser des questions et à parler avec les professionnels parce que bah justement il court partout, il va toucher ce qu'y a sur le bureau, il va aller derrière fouiller, ... » (E14).

c. Sur quoi a porté ma demande ?

Les parents qui ont attendu des conseils ont abordé les sujets :

- De la crise du non,
- De l'agressivité de l'enfant « *Par rapport au, au geste et que du coup quand il savait pas encore parlé, et j'ai demandé : (..) « donnez-moi peut-être un conseil, quelque chose qui pourrait p't être m'aider? » » (E4),*
- De la rivalité frère-sœur,
- De la parentalité elle-même, du comportement à adopter vis-à-vis de l'enfant. « *Qu'est-ce qu'on pouvait faire pour euh, pour nous aider voilà, nous, comment nous comporter ? » (E10).*

D'autres attendaient une simple réassurance « *J'attendais simplement une réponse (...) pour me rassurer. » (E12)*

- Sur la normalité de leur enfant « *Est-ce que c'était normal ou pas ? » (E13),*

- Sur leurs compétences parentales « *T'as pas su contrôler ton enfant ! Il fait des gestes brusques !* » Genre *c'est moi qui doit culpabiliser, (...) et j'avais demandé au docteur mais euh, mais y avait rien d'anormal (E4).*

Des parents pensaient pouvoir compter sur le réseau de contacts paramédicaux de leur MG. « *Mais peut-être (appuie sur le mot) peut être si par exemple, elle connaît quelqu'un : un psychologue, un psychomotricien... qui est très bien, peut-être qu'elle nous aurait peut-être parlé de cette personne,* » (E9)

#### d. Ce que le MG a fait pour mon enfant et pour moi

Certains parents ont reçu des conseils. Ils les ont mis en application avec plus ou moins de succès. « *On a essayé de mettre en application systématiquement* » (E13), « *Après y'a des choses qui marchent, et d'autres qui marchent pas donc je sais plus...* » (E13)

Parmi ces conseils, les médecins ont proposé :

- D'être patient :
  - Proposer sans forcer (les légumes, le pot ...) : « *Continuer à toujours proposer euh les légumes par exemple enfin euh sans forcer (...) en essayant de qu'elle goûte, (...) sans la bloquer quand même* » (E1)
- D'être constant :
  - Donner un cadre et s'y tenir
  - Etre ferme dans sa prise de décision : « *Essayer d'être un peu plus des fois d'être un peu plus fermes aussi ... dans la décision prise euh voilà : c'est la décision, elle est prise et on, on n'y déroge pas quoi* (E3)
- Des conseils plus spécifiques à certaines difficultés :
  - Ne pas comparer les frères et sœurs pour éviter la rivalité fraternelle : « *A 2 ans (...) il parlait moins bien qu'son frère. Après Mme X (nom du MG) elle m'avait dit qu'il fallait pas comparer* » (E7)
  - Gérer les crises de colères en expliquant : « *Essayer de lui expliquer que ce qu'il faisait c'était pas bien euh ... qu'il y avait d'autres façons d'obtenir ce qu'on voulait. Comment gérer la colère etc.* » (E13)

- Prendre du temps pour soi en tant que parent : « *Son rôle c'est plutôt d'essayer de me dire qu'il faut que je trouve une activité toute seule pour moi et d'essayer d'avoir une heure dans la journée pour faire autre chose que les enfants et le travail* » (E13)
- Des consignes de reconsultation en cas de persistance : « *De voir si ça se réglait euh tout seul et si vraiment au bout d'un certain temps ça se, ça se remettait pas dans l'ordre, bon beh dans ce cas là euh, p'être que y aurait une action différente quoi..* » (E2)

Certains parents cherchaient à être rassurés. Le MG a répondu à leurs attentes et leur a expliqué que :

- Certaines difficultés étaient transitoires : « *C'était pas inquiétant pour elle, c'est des périodes qui sont comme ça* » (E1)
- Leur enfant était normal « *Bon déjà il nous a rassuré sur le fait que c'était normal* » (E2)
- Les difficultés d'alimentation n'entraînaient pas de retentissement sur la santé : « *On se rend compte qu'elle est dans la courbe. Voilà, c'est pas un gros poids donc euh... voilà maintenant on, on la laisse manger toute seule.* » (E16)

Ils se sont sentis déculpabilisés vis-à-vis de leurs compétences parentales. « *Le docteur X pour ça il est très, très bien parce que y, y, il me soulage, parce que, il est compréhensif du comportement de N.* » (E14).

D'autres ont dû entamer un parcours de soins plus poussé, avec leur MG comme coordonnateur de la prise en charge. Le MG a adressé les parents à un praticien libéral ou dans des centres spécialisés comme le CAMSP ou le CMP. « *Assez vite, elle nous a orienté vers le pédopsychiatre (...) qui lui, nous a orienté après vers la psychologue* » (E10).

Dans l'ensemble, le MG n'a pas adressé les parents à des professionnels paramédicaux sauf pour les parents de l'entretien 13. Leur MG a proposé la lecture de livres sur le sujet, un suivi avec une psychologue spécialisée dans les relations familiales et une association de parents. « *Et j'en ai parlé à une psychologue (...) qu'au départ euh...la généraliste m'avait conseillée parce qu'elle pensait qu'elle faisait les relations familiales* » (E13). « *Ma généraliste m'avait parlé d'une association à (nom de la ville)* » (E13).

Globalement, les parents ont été satisfaits de cette prise en charge, « *J'trouve qu'c'est bien qu'elle nous ait orienté vers quelqu'un d'autre plutôt que, de laisser la situation euh voilà...*

*trop dégénérer. » (E10), et surtout du rôle de coordinateur du MG. « Il est au courant, et on, et on, demande aux spécialistes de lui envoyer tous les, les comptes rendus etc. pour qu'il puisse le suivre... » (E14). Ils se trouvaient chanceux d'avoir un MG qui s'intéresse à leur problème et qui mette tout en œuvre pour les aider. « Je pense que j'ai eu la chance d'avoir euh ... A. en généraliste qui a est à l'écoute et qui a proposé des trucs, y compris comportementaux, pour m'aider. » (E13).*

## **2- Des parents n'ont pas demandé d'aide au MG dans la gestion des comportements difficiles**

Au fil des entretiens, les chercheuses constataient que pour une majorité des parents, le MG n'était pas considéré comme une source d'aide dans la gestion des comportements difficiles de leur enfant.

### **a. Une difficulté qui n'en est pas une :**

Pour beaucoup de parents, ces comportements perturbateurs étaient transitoires, en lien avec le stade de développement normal de l'enfant, et ne justifiaient donc pas l'intervention du MG.

*« Je le perçois pas comme des difficultés, plus des choses normales de l'éducation. » (E12)*

Les parents citaient par exemple, la période du « non », générale chez les tout-petits. *« P...elle est dans l'âge où il se dit non donc : non elle veut pas aller au lit non elle veut pas faire la sieste beaucoup le non » (E5)*

Les parents définissaient la parentalité comme un apprentissage en constante évolution qui se faisait en fonction des situations rencontrées. *« On ne naît pas parent : on apprend. Et on apprend en fonction de l'enfant, et au moment de, de, de la difficulté de l'enfant » (E11)*

Quand survenait un nouveau comportement perturbateur, le parent devait adapter sa stratégie éducative pour aider son enfant à évoluer. Si la difficulté persistait, il remettait d'abord en cause sa compétence parentale avant d'en imputer la responsabilité à son enfant. *« A un moment on s'est posé la question : est ce que nous parents on est à la hauteur ? » (E8)*

b. Ils essaient d'abord de se débrouiller seuls :

En cas de persistance des difficultés, la plupart des parents recherchaient d'abord des solutions par eux-mêmes. Différents types de ressources pouvaient être mobilisées.

Certains parents faisaient « à l'instinct » : « *On essaie de faire un peu au feeling aussi* » (E10).

D'autres s'informaient au travers de livres sur des sujets d'inquiétude variés. Parmi eux on notait : la gestion des écrans, de l'opposition infantile, l'exercice de la parentalité, l'éducation bienveillante... Ces ouvrages étaient proposés lors du passage en maternité à la naissance de l'enfant, conseillés par l'entourage ou choisis par les parents eux-mêmes. « *L'éducation bienveillante explique certaines choses, euh ...notamment les principes de Françoise Dolto, de, de, du fait d'analyser un peu les comportements (...) j'essaie de comprendre certains comportements* » (E14).

D'autres encore ont trouvé des réponses via l'audiovisuel. Certains parents utilisaient les forums regroupant des témoignages de parents ou regardaient des émissions TV éducatives. « *Moi, je regarde sur internet, un peu comme tout le monde : « Comment réagir face à telle situation ? » Alors c'est rigolo de voir différents avis. (...) C'est vrai que maintenant avec internet on a pas mal de réponses. Après il faut trier, il faut savoir trier* » (E12).

« *J'aime bien l'émission « les maternelles » et voilà des fois euh... J'suis tombée sur le, ce sujet là, quelques fois...* » (E10)

S'ils avaient besoin d'une aide humaine, les parents se rassuraient grâce au partage d'expérience avec leurs proches. En plus d'être une source d'écoute et de soutien, la famille, les amis, représentaient une source de conseil « *On s'adresse pas forcément déjà à des professionnels, .. pour l'instant. Euh je pense.. euh c'est plus euh, des échanges avec les membres de la famille, notamment les grands parents puisque que euh beh ils sont passés par là, ils ont un avis extérieur euh , avec ma sœur aussi, parce qu'ils ont des enfants qui ont à peu près le.. le même âge, donc que qui est confrontée au mêmes difficultés (...) c'est sur la base du partage* » (E2).

Parmi les personnes interrogées, beaucoup comparaient leur situation avec d'autres familles pour se rassurer. « *J'ai des amis qui ont aussi des enfants plus âgés, et qui ont, qui m'ont dit, quand elle me dit : « ah mais moi il fait ça il fait ça », je me dis : « ah mais finalement le mien il est plutôt mignon* ». (E6)

Peu de parents ont bénéficié d'une aide associative. Beaucoup n'en connaissaient pas l'existence. Les contraintes d'organisation nécessaires et l'absence de certitude sur son intérêt finissaient de décourager les parents. « *Aller dans une association où on peut rencontrer des parents qui ont potentiellement les mêmes problèmes qui auront peut-être des pistes ... ça faisait beaucoup de peut-être* » (E13).

Le centre social a constitué une autre source d'aide. Il proposait : des séances sous forme de réunions entre parents favorisant le partage d'expérience empirique, et des conférences d'aide à la parentalité prodiguée par des professionnels. « *Avec le centre social, y'a des rencontres qui avaient, qui ont eu lieu sur la parentalité donc on y a assisté* » (E7).

Les parents recevaient des conseils pratiques sur la gestion des devoirs à la maison, des conflits fraternels, d'un enfant en manque d'affection ou encore des crises de colères. « *Parce que c'qu'on a tendance à faire, c'est prendre à un pour donner à l'autre mais non, y faut savoir leur dire : « ça c'est à toi, ça c'est à toi »* » (E7).

c. Ils ont eu recours à une autre aide que celle du MG :

i. Parce qu'ils n'ont pas pensé à lui en parler :

1. Un contexte qui ne s'y prête pas : difficultés de communication, manque de temps

Certains parents n'ont pas choisi leur MG et leurs personnalités ne se correspondaient pas toujours. « *C'était la seule qui pouvait prendre des nouveaux patients à notre arrivée (...) elle a traité beaucoup mon fils par homéopathie, mais pareil : inintéressée du problème...totalemment* » (E15).

Quelques parents n'ont pas pu se confier à leur MG du fait de difficultés relationnelles : un comportement fermé du MG, peu intéressé par ce type de difficulté et donc peu à l'écoute, décourageait toute confiance. « *Elle a vu que j'étais en difficulté avec M hein..., mais c'est pas pour autant qu'elle m'a orienté vers un psy ou quelque chose* » (E15).

La peur du jugement sur sa compétence parentale constituait un autre frein à tout aveu. « *On avait pas trop envie d'aller en discuter avec le médecin traitant en disant : « Bon voilà j'sais pas si j'donne la bonne éducation à mon fils »* » (E8).

La contrainte de temps, face à la salle d'attente pleine, ne permettait pas une ambiance d'écoute propice aux confidences.

*« J pense qu'il supporte pas de faire attendre et il est tout le temps en train de regarder l'heure. Donc limite, des fois j'ai peur de déranger et de poser des questions ou autre » (E12).*

*« J'ai l'impression de déranger le généraliste de lui parler de ça. Je me dis y'a du monde qui attend, euh c'est peut-être plus urgent, plus important, plus grave » (E12).*

*« Même s'il fait des horaires à rallonge je vais pas en plus rallonger la sauce en lui parlant de mes difficultés à gérer » (E14).*

## 2. Ce n'est pas son rôle :

Pour beaucoup de parents, le MG n'avait pas à intervenir dans l'éducation des enfants. Ils ne percevaient donc pas l'intérêt de consulter.

Ils le considéraient comme un médecin somaticien, qui soigne les problèmes de santé généraux, et qui rédige les certificats médicaux.

*« Le médecin généraliste dans ma tête c'est plus, beh on a mal à la gorge, on tousse, on a de la fièvre euh... que ça c'est plus éducatif » (E12).*

*« J'ai une idée du toubib, généraliste, qui est euh un opérateur, (...) t'as un problème de voiture tu vas voir le garagiste : il te répare ta voiture. Pour moi le médecin c'est la même chose » (E12).*

L'abord des difficultés de comportement nécessitait des compétences en psychologie qui n'étaient pas toujours attribuées au MG. *« Je lui en ai pas parlé parce que je me dis que c'est pas son rôle de jouer les psychologues » (E14)*

D'autres ne reconnaissaient pas le MG comme un professionnel de la petite enfance. *« Quand j'ai un problème d'éducation je vais plus vers le conseil général qui est plus penché sur les enfants (...) des personnes certifiés » (E5).*

### ii. Parce que les difficultés restaient gérables

Certains parents auraient pu envisager d'en parler au MG dans les situations suivantes :

- Si les difficultés persistaient dans le temps,

- Si elles s'accrotaient : « Si voilà, ça avait été plus important, je pense qu'on aurait fait ça : on se serait tournés plus vers son médecin euh... de famille (...) pour lui en parler » (E2),
- S'ils avaient été informés que la gestion des difficultés de comportement faisait partie de son champ de compétences : « Après si, effectivement, on me disait bah non vous pouvez en parler et, qu'il soit plus ouvert peut-être je le ferai, ouais » (E12).

### iii. Parce qu'ils se sont adressés à d'autres professionnels

#### 1. Les professionnels de la petite enfance

Plusieurs parents ont préféré s'adresser à la nounou ou aux professeurs des écoles qu'ils sentaient plus compétents du fait de leur expérience professionnelle et personnelle au quotidien avec leurs enfants. « Un médecin, bon il voit des enfants de temps en temps et tout. Mais là l'enseignant (..) elle passe sa vie avec eux, euh toute la journée, donc euh, là, on peut s'y fier. (E9).

Ils prévenaient des difficultés de l'enfant et valorisaient ses acquis. « Il est très très bon, la maîtresse dit à, à, à, au niveau verbal, et quand il raconte une histoire, c'est le meilleur, mais vraiment le meilleur de la classe ! » (E9).

« Bon la maîtresse trouvait que (..) c'était pas normal par rapport aux autres, il arrive pas à reconnaître le prénom des autres et les photographier » (E9)

Ils répondaient aux inquiétudes parentales, donnaient des conseils, les rassuraient. Ils mettaient à disposition des parents des outils de prévention : réunions d'aide à la parentalité, informations écrites. « A l'école, ils nous mettent des petits documents euh, surtout en début d'année (...) y'avait des réunions aussi, pour euh la gestion des comportements (...) et la façon dont on parle aussi à l'enfant » (E3).

Parfois ils ont été instigateurs du parcours de soin. « On voit le psychomotricien... C'est plutôt l'école qui nous a envoyés, euh qui nous a conseillés » (E9).

Au cours des échanges avec les parents, ils expliquaient les stratégies éducatives qu'ils avaient mis en place pour gérer le comportement de leur enfant, pas toujours en adéquation avec les valeurs éducatives parentales. On retrouvait par exemple l'inscription au « tableau de la honte » ou l'utilisation de surnoms dévalorisants. « Elle écrit les noms des enfants qui se comportent pas bien, qui ont eu plusieurs rappels avant qu'ils soient punis. » (E13)

*« Avec la nounou (...) il y a un échange avec elle aussi pour savoir beh elle, ce qu'elle fait, ce qu'elle met en place beh quand euh L. il est désagréable. » (E2)*

## 2. Les professionnels paramédicaux

Une autre source d'aide citée par les parents était celle des professionnels paramédicaux comme la psychologue, l'orthophoniste et la psychomotricienne. Globalement, les parents regrettaient des délais d'attente importants mais étaient satisfaits des différents intervenants. *« Ça a mis quelques mois avant de trouver une orthophoniste qui m'a fait le bilan et qui après n'a pas voulu enfin qui par manque de place n'a pas pu suivre » (E15).*

Ils recevaient des conseils ciblés (tableau de récompense, valoriser les comportements positifs, établir et rappeler le cadre, prévenir à l'avance au changement de cadre...) et étaient rassurés. *« Sur les conseils de la psychomotricienne, (...) C'est de faire un tableau où tous les jours en fait, on met une croix ou on met un smiley qui sourit, par exemple, par rapport à un point particulier » (E14).*

Le psychologue offrait un espace d'écoute aidant les parents à comprendre leurs enfants. *« C'était pas la valeur du test de Q.I. C'est qu'y'a toute une évaluation sur les ... la façon d'utiliser le langage, la logique etc. (...) Je me suis dit que ça pouvait m'aider à la comprendre et à l'aider à ... À mieux avancer » (E13).*

L'orthophoniste rééduquait les retards d'acquisition du langage et donnait des techniques de travail à domicile. *« Non mais moi je rentrais dans le but de voir ce qui s'passait et après d'avoir des clefs et que je puisse reproduire la même chose à la maison » (E8).*

Le psychomotricien intervenait pour des motifs de consultation multiples : difficulté du maintien d'attention, agitation motrice, difficulté dans l'écriture. Le travail par le jeu permettait aux enfants d'améliorer leurs capacités de concentration, d'obéissance et de canaliser leur énergie.

*« Ça c'est pareil, ça s'est calmé un peu avec la psychomot, la psychomotricienne pardon, parce qu'elle l'aide à se canaliser et apprendre à se gérer » (E14).*

*« Elle a réussi à lui a, à lui faire tenir le stylo correctement etc., à le faire s'appliquer. Et du jour au lendemain, il s'est mis à faire ça correctement » (E14).*

### 3. Les professionnels médicaux

Les parents les plus en difficultés se sont tournés vers des pédiatres libéraux, de la PMI ou encore des pédopsychiatres (libéraux ou au sein de structures telles que le CAMSP, le CMP ou le CHU). *« Là euh, ça devenait trop dur donc j'ai demandé au CMP qu'ils me l'prennent en charge et qu'on voit comme pour débloquer » (E5).*

Pour les consultations en structure spécialisée, les délais d'attente étaient particulièrement longs. *« Oh ! Ça a bien mis 4 mois avant d'avoir le rendez-vous là. Au CMP » (E15)*

Lorsque l'enfant était suivi par un pédiatre ou un médecin de PMI, la relation de confiance installée favorisait les échanges sur les problèmes de comportement. Il était le médecin de premier recours. Les motifs de consultations étaient :

- La gestion de l'opposition et des crises de colère *« On (la maman et la PMI) a fait appel au CMP parce que c'était plus gérable (...) il tape, il crie, il mord » (E5),*
- Le manque d'attention, l'hyperactivité motrice,
- L'apprentissage de la socialisation *« N. a du mal avec les ... les adultes, dire bonjour bon. Du coup, j'en avait parlé avec la pédiatre » (E9).*

La PMI a joué un rôle de conseil et de réassurance en cas de difficultés mineures, mais aussi de dépistage de retards d'acquisition des apprentissages ou de troubles du comportement. Dans ce contexte, elle a pu orienter les parents, selon le degré de difficulté rencontrée, vers un pédopsychiatre ou une prise en charge paramédicale. *« Après y'avait eu Mme B de la PMI euh elle, elle essaye de me donner des conseils (...) il y a eu une phase ou beh il s'opposait » (E8)*  
*« Alors l'orthophoniste, elle nous en avait, c'est elle qui nous l'avait conseillé (...) et du coup c'est elle qui nous avait fait l'ordonnance » (E8)*

Tous les parents ont eu un parcours de soins différent, le pédopsychiatre était habituellement le deuxième recours. Les parents y ont été aiguillés par l'ensemble des acteurs suscités.

Une maman nous a décrit les modalités de consultation avec son pédopsychiatre. Celle-ci se passait en deux temps : il recevait l'enfant seul puis le parent entraît pour faire un point ensemble sur la situation.

Pour certains enfants, il a permis de poser un diagnostic et donc de donner des conseils ciblés, proposant des stratégies éducatives aux parents (mise en place d'un cadre sécuritaire, valorisation de comportements positifs uniquement, juste équilibre à trouver dans l'utilisation

de la punition...). « C'est là aussi que le pédopsychiatre a aidé, c'est-à-dire, bah y'a des trucs où on peut punir mais que sur les autres trucs, il faut pas punir (...) renverser un verre d'eau, bah oui il faut dire qu'on est pas d'accord, mais c'est pas la peine de punir, (...) Ou de réagir de la même façon que sur quelque chose de dangereux » (E13).

Si besoin, il orientait vers une prise en charge paramédicale adaptée. « Donc le pédopsychiatre qui m'a orienté vers la psychomotricienne » (E13).

En dernier recours il a pu proposer un traitement médicamenteux. « Le Pr C.vu son hyperactivité de l'année dernière nous a répondu par l'éventualité d'un traitement médicamenteux pour le, pour le canaliser » (E14).

Il mettait en place un suivi adapté à ce parcours de soins. « Et on a eu un suivi au départ régulier : à peu près tous les 15 jours. Et maintenant, on est à une fois par mois, ou une fois par euh ... un mois et demi » (E13).

## **IV. Discussion**

### **A. Forces et limites**

#### **1. Forces**

Il s'agit d'une étude originale car nous n'avons retrouvé dans la littérature actuelle d'étude similaire. Il existe des études sur le sujet des difficultés de comportement mais nous n'avons pas relevé d'étude qualitative, qui plus est se concentrant sur le point de vue des parents.

Pour augmenter la validité interne de l'étude, nous avons toutes les deux effectué le codage en aveugle, chacune de notre côté, puis nous avons mis en commun nos réponses. Lorsque nous n'arrivions pas à nous mettre d'accord, le dernier mot revenait à notre directrice de thèse ce qui permettait une triangulation des données.

La reproductibilité de l'étude est vérifiable par le fait que nous avons recruté les MG investigateurs suivant le « guide d'entretien téléphonique » même lorsque le recrutement était fait en présentiel : les éléments énoncés au recruteur à propos de l'étude étaient constants. Aussi nous avons suivi notre guide d'entretien à chaque rendez-vous avec les parents interrogés. Tous les entretiens se sont déroulés en présence des deux chercheuses ce qui permet une meilleure reproductibilité et la collecte de plus de données. Nous avons établi la saturation des données. Nous avons pu parfaire notre formation en recherche qualitative lors des ateliers de méthodologie organisés par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.

Nous avons tenu compte du principe de réflexivité. Même si les parents savaient que nous étions étudiantes en médecine ou médecins, nous tâchions de nous défaire de ce statut afin de maintenir une certaine neutralité lors des entretiens et de leurs interprétations. Ce principe était également vrai pendant nos grossesses. Sur la période des entretiens 8 à 14, nous étions toutes les deux enceintes, l'entretien 15 s'est déroulé en compagnie du bébé d'une des chercheuses, induisant des réactions de la part des parents au sujet de leurs parentalité à venir ou récente.

## **2. Limites**

Ce travail était pour toutes les deux un premier travail en recherche qualitative. Même si nous avons gagné en assurance au cours de notre thèse, nous n'étions pas très à l'aise lors des premiers entretiens.

Bien que nous ayons tenu compte du principe de réflexivité, nous ne pouvons pas nier que notre statut de médecin ou de femme enceinte ait suscité quelques réflexions chez les parents interrogés et ait pu induire certaines réponses.

Même si nos bébés étaient loin de correspondre à l'âge cible de la population étudiée lorsque nous effectuions ce travail, le fait d'être devenues mamans pendant cette thèse a changé notre regard sur la parentalité.

Le recrutement des parents via leur MG pouvait soulever un biais car le but de cette étude était de s'intéresser au rôle que pouvait jouer ce dernier. Nous tentions de limiter ce biais en essayant de rester vague à l'évocation du sujet, que ce soit avec les parents ou avec le MG et en présentant notre thèse comme traitant de « la difficulté d'être parents quand on a des enfants de 2 à 5 ans ». Certains parents, curieux d'en savoir plus nous demandaient des précisions sur l'étude que nous ne donnions qu'une fois l'entretien terminé, hors enregistrement.

## **B. Discussion à propos des résultats et perspectives**

### **1. A propos du recrutement**

La population de MG était variée. Cela nous a permis d'interroger des parents aux profils variés, correspondant à la personnalité de leur MG traitant.

Les deux méthodes de recrutement des parents, via leur MG ou via le bouche-à-oreille ont été complémentaires. Les enfants recrutés par leur MG de famille bénéficiaient le plus souvent d'un suivi pour des difficultés de comportement ou alors le MG avait repéré ces difficultés, qu'il en ait parlé ou non aux parents. A contrario, parmi les parents recrutés de bouche-à-oreille, nous retrouvions souvent des enfants sans difficultés particulières avec des parents qui ne

consultaient peu ou pas pour ce motif. Cela nous a permis de collecter des points de vue différents et d'enrichir notre étude.

Deux obstacles se sont dressés devant nous. Certains MG contactés appréhendaient d'aborder la question des difficultés de comportement avec les parents. Ils craignaient que ceux-ci se sentent jugés. Les parents étaient réticents à participer à des focus groupes de peur d'être jugés par les autres. Ce ressenti illustre le caractère tabou des difficultés de comportement et de l'exercice de la parentalité.

## **2. Attentes et non attentes parentales**

Entre 2 et 6 ans, l'enfant peut présenter des difficultés de comportement externalisé à type d'agitation, d'impulsivité, d'opposition, de provocation, d'hyperactivité, d'agressivité ou d'instabilité émotionnelle. Bien que certains parents banalisent ces difficultés, d'autres s'inquiètent, se sentent impuissants et parfois coupables.

Les parents ayant décidé de consulter leur MG en raison de difficultés comportementales chez leur jeune enfant ont réalisé une démarche parfois très difficile : celle de reconnaître leur incapacité – temporaire ou permanente – à contenir les débordements de l'enfant et à lui imposer des limites. Cette démarche a souvent fait suite à d'autres tentatives pour solutionner les difficultés comportementales comme :

- Modifier leurs pratiques éducatives,
- Se documenter dans des ouvrages ou sur Internet,
- Se faire conseiller par des personnes de confiance de l'entourage, etc.

Suite à l'échec de ces tentatives, en tout ou partiellement, les parents consultent avec un ensemble d'attentes à l'égard du clinicien.

### **a. Importance de la relation médecin patient et d'une bonne communication**

La première d'entre elle est liée aux compétences communicationnelles du MG. En effet, les parents qui avaient abordé le sujet avec leur MG décrivaient celui-ci comme un professionnel bienveillant, disponible, à l'écoute, les prenant au sérieux et mesurant toute l'ampleur des difficultés de l'enfant, sans aucune attitude de jugement. A l'inverse, les parents n'ayant pas

sollicité leur MG justifiaient en partie ce manque de confiance du fait d'une attitude fermée du MG. Les parents le décrivaient comme peu disponible, peu intéressé et peu enclin à proposer des solutions. Ce ressenti était généré par l'attitude verbale et non verbale du médecin. On citera par exemple le médecin qui ne cesse de regarder sa montre. Par ailleurs, il pouvait varier en fonction des personnalités de chacun. Pour un même MG, les parents interrogés présentaient parfois un ressenti complètement différent.

La littérature confirme la nécessité de maîtriser l'art de communiquer avec ses patients. Une communication efficace et empathique renforce la relation de confiance entre le patient et son médecin favorisant la confiance. Elle entraîne une satisfaction accrue et une meilleure adhésion à la prise en charge. Cette relation est d'autant plus profonde lorsque le médecin a le statut de médecin de famille.

Notre étude corrobore la nécessité d'un lien fort entre le MG et le patient reposant sur une communication empathique pour évoquer les difficultés rencontrées par les parents au cours d'une consultation (21,22). Elle met indirectement l'accent sur l'épineux sujet de la désertification médicale et sur la difficulté d'établir une relation de confiance avec un médecin que l'on ne choisit pas.

#### b. Évaluation médicale

L'évaluation comportementale de l'enfant, a fortiori du jeune enfant, est extrêmement délicate. Les études scientifiques rapportent une variabilité importante entre les jugements évaluatifs des parents et ceux des enseignants ou des médecins (23).

Cette variabilité peut être expliquée par les normes subjectives auxquelles se réfèrent les différents informateurs. En effet, chaque personne, professionnelle ou non, va évaluer l'enfant en fonction de ce qu'il considère comme étant normal, attendu ou acceptable pour un enfant, fille ou garçon, à un âge donné. Nous avons également fait ce constat au cours de ce travail de recherche. Alors que certains parents se référaient au comportement de la fratrie pour considérer l'enfant cible comme en retard, les enseignants s'appuyaient sur leurs expériences auprès des nombreux enfants qu'ils observent au quotidien. Le MG, quant à lui se basait sur ses connaissances théoriques du développement normal versus pathologique.

Ces attentes normatives varient d'un individu à l'autre en fonction de la tolérance de chacun à l'égard des comportement perturbateurs du jeune enfant. Par exemple, dans notre étude, une

maman se plaignait de l'absence de patience du pédiatre contrairement à son MG qui gardait une attitude bienveillante.

Ces attentes varient également d'une culture à une autre, notamment en ce qui concerne les genres. Ainsi, les parents sont souvent plus tolérants concernant les comportements perturbateurs si l'enfant est un garçon.

Les parents soulignaient fréquemment une dualité de comportement entre l'école et la maison, ce qui pourrait expliquer la variabilité entre les évaluations des enseignants et des parents. La littérature suggère que si les parents rapportent davantage de difficultés à la maison que les enseignants à l'école, la cause de ces difficultés pourrait être attribuée à l'utilisation de pratiques éducatives inefficaces ou inconsistantes par les parents (24). Au contraire, si les parents rapportent moins de difficultés à la maison que les enseignants à l'école, il se pourrait que des difficultés d'adaptation dans le cadre scolaire soient en cause et que celles-ci reposent sur des compétences sociales et cognitives faibles chez l'enfant.

L'évaluation par le médecin apparaît importante pour faire la part des choses. Ces discordances devraient l'inciter à beaucoup de prudence dans l'évaluation des comportements. Il devrait arriver à rester le plus objectif possible et se faire son avis sans se laisser préalablement influencer par le discours des parents en prenant en compte tous les milieux de vie de l'enfant (scolaire et extra-scolaire).

Dans notre étude, une des sources d'aide souvent utilisée par les parents était les professeurs des écoles. La recherche suggère des concordances fortes entre les jugements évaluatifs des médecins et des enseignants (23). Ces résultats corroborent l'importance d'une évaluation par des informateurs multiples, associant l'évaluation de l'enseignant et du médecin.

### c. Proposition de prise en charge

Au cours de cette consultation, les parents désiraient que le MG mesure toute l'ampleur des difficultés de comportement, les aide à comprendre leur enfant et qu'il les guide quant aux attitudes à privilégier. Au terme de l'entretien, le MG avait le choix d'assumer la prise en charge du jeune enfant ou de recourir à une ressource spécialisée.

Lorsque le MG choisissait d'assumer seul la prise en charge de l'enfant, il avait un rôle d'accompagnement et de soutien. Ce soutien était facilité lorsqu'il se positionnait comme le médecin de famille, du fait de sa meilleure connaissance de l'histoire familiale.

Dans notre étude, le MG a joué un rôle d'accompagnement important pour certains parents au travers de consultations dédiées. La recherche a montré que le tempérament difficile des enfants et un sentiment d'incompétence parentale pouvaient constituer une source de stress quotidienne chez le parent. Si ce stress perdure, il peut avoir un effet cumulatif et entraîner progressivement un sentiment de détresse, impactant le fonctionnement familial tout entier et le développement des enfants (25,26). Parmi les autres facteurs de risques, on retrouve : la monoparentalité, les difficultés financières, le nombre élevé d'enfants, le jeune âge et l'état de santé du parent.

Au cours de ce travail de recherche, plusieurs parents ont évoqué des difficultés aggravées par leur situation familiale et financière. Les études soulignent la forte prévalence de cet épuisement chez les mères, plus particulièrement quand elles ont de jeunes enfants (26).

Il nous apparaît donc important de repérer le burn out parental chez les mères de jeunes enfants par l'utilisation de questions ouvertes et de le prendre en charge par un accompagnement adapté.

En cas de difficultés de comportement de l'enfant jugées banales, le MG répondait aux attentes parentales par de la réassurance sur la normalité de ce comportement et l'absence d'incidence sur sa santé. Il donnait des conseils pratiques aux parents pour les aider à mieux gérer les comportements perturbateurs. Ses conseils étaient d'autant mieux entendus lorsqu'il était parent lui-même. Plusieurs MG se sont ainsi servis de leurs expériences personnelles en tant que parent pour conseiller leurs patients. Leur vie privée leur a apporté des outils pratiques pour aider les parents, ce qui a parfois constitué un plus à leur expérience médicale. D'après Wolpaw and al., le partage d'expérience montre que malgré sa tenue et sa profession, le médecin n'est pas si différent du patient (27). Il implique également un sentiment de compréhension partagée, augmentant l'adhésion aux soins.

Lorsque les difficultés sont importantes, ils attendaient du MG qu'il mesure l'ampleur des difficultés, confirme le caractère pathologique du comportement et les oriente vers une source d'aide plus spécialisée.

#### d. Coordination de soins

Au cours de notre travail, nous avons remarqué l'absence de parcours de soin typique. Parfois, les parents consultaient directement un professionnel paramédical sans avis médical préalable, spontanément ou sur avis de l'enseignant. Il en résultait régulièrement des délais de

rendez-vous allongés avec ces professionnels. Ainsi, un enfant en besoin pouvait perdre jusqu'à plusieurs mois avant de pouvoir bénéficier d'une prise en charge adéquate (3,18).

Il n'est pas rare de constater la mise en place de traitement rééducatif trop précipité qui ne tient pas compte de l'étiologie, souvent multifactorielle, des troubles du comportement externalisés. Or les études rapportent l'importance d'une évaluation pluridisciplinaire afin de proposer une stratégie thérapeutique adaptée au bon diagnostic (3). En plus des facteurs constitutionnels (tempérament, personnalité, capacités d'inhibition, de planification et d'autorégulation), la présence de troubles externalisés du comportement est favorisée par des facteurs épigénétiques et développementaux. Parmi eux, on retrouve le trouble précoce de l'attachement, le déficit éducatif, une discordance entre les besoins de l'enfant, les pratiques éducatives parentales mises en œuvre ou encore un trouble du langage oral mal dépisté. Sans diagnostic, la prise en charge par un professionnel paramédical impliquerait un traitement du symptôme et non pas de la cause. Elle serait susceptible de faire perdre un temps précieux à l'enfant et d'avoir des répercussions sur sa scolarité et sa socialisation. La réalisation préalable d'un diagnostic permettrait une prise en charge plus efficace et plus ciblée et de réduire les délais de rendez-vous. Notre travail montre l'importance de prendre le temps d'évaluer l'utilité d'une prise en charge paramédicale (orthophonique, psychomotricité, psychothérapie) avant d'en réaliser la prescription.

De la même façon, les parents pouvaient être amenés à consulter un pédopsychiatre d'emblée. Parmi ceux que nous avons rencontrés, certains se sont tournés vers le libéral du fait de délais de rendez-vous moins importants que dans les structures telles que le CAMSP ou le CMP/CMPP. Or cette solution, plus coûteuse, pose un problème d'accessibilité et entraînent une perte de chance pour les familles les plus démunies dont l'enfant est pris en charge plus tardivement. En effet, la prévalence des difficultés de comportement est souvent plus grande dans les milieux socio-économiques défavorables (28). La consultation préalable par le MG permettrait de réaliser un premier tri et d'orienter uniquement les enfants présentant de réels troubles du comportement dans ces structures pour de réduire les délais d'attente et les inégalités d'accès aux soins.

Pour désengorger les structures spécialisées, le nouveau projet de loi de financement de la sécurité sociale a créé depuis 2019 des plateformes de coordinations. Elles viennent en appui aux professionnels de première ligne et accueillent les jeunes enfants de 0 à 6 ans pour initier un parcours de bilan diagnostique et d'intervention précoce tout en garantissant sa prise en charge financière (29).

En cas de troubles du comportement avérés, les parents fournissaient des informations régulières à leur MG afin qu'il puisse coordonner les différents types de traitements proposés (guidance parentale, psychothérapie, rééducation orthophonique et psychomotrice, traitement médicamenteux). Un suivi régulier de l'enfant et de sa famille était alors mis en place en lien avec le médecin spécialiste. Ce suivi permettait de fixer des objectifs à court et à long terme, de faire le point sur les ressources déjà mises en place et les besoins éventuels pour l'avenir, de proposer des stratégies organisationnelles pour améliorer le comportement de l'enfant (15).

#### e. Compétences méconnues d'aide à la parentalité du MG

Alors que le MG présente des atouts dans l'aide à la gestion des comportements de l'enfant, beaucoup de parents ne considèrent pas qu'il puisse leur apporter ce soutien et n'attendent rien de lui. Notre étude a permis d'explorer différents freins à cette confiance parentale.

Il semble que beaucoup de parents ne considèrent pas ces difficultés de comportement comme potentiellement pathologiques mais comme des difficultés d'ordre éducationnelles qui ne concernent pas le MG.

Il ressort de notre étude que certains parents ignorent tout des compétences du MG dans ce domaine. Ils ne considèrent donc pas approprié de lui en parler. Une des explications pourrait être en lien avec l'appréhension des MG à aborder ces difficultés. Comme on a pu le constater lors du recrutement des MG investigateurs certains médecins craignent d'avoir une attitude de jugement envers leurs patients et de les froisser. Ce constat révèle un rôle insuffisamment connu du MG en matière d'aide à la parentalité. Il implique de mettre en place des stratégies d'information pour faire tomber ces barrières et amener les parents à discuter plus ouvertement sur les difficultés de comportements externalisés. Il serait intéressant de réaliser une étude complémentaire à la nôtre afin d'explorer les différentes réactions des MG face aux comportements perturbateurs évidents en consultation et face à des parents évoquant des difficultés de comportement.

## V. Conclusion

« Être parent, ça s'apprend ». La parentalité est un parcours semé d'embûches et les parents doivent constamment s'adapter à l'évolution de leur enfant. L'agitation, l'impulsivité, l'opposition, l'agressivité ou l'instabilité émotionnelle, font partie de la construction neurologique normale de l'enfant préscolaire, mais peuvent être les prémices de troubles du comportement. Cela peut générer stress et anxiété chez les parents qui doutent, ne sachant pas discriminer le normal du pathologique.

Notre objectif était d'explorer les attentes parentales de leur Médecin Généraliste face à des difficultés de comportement de leurs enfants de 2 à 5 ans.

Notre étude a mis en évidence la méconnaissance du rôle potentiel du MG concernant l'aide à la parentalité face aux difficultés de comportement. Sinon la solidité de la relation médecin-patient était importante pour se sentir en confiance et écouté, en abordant ce sujet intime des difficultés d'éducation. Cette démarche est d'autant plus difficile pour des parents en situation d'incapacité et de dévalorisation de leur rôle.

Elle appuie l'intérêt d'un repérage par le MG, complémentaire des évaluations des parents et des enseignants, pas toujours concordantes.

Selon le degré de difficulté, le MG pourrait conseiller et rassurer, ou bien orienter et coordonner le parcours de soins plus complexe en cas de pathologie suspectée. Le MG de premier recours peut contribuer à adresser les enfants de façon adéquate vers les structures spécialisées, afin d'en réduire les délais d'attente. L'établissement d'une stratégie thérapeutique ciblée permettrait de prioriser les enfants en réel besoin.

**Doyen de la Faculté**

Toulouse, le 10 juillet 2020  
Vu, permis d'imprimer,  
Le Doyen de la Faculté de  
Médecine Toulouse-Purpan  
Didier CARRIE



**Président du Jury**

Vu  
Toulouse le 8/7/2020

  
Le Président du Jury  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale

## VI. Références bibliographiques

1. Roskam I, Mikolajczak M. Le burn-out parental : Comprendre, diagnostiquer et prendre en charge. De Boeck Supérieur; 2018. 338 p
2. Hamel MP, Lemoine S, Centre d'analyse stratégique. Aider les parents à être parents. premier ministre; 2012 sept
3. Roskam I, Kinoo P, Nassogne M-C. L'enfant avec troubles externalisés du comportement: approche épigénétique et développementale. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. août 2007;55(4):204-13
4. Loop L, Mouton B, Roskam I. Chapitre 5. Comment intervenir auprès des parents d'enfants difficiles? Agir sur leurs cognitions ou sur leurs comportements? De Boeck Supérieur; 2015
5. Dumas JE, LaFrenière PJ, Capuano F. Profil socio-affectif (PSA) : Évaluation des compétences sociales et des difficultés d'adaptation des enfants de 2 ans ½ à 6 ans. Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Paris; 1997
6. Côté S, Vaillancourt T, LeBlanc JC, Nagin DS, Tremblay RE. The Development of Physical Aggression from Toddlerhood to Pre-Adolescence: A Nation Wide Longitudinal Study of Canadian Children. J Abnorm Child Psychol. févr 2006;34(1):68-82
7. Bourcier S. L'agressivité chez l'enfant de 0 à 5 ans. CHU de Sainte Justine. Université de Montréal; 2008
8. Campbell SB, Mellier D. Les troubles externalisés chez le jeune enfant à la lumière de la psychopathologie développementale. Enfance. 2016;N° 1(1):35-49
9. Guedeney A, Foll JL. Classification diagnostique 0-3 ans (DC 0-3R, 2005) et sa révision (DC 0-5, 2016). Psychiatrie. 6 sept 2018;37(200):8-11
10. OMS. CIM-10 / ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Paris: Edition Masson; 2008
11. Questions/Réponses – TDAH : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille – Service Presse, février 2015
12. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2005, XIV- 428 p

13. Lyons-Ruth K, Todd Manly J, Von Klitzing K, Tamminen T, Emde R, Fitzgerald H, et al. The worldwide burden of infant mental and emotional disorder: report of the task force of the world association for infant mental health. *Infant Ment Health J.* nov 2017;38(6):695-705
  
14. Le diagnostic précoce des troubles du comportement externalisé est-il fiable ? Mise à l'épreuve d'une procédure multi-informateurs et multiméthodes. *Pratiques Psychologiques.* 1 juin 2011;17(2):189-200
  
15. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Haute Autorité de Santé; 2014 déc p. 199
  
16. UDAF 31. La vie de parents au quotidien. Observatoire Départemental des Famille. Novembre 2008
  
17. Galéra C, Bouvard M-P. Troubles du comportement avant six ans : particularités cliniques et thérapeutiques. *Annales médico-psychologiques.* 5 juin 2015;173(5):433-6
  
18. Rapport d'activité des CAMSP. Synthèse nationale des résultats 2015. CNSA, février 2017, Pdf, 53 p
  
19. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines Ed. 3. Armand Colin; 2009
  
20. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. De Boeck Supérieur; 2019. 162 p
  
21. Gargouri L, Safi F, Khemakhem K, Chaabouni Y, Triki F, Aloulou EJ. Stratégie pour une meilleure communication médecin-malade. :3
  
22. Warnecke E. The art of communication. *Aust Fam Physician.* 2014 Mar;43(3):156-8
  
23. Roskam I, Stiévenart M, Meunier J-C, Van de Moortele G, Kinoo P, Nassogne M-C. Comment les parents, les enseignants et les cliniciens évaluent les troubles du comportement externalisé du jeune enfant ? Étude de la variabilité des jugements évaluatifs et de son impact sur le développement de l'enfant. *Pratiques Psychologiques.* déc 2010;16(4):389-401
  
24. Roskam I, Vandenplas-Holper C, de Maere-Gaudissart A. Mothers' and teachers' ratings of the child's personality. Child's age, gender, scholastic achievement, mother's educational level, and rater effects. *European review of applied psychology.* 2001;51(4):289-303
  
25. Lebert-Charron A, Wendland J, Dorard G, Boujut É. Le syndrome de burnout ou

d'épuisement maternel : une revue critique de la question. La psychiatrie de l'enfant. 22 nov 2018;Vol. 61(2):421-41

26. Sánchez-Rodríguez R, Callahan S, Séjourné N. L'épuisement des mères de jeunes enfants : une étude exploratoire. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. juin 2018;28(2):72-9

27. Wolpaw DR, Shapiro D. The Virtues of Irrelevance. N Engl J Med. 3 avr 2014;370(14):1283-5

28. Nezafat Maldonado B, Chandna J, Gladstone M. A systematic review of tools used to screen and assess for externalising behaviour symptoms in low and middle income settings. Glob Ment Health (Camb). 15 juill 2019;6

29. Dicom M. Les plateformes de coordination et d'orientation TND. Secrétaire d'Etat chargé des personnes handicapées. 2020. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/comprendre-l-autisme-au-sein-des-troubles-du-neuro-developpement/du-reperage-au-diagnostic/plateformes-tnd>

## **VII. Annexes**

## Annexe 1 : Accord de la Commission éthique



**Commission Ethique du Département de  
Médecine Générale de Midi Pyrénées**

Secrétariat : *Dr Motoko DELAHAYE*  
30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère  
Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr

**Président : Mme Laurencine VIEU  
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE**

### AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES

Renseignements concernant le demandeur :  
Nom : GERIER Cécile et TRESSEL Manon  
Qualité, chercheuses en médecine générale  
Adresse :  
- Manon TRESSEL : 63 rue des Campanes 32600 l'Isle Jourdain  
- Cécile GERIER : 20 place Wilson, 31000 Toulouse  
Courriel :  
- tressel.manon@icloud.com  
- cecile.gerier@gmail.com  
Numéro de téléphone :  
- Manon TRESSEL : 06.31.78.09.26  
- Cécile GERIER : 06.99.16.82.66

Renseignements concernant le promoteur :  
Nom : DUMG de Toulouse / DELAHAYE Motoko  
Qualité : Médecin généraliste  
Adresse : 30 avenue des Arcades, 12000 le monastère  
Courriel : motokopro.delahaye@wanadoo.fr

Titre complet de la recherche :  
Qu'attendent les parents de leur médecin généraliste en Occitanie, concernant les difficultés de comportement extériorisé de leur enfant d'âge préscolaire ?

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

**AVIS FAVORABLE**

**N° 2018 - 010**

**LE 29/4/2018**



Dr Motoko Delahaye

## Annexe 2 : Lettre de bienvenue dans l'étude pour le médecin recruteur

Mlle TRESSEL Manon  
15 rue Charles Bacqué  
32600 l'Isle Jourdain  
Mail : tressel.manon@icloud.com  
Tel : 06.31.78.09.26

Le 13/10/2019 à Castelnaudary

Mlle GERIER Cécile  
856 chemin d'en Touzet  
11400 Castelnaudary  
Mail : cecile.gerier@gmail.com  
Tel : 06.99.16.82.66

A l'attention du docteur ...

Objet : Etude « Place du médecin généraliste dans les difficultés comportementales des enfants »

Chère consœur,

Tout d'abord, nous vous remercions vivement de l'intérêt que vous portez à notre étude. Voici quelques précisions sur les modalités de notre recherche.

Il s'agit d'une recherche de méthode qualitative : Nous souhaiterions comprendre ce qu'attendent les parents de leur médecin généraliste, concernant les difficultés de comportement extériorisé (opposition, crise de colère, impulsivité) de leur enfant d'âge préscolaire (2-5 ans inclus).

En effet, la différence entre difficulté et trouble vrai du comportement chez ces enfants est mince d'autant que le diagnostic peut difficilement être établi avant l'âge de 7 ans. Ainsi, certains enfants sont adressés par des enseignants ou encadrants dans des structures spécialisées qui se retrouvent débordées (délai d'attente minimum du CAMSP : 2 mois). Le médecin généraliste aurait peut-être une place dans le dépistage de ces troubles et l'orientation des parents ?

Pour réaliser cette étude, nous allons organiser des entretiens individuels, avec des parents dont au moins un des enfants est âgé de 2 à 5 ans inclus. Les parents s'identifieront à l'aide d'un pseudonyme et les enregistrements, anonymisés, seront détruits après leur exploitation.

Ainsi, votre participation consisterait à proposer à des parents de votre patientèle, (parents d'au moins un enfant de 2 à 5 ans inclus, avec ou sans difficulté comportementale, avec ou sans suivi spécialisé), d'être contactés par téléphone en vue d'organiser un entretien. Vous trouverez ci-joint un formulaire de consentement à la transmission de leurs coordonnées (nom, prénom, téléphone, mail éventuellement).

Nous restons à votre disposition pour toute autre question, et vous remercions encore de votre aide précieuse.

Bien fraternellement,  
Cécile GERIER et Manon TRESSEL

## Annexe 3 : Formulaire de consentement médecin

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT MÉDECIN

---

Merci de votre participation à notre recherche. Le présent document vous en explique les modalités. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Merci d'avance de signer et dater les 2 copies du consentement à la fin du document et d'en conserver un exemplaire. Vous pourrez nous retourner l'autre avec les consentements parentaux dans l'enveloppe retour ci-jointe.

**Personnes responsables du projet :**

Directeur de thèse : Docteur DELAHAYE Motoko

Chercheurs :

- GERIER Cécile, dans le cadre d'une thèse de médecine
- TRESSEL Manon, dans le cadre d'une thèse de médecine

**Financement du projet de recherche, et déclaration de lien d'intérêt :** Aucun

**Objectif du projet :**

Explorer les attentes des parents et la place de leur médecin généraliste pour les accompagner lorsqu'ils sont confrontés aux difficultés éducatives, de comportement extériorisé, de leur enfant d'âge préscolaire (2 à 5 ans inclus).

**Raison et Nature de la participation :**

Votre participation est requise pour sélectionner des parents s'étant plaint de difficultés plus ou moins importantes à gérer le comportement de leur enfant âgé de 2 à 5 ans inclus.

Ces difficultés de comportement peuvent être normales pour l'âge ou non.

Ainsi, nous recherchons des enfants avec ou sans suivi psychologique/pédopsychiatrique en cours, d'origines et de situations familiales variées.

**Droit de retrait sans préjudice de la participation :**

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

**Confidentialité, partage, surveillance et publications :**

Durant votre participation à ce projet de recherche, les chercheurs responsables recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements nécessaires à la recherche, concernant vos patients. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : pseudonyme (code attribué au hasard), sexe, âge, habitudes de vie, statut conjugal, nombre et âge des enfants, catégorie socioprofessionnelle, existence de suivi psychologique ou médical.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver l'identité et la confidentialité de ces renseignements, vos patients ne seront identifiés que par un pseudonyme.

Les données vous concernant recueillies par les chercheurs obéiront aux mêmes règles de confidentialité.

Les chercheurs de l'étude utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Initiales du participant :

Page 1 sur 2

Les données anonymisées du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de les identifier.

Les enregistrements recueillis seront détruits après retranscription anonymisée. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, leurs dossiers de recherche pourraient être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

**Résultats de la recherche et publication :**

Vous serez informé des résultats de la recherche, si vous le souhaitez. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

**Études ultérieures :**

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche ? OUI NON

**Surveillance des aspects éthiques et identification du Comité d'éthique de la recherche :**

Le Comité d'éthique de la recherche a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

**Consentement libre et éclairé :**

Je, \_\_\_\_\_ (nom en caractères d'imprimerie), déclare avoir lu et compris le présent formulaire et en avoir reçu un exemplaire.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 2018

**Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude :**

Nous, \_\_\_\_\_ chercheurs de l'étude, déclarons que être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature des chercheurs de l'étude : \_\_\_\_\_

Initiales du participant :

Page 2 sur 2

## Annexe 4 : Talon sociologique médecin

### QUESTIONNAIRE - MÉDECIN

---

**Vos initiales :**

**Vous êtes :**  Un homme  Une femme

**Votre âge :** \_\_\_\_\_ **ans**

**Êtes-vous maître de stage universitaire ?**  Non

Oui : Merci de préciser SVP

De femme-enfant  De praticien niveau 1  De SASPAS

**Vous exercez :**

Seul  En groupe  Dans le cadre d'une maison de santé

**Votre patientèle est :**

Rurale  Semi rurale  Urbaine

**Exercez-vous une autre activité que la médecine générale ? :**

Médecin coordonnateur de crèche

Médecin de PMI

Activité hospitalière

Si oui, dans quel service ?

Autre

**D'après votre RIAPP 2016 ou 2017, votre patientèle de moins de 16 ans est de :** \_\_\_\_\_ **%**

**De combien d'enfants < 6 ans êtes-vous le médecin traitant ? (ROSP) :**

**Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude en PDF, merci de préciser une adresse mail :**

@

**MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !**

## Annexe 5 : Formulaire de consentement patient pour les médecins

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

---

Je, soussigné(e) Mme/Mr ..... Autorise le Docteur ..... à transmettre mes coordonnées (nom, prénom, adresse mail et téléphone) à Cécile GERIER et Manon TRESSEL, chercheuses en médecine, dans le cadre de leur travail de thèse concernant les difficultés de comportement des enfants de 2 à 5 ans.

Fait à : .....

Le .....

Signature :

## Annexe 6 : Fiche de présentation aux parents

### BIENVENU DANS NOTRE ÉTUDE

---

Bonjour,

Suite à la proposition de votre médecin généraliste, vous venez d'accepter d'être contacté afin de participer à notre étude concernant les difficultés de comportement des enfants de 2 à 5 ans. Ces difficultés rencontrées ont pu vous paraître anodines ou être source d'inquiétude pour vous, parents. Nous vous invitons donc à venir partager votre expérience dans un but de recherche. Nous vous contacterons dès que nous aurons des disponibilités similaires avec des dates concrètes à vous proposer.

Nous vous sommes très reconnaissantes de votre intérêt pour notre recherche,  
A très Bientôt,  
Cordialement,

Les chercheuses  
Manon TRESSEL et Cécile GERIER

## Annexe 7 : Guide d'entretien téléphonique

# GUIDE D'ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE MÉDECIN

---

Bonjour/bonsoir

Je me présente je m'appelle Manon TRESSEL/Cécile GERIER et avec ma co-interne Cécile GERIER/Manon TRESSEL nous faisons notre thèse de médecine générale sur les difficultés de comportement des enfants de 2 à 5 ans.

Notre directrice de thèse est le Dr Motoko Delahaye qui est médecin généraliste en Aveyron et enseignante au département de médecine générale de Toulouse.

Donc nous souhaitons organiser des entretiens de groupe de parents pour explorer ce qu'ils peuvent attendre du médecin généraliste dans ce cas. C'est une recherche de type qualitatif. Je vous contacte donc, parce que nous aurions besoin de votre aide pour recruter des parents qui ont eu, ou pas, des difficultés à gérer le comportement de leur enfant. Votre rôle ça consisterait à simplement proposer à des parents de votre patientèle de participer à notre étude. Est-ce que vous seriez intéressé(e) ?

Si non :

OK pas de souci, merci de m'avoir accordé de votre temps, je vous souhaite une bonne fin de journée/soirée, au revoir

Si oui :

Merci beaucoup de votre intérêt pour notre recherche. L'idéal ce serait que vous proposez de participer aux parents, et vous me transmettez ensuite leurs coordonnées s'ils sont d'accord... Comment préférez-vous que l'on procède : est-ce que vous préférez recevoir les petits documents pour participer : par mail ou par courrier postal ? (recueil adresse mail ou postale). Ok donc je vous envoie tout très vite, et bien sur n'hésitez-pas à m'appeler en cas de besoin !

Encore merci beaucoup, Bonne journée/soirée.

## Annexe 8 : 1<sup>ère</sup> version du guide d'entretien avec les parents

### GUIDE D'ENTRETIEN

---

Bonjour, merci d'avoir accepté de nous rencontrer aujourd'hui.

Nous, c'est Manon et Cécile, internes en Médecine Générale.

Nous faisons notre thèse de médecine sur la difficulté d'être parent quand on a des enfants de 2 à 5 ans inclus, surtout au niveau du comportement.

Tout à l'heure, nous vous avons distribué des formulaires de consentement pour participer à cette réunion, à remplir et à signer. Si vous avez terminé, nous allons les récupérer. Est-ce que vous avez besoin de précisions ?

Alors, voilà comment la réunion va se dérouler : nous allons vous poser quelques questions, et nous enregistrerons vos réponses et votre discussion. Ensuite, nous retranscrivons le tout par écrit en anonymisant tout ce que vous direz.

Si vous avez des enfants plus grands, vous pouvez bien sûr en parler, en précisant leurs noms, mais seulement pour des événements qui se sont passés avant le CP.

Je vais vous demander de vous présenter en donnant votre nom, prénom, votre âge et votre profession (ainsi que celle de votre conjoint(e)).

....

Quel est votre statut marital ?

...

Et est ce que vous pouvez nous parler un peu de vos enfants en précisant leur nom, leur âge, et si ils sont suivis pour des difficultés de comportement.

.....

D'accord. Du coup on va pouvoir commencer :

- Racontez-moi comment s'est passée la dernière fois que vous avez rencontré des difficultés de comportement avec votre enfant ?

- Relance : Vous m'avez parlé de cris, pleurs, .... (*reprendre une situation ou deux qui ont été dites*) comment avez-vous géré cette situation ?
  - Relance : Est-ce que vous avez autre chose à ajouter ?
- A quelles aides ou personnes est-ce que vous vous êtes adressés pour ces difficultés avec votre enfant ? Et pourquoi avoir choisi celles-là ?
  - Relance : A qui est ce que vous en avez parlé autour de vous
  - Relance : Où est-ce que vous avez consulté pour vous faire aider ?
- À quel endroit est-ce que vous auriez pensé chercher des informations ou demander des conseils ?
  - Relance : est ce que vous connaissez des moyens structures ou associations que vous pourriez solliciter ? Pourquoi ?
- Quel rôle votre médecin généraliste a joué pour vous aider à gérer ces difficultés ?
  - Relance : Avez-vous déjà pensé à lui en parler ?
  - Relance : Si non, pourquoi ?
  - Relance : Si oui, comment a-t-il réagit ? Quels conseils vous a-t-il donnés ? Les avez-vous mis en application ? Quel en a été le résultat ?
- Comment est-ce qu'on aurait pu mieux vous aider ?
  - Relance : Est-ce que vous attendiez autre chose de la part de votre médecin ou des personnes à qui vous avez demandé de l'aide ?
- Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

## Annexe 9 : 2<sup>ème</sup> version du guide d'entretien avec les parents

### GUIDE D'ENTRETIEN

---

Bonjour, merci d'avoir accepté de nous rencontrer aujourd'hui.

Nous, c'est Manon et Cécile, internes en Médecine Générale.

Nous faisons notre thèse de médecine sur la difficulté d'être parent quand on a des enfants de 2 à 5 ans inclus, surtout au niveau du comportement.

Tout à l'heure, nous vous avons distribué des formulaires de consentement pour participer à cette réunion, à remplir et à signer. Si vous avez terminé, nous allons les récupérer. Est-ce que vous avez besoin de précisions ?

Alors, voilà comment la réunion va se dérouler : nous allons vous poser quelques questions, et nous enregistrerons vos réponses et votre discussion. Ensuite, nous retranscrivons le tout par écrit en anonymisant tout ce que vous direz.

Si vous avez des enfants plus grands, vous pouvez bien sûr en parler, en précisant leurs noms, mais seulement pour des événements qui se sont passés avant le CP.

Je vais vous demander de vous présenter en donnant votre nom, prénom, votre âge et votre profession (ainsi que celle de votre conjoint(e)).

....

Quel est votre statut marital ?

...

Et est ce que vous pouvez nous parler un peu de vos enfants en précisant leur nom, leur âge, et si ils sont suivis pour des difficultés de comportement.

.....

D'accord. Du coup on va pouvoir commencer :

- Racontez-moi comment s'est passée la dernière fois que vous avez rencontré des difficultés de comportement avec votre enfant ?

- Relance : Vous m'avez parlé de cris, pleurs, .... (*reprendre une situation ou deux qui ont été dites*) comment avez-vous géré cette situation ?
  - Relance : Est-ce que d'autres situations compliquées (ou d'autres évènements) vous viennent à l'esprit ?
  - Relance : Est-ce que vous avez autre chose à ajouter ?
- A quelles aides ou personnes est-ce que vous vous êtes adressés pour ces difficultés avec votre enfant ? Et pourquoi avoir choisi celles-là ?
- Relance : A qui est ce que vous en avez parlé autour de vous
  - Relance : Où est-ce que vous avez consulté pour vous faire aider ?
  - Relance : quels conseils avez-vous reçus ? les avez vous mis en application ? quel en a été le résultat ?
- À quel endroit est-ce que vous auriez pensé chercher des informations ou demander des conseils ?
- Relance : est ce que vous connaissez des moyens structures ou associations que vous pourriez solliciter ? Pourquoi ?
  - Relance : quels conseils avez-vous reçus ? les avez vous mis en application ? quel en a été le résultat ?
- Quel rôle votre médecin généraliste a joué pour vous aider à gérer ces difficultés ?
- Relance : Avez-vous déjà pensé à lui en parler ?
  - Relance : Si non, pourquoi ?
  - Relance : Si oui, comment a-t-il réagit ? Quels conseils vous a-t-il donnés ? Les avez-vous mis en application ? Quel en a été le résultat ?
- Comment est-ce qu'on aurait pu mieux vous aider ?
- Relance : Est-ce que vous attendiez autre chose de la part de votre médecin ou des personnes à qui vous avez demandé de l'aide ?
- Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

## Annexe 10 : Formulaire de consentement parents

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT PARENTS

---

Merci de participer à notre recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous pourrez dater et signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie.

**Personnes responsables du projet :** GERIER Cécile et TRESSEL Manon

**Objectif du projet :** Comprendre ce que vous attendez de votre médecin de famille pour vous accompagner en cas de difficultés éducatives, de problèmes de comportement etc..., de votre enfant âgé de 2 à 5 ans inclus.

**Raison et Nature de la participation :**

Votre participation consiste en une rencontre avec les chercheuses, d'environ 30 minutes. Cette rencontre aura lieu dans le lieu de votre choix. Nous vous poserons une dizaine de questions. Cette rencontre sera enregistrée sur bande audio, nous vous demanderons de dire votre prénom au début de l'entretien, mais nous anonymiserons le tout ensuite.

**Droit de retrait sans préjudice de la participation :**

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire : vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation, sans justification.

Si vous deviez quitter l'étude après avoir participé à la rencontre : acceptez-vous que vos réponses anonymisées soient utilisées ? OUI NON

**Confidentialité, partage, surveillance et publications :**

Durant votre participation à ce projet de recherche, les chercheurs recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la recherche seront recueillis. Ils demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un code. Les enregistrements seront détruits après utilisation anonymisée.

Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier.

**Surveillance des aspects éthiques et identification du Comité d'éthique de la recherche :**

Le Comité d'éthique de la recherche a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi.

**Consentement libre et éclairé :**

Je, \_\_\_\_\_ (nom en caractères d'imprimerie), déclare avoir lu et compris le présent formulaire et en avoir reçu un exemplaire.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20...

Initiales du participant :

Page 1 sur 1

## Annexe 11 : Talon sociologique des parents

### QUESTIONNAIRE - PARENTS

---

**Vous, parents :**

	Parent 1	Parent 2
NOM (initiale)		
Prénom (en entier)		
Âge		
Profession		
Présent au cours de l'entretien ? (Entourez la bonne réponse)	OUI / NON	OUI / NON

**Votre situation familiale** (1 seule réponse possible) :

- Marié(s)/en couple       Famille monoparentale       Famille homoparentale  
 Divorcé(s)/Séparé(s)       Famille recomposée  
 Autre (précisez SVP) :

**Votre lieu de vie :**

- Campagne       Ville

**Vos enfants :**

	Sexe (F ou M)	Âge	Suivi pour des difficultés de comportement (Si oui, où et par qui ?)
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Enfant 4			

## Annexe 12 : Tableau récapitulatif du talon sociologique des médecins

entretien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
mode de recrutement	parents recrutés de bouche à oreille															
âge	37	F	52	M	37	F	35	M	63	F	40	F	11 et 12	30	F	parents recrutés de bouche à oreille
sexe																
MSU																
mode d'exercice																
patientèle																
activité parallèle																
RIAPP																
nombre d'enfants de moins de 6 ans dont il est le médecin traitant	13		100	0	42	77	71									17

MSU : maître de stage universitaire

GP : gynéco pédiatrie (stage)

PN1 : praticien niveau 1 (stage)

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

## Annexe 13 : Tableau récapitulatif du talon sociologique des parents

	entretien 1		entretien 2		entretien 3		entretien 4	
	mère	père	mère	père	mère	père	mère	père
âge	38	36	37	35	32	36	31	31
profession	Technicienne de laboratoire	manceuvre dans le batiment		ingénieur	secrétaire médicale	agent de sureté aéroportuaire	coordinateur logistique	congé parental (hotesse d'accueil)
présence à l'entretien	oui	non		oui	oui	non	oui	oui
situation familiale		marié		marié		pacsé		mariés
lieu de vie		campagne		campagne		ville		campagne
sexe	F			M			M	
âge suivi	3 ans			2 ans et demi	5 ans		3 ans	
	aucun			aucun	aucun		aucun	
sexe				F			F	
âge suivi				4 mois et demi			17 mois	
				aucun			aucun	

	entretien 5		entretien 6		entretien 7		entretien 8	
	mère	père	mère	père	mère	père	mère	père
âge	31	33	31	53	32	35	29	35
profession	mère au foyer	chef de chantier inérimaire	ingénieur	directeur recherche et développement	agricultrice	salarié (insemination de brebis)	mère au foyer	mécanicien
présence à l'entretien	oui	non	oui	non	oui	non	oui	oui
situation familiale	marié	marié	marié famille recomposée		marié		marié	
lieu de vie	campagne	campagne	ville		campagne		campagne	
sexe	F	M	M	M	M	M	M	M
âge	2 ans et demi	3 ans	3 ans	5 ans	5 ans	5 ans	5 ans	orthophoniste + psychologue + psychomotricienne
suivi	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun
sexe	M	F	F	F	M	F	F	F
âge	6 ans	19 ans	19 ans	22 ans	3 ans	3 ans	2 ans et demi	pathologie congénitale neurologique suivi HAD
suivi	CMP (éducateur et psychomotricien)	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun

	entretien 9		entretien 10		entretien 11		entretien 12	
	mère	père	mère	père	mère	père	mère	père
âge	40	43	35	35	35		39	41
profession	dentiste	enseignant en droit	diététicienne	agriculteur	technicien airbus		mère au foyer	professeur de tennis
présence à l'entretien	oui	oui (en partie)	oui	non	non		oui	oui
situation familiale		marié		marié	marié famille recomposée			marié
lieu de vie		campagne		campagne	campagne			campagne
sexe	M		M		F		F	
âge	4 ans		5 ans		5 ans		2 ans et demi	
suivi	psychomotricien		CAMSP et psychologue		aucun		aucun	
sexe	F	F	F		M		M.	M. F
âge	7 ans	10 mois	2 ans et demi		11 ans et demi		15 ans	14 ans
suivi	aucun	aucun	aucun		TDHA diagnostiqué il y a 2 ans, (pédopsychiatre + psychomotricité)		ORL.	ORL. Aucun

	entretien 13		entretien 14		entretien 15		entretien 16	
	mère	père	mère	père	mère	père	mère	père
âge	43	47	35	36	34	37	40	40
profession	maitre de conférence universitaire	gestionnaire de paye	congé parental (centre de gestion des sinistres assurances)	ingénieur airbus	auxiliaire de vie	technicien	acheteur chef de produits	agriculteur
présence à l'entretien	oui	non	oui	non	oui	non	oui	oui
situation familiale	Marié		PACS		marié famille recomposée		marié	
lieu de vie	ville		campagne		ville		campagne	
<b>enfants</b>								
sexe	M		M		M		F	
âge	5 ans et demi		5 ans		5 ans		3 ans	
suivi	pédopsychiatre + psychomotricité	orthophoniste + orthophoniste + pédiatre (neurofibromatose type 1)			CMP (orthophoniste et équithérapie)		endocrinopédiatre (hypothyroïdie congénitale)	
<b>fratrie</b>								
sexe	F		F				enceinte de jumeaux dans son	
âge	8 ans		15 mois				9ème mois	
suivi	orthophoniste		aucun					



---

**Qu'attendent les parents de leur médecin généraliste concernant les difficultés de comportement de leur enfant de 2 à 6 ans ?**

---

**Introduction :** La frontière entre les difficultés de comportement externalisé normales et pathologiques chez l'enfant est mince. Faire la différence entre les deux peut parfois se révéler complexe. L'objectif de cette étude était d'explorer ce qu'attendent les parents de leur médecin généraliste concernant les difficultés de comportement externalisé de leurs enfants de 2 à 5 ans.

**Méthode :** Cette étude qualitative prospective a été réalisée de mars 2018 à décembre 2019 en ex-Midi-Pyrénées sous forme d'entretiens individuels semi-dirigés, après accord de la Commission éthique. Deux méthodes d'échantillonnage théorique ont été utilisées : le bouche-à-oreille et un recrutement de parents d'enfant préscolaire par des généralistes. L'analyse des données s'est effectuée selon la méthode de théorisation ancrée.

**Résultats :** 16 couples ont été recrutés : 10 parents par 7 médecins et 6 par le bouche-à-oreille. La saturation des données était obtenue au 14<sup>ème</sup> entretien. Parmi les attentes, on retrouvait le besoin d'une relation de confiance solide et empathique, la prise en compte de la détresse parentale dans l'évaluation médicale et la proposition de solutions (conseil et réassurance, orientation et coordination dans le parcours de soin). Certains n'attendaient rien du généraliste non apte selon eux à gérer les difficultés éducationnelles.

**Conclusion :** En plus d'un rôle d'accompagnement, le médecin de premier recours pourrait être au cœur de la prise en charge et représenter une étape d'aiguillage vers des structures spécialisées, y réduisant les délais d'attente en évitant leur saturation.

---

**What are parents' expectations of their general practitioner regarding externalized behavioral difficulties of their children from 2 to 5 years old?**

---

**Introduction:** The line between normal and pathological externalized behavioral difficulties in children is thin. Differentiating between the two can sometimes be complex. The objective of this study was to explore parents' expectations of their general practitioner regarding externalized behavioral difficulties of their children from 2 to 5 years old.

**Method:** This prospective qualitative study was carried out from March 2018 to December 2019 in Occitania in the form of semi-directed individual interviews, after agreement by the ethics committee. Two theoretical sampling methods were used: word of mouth and the recruitment of parents of preschool children by general practitioners. Data analysis was carried out using the grounded theory method.

**Results:** 16 couples were recruited: 10 parents by 7 doctors and 6 by word of mouth. Data saturation was obtained at the 14th interview. Among the expectations, there was the need for a solid and empathetic relationship of trust, consideration of parental distress in the medical evaluation and proposal of solutions (advice and reinsurance, orientation and coordination in the course of care). Some expected nothing from the general practitioner who, according to them, was not able to manage educational difficulties.

**Conclusion:** In addition to an accompanying role, the primary care physician could be at the heart of the care and represents a referral step towards specialized structures, and waiting times by avoiding their saturation.

---

**Mots Clés :** difficultés de comportement externalisé ; médecin généraliste ; enfant d'âge préscolaire ; parentalité

**Key words:** externalized behavioral difficulties; general practitioner; preschooler; parenthood

---

Discipline administrative : médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil - 133 Route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France.

Directrice de thèse : DELAHAYE Motoko.

2020 TOU3