

**UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE MÉDECINE**

Année 2013

N°046

**THÈSE  
pour le  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
DES de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**par**

**Anne-Claire Daumas**

**née le 27/12/1983 à Nantes**

**Présentée et soutenue publiquement le 16/05/2013**

**« DESSINE TON DOCTEUR »**

**L'image du médecin dans des dessins d'enfants âgés de 6 à 9 ans**

**Président du jury : Monsieur le Professeur J.-F. STALDER**  
**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur J.-P. CANÉVET**  
**Membres du jury : Madame le Professeur A. BONNAUD-ANTIGNAC**  
**Madame le Professeur J. LACAILLE**

# Table des matières

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	4
<b>2. L'ENFANT ET LE MEDECIN</b> .....	5
2.1. CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS PEDIATRIQUES .....	5
2.2. QUELLE IMAGE L'ENFANT A-T-IL DU MEDECIN ?.....	6
2.2.1. <i>Connaissance directe</i> .....	6
2.2.2. <i>Connaissance indirecte</i> .....	6
2.3. LES ETUDES DEJA REALISEES .....	7
2.3.1. <i>L'étude d'Israël L. et Israël G.</i> .....	7
2.3.2. <i>L'étude de Guasch G.-P. et Carengo M.-F.</i> .....	8
2.3.3. <i>L'étude de Benhamou J.</i> .....	8
2.3.4. <i>L'étude du Dr Roullier B.</i> .....	9
2.3.5. <i>L'étude d'Andrieu C.</i> .....	9
2.4. HYPOTHESES DE TRAVAIL.....	10
<b>3. MATERIEL ET METHODE</b> .....	11
3.1. LE RECRUTEMENT.....	11
3.1.1. <i>L'échantillon des enfants</i> .....	11
3.1.2. <i>Le lieu</i> .....	12
3.1.3. <i>Les modalités préalables</i> .....	12
3.2. LES MODALITES DE REALISATION .....	13
3.2.1. <i>La consigne du dessin</i> .....	13
3.2.2. <i>Le lieu</i> .....	13
3.2.3. <i>Le matériel</i> .....	13
3.2.4. <i>Les explications personnelles du dessin</i> .....	14
3.2.5. <i>L'analyse</i> .....	14
<b>4. RESULTATS</b> .....	16
4.1. ÉTUDE ANALYTIQUE .....	16
4.2. DONNEES QUANTITATIVES.....	85
4.2.1. <i>Analyse des questionnaires</i> .....	85
4.2.2. <i>Analyse des dessins</i> .....	86

4.2.2.1.	Le lieu .....	86
4.2.2.2.	Le mobilier, le matériel, les instruments médicaux .....	87
4.2.2.3.	Les personnages .....	88
4.2.2.4.	La situation vécue .....	93
<b>5.</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>96</b>
5.1.	DISCUSSION DES MODALITES DE L'ETUDE .....	96
5.1.1.	<i>Les avantages du choix du dessin comme outil pour l'étude</i> .....	96
5.1.2.	<i>Les avantages du choix de l'école pour recueillir les dessins</i> .....	97
5.1.3.	<i>Biais de courtoisie</i> .....	98
5.1.4.	<i>Biais d'interprétation</i> .....	98
5.2.	DISCUSSION DES RESULTATS .....	98
5.2.1.	<i>La représentation du médecin</i> .....	98
5.2.1.1.	« Démocratisation » du médecin .....	98
5.2.1.2.	Déclin du rôle paternel .....	99
5.2.1.3.	Un rôle maternel moins présent .....	100
5.2.1.4.	Un médecin accueillant et sympathique, devenant accessible .....	101
5.2.2.	<i>Une situation angoissante</i> .....	103
5.2.2.1.	Le cabinet, un endroit clos, isolé du monde extérieur .....	103
5.2.2.2.	La salle d'attente .....	104
5.2.2.3.	Agression lors de l'examen médical, lors des gestes techniques .....	104
5.2.2.4.	Agression de l'intimité, pudeur de l'enfant .....	105
5.2.2.5.	Outils permettant de diminuer l'angoisse de l'enfant lors d'une consultation .....	106
5.2.3.	<i>Une individualisation et personnalisation de la relation enfant-médecin</i> .....	109
5.2.3.1.	Une évolution du mode de parentalité .....	109
5.2.3.2.	Une évolution des caractéristiques et des pratiques des médecins .....	110
5.2.4.	<i>Différences entre garçons et filles</i> .....	111
5.2.4.1.	La nudité de l'enfant .....	111
5.2.4.2.	L'image du médecin et le vécu de la situation .....	115
<b>6.</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>117</b>
	<b>ANNEXE</b> .....	<b>119</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>120</b>

# **1. Introduction**

Les consultations d'enfants représentent actuellement 13 % de l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes (1). Ce chiffre va très certainement augmenter dans les années à venir du fait d'une nette diminution du nombre de pédiatres libéraux (2,3). Dans ce contexte, on comprend la place importante que prennent les consultations pédiatriques en médecine générale, phénomène qui va aller en s'amplifiant.

La relation médecin-patient fait l'objet de nombreuses recherches et écrits, mais peu de travaux sont consacrés à la rencontre médecin-patient enfant. Dans la perspective d'améliorer la qualité relationnelle entre médecin et patient enfant, il semble important d'essayer de comprendre comment l'enfant perçoit ce personnage si singulier et mystérieux qu'est le médecin. Quelle image en a-t-il ?

Toutes les théories et réflexions menées depuis des décennies sur « l'enfance » sont élaborées à partir de l'observation, de l'analyse des adultes sur les enfants, dans le but de mieux les comprendre mais aussi de proposer des conduites et principes éducatifs. Ainsi, l'histoire de l'enfance est avant tout une histoire du regard que les adultes portent sur les enfants. Il n'existe que très peu d'écrits d'enfants (4). Les tentatives de compréhension du monde enfantin émanent donc d'un sujet extérieur, l'adulte, et non du sujet en question, c'est-à-dire l'enfant. Comment peut-on évoquer l'enfance sans aller questionner directement les enfants ? Comment voient-ils le monde qui les entoure ? Comment vivent-ils avec les personnes qui les entourent ? Leur regard s'est-il modifié suite à la nouvelle place qu'ils occupent dans la société ?

La relation verbale avec l'enfant, surtout jeune, est difficile et pose de nombreux problèmes à l'adulte désireux de pénétrer la psychologie infantile. Or le dessin, selon Dolto, peut être considéré comme un « autoportrait inconscient », un « instantané de l'état affectif » de l'enfant. Le dessin est une véritable projection sur le papier du monde intérieur de l'enfant. Cet outil semble donc très intéressant pour comprendre comment les enfants perçoivent le monde qui les entoure.

Afin de décrire la perception et l'image qu'ont les enfants de leur médecin généraliste, nous avons proposé à des enfants de faire un dessin dont la consigne était : « Dessine ton docteur ». Des dessins d'enfants âgés de 6 à 9 ans représentant leur docteur ont été recueillis dans trois écoles primaires de Loire-Atlantique, en janvier, février et juin 2011. Une observation individuelle de chaque dessin a été réalisée dans un premier temps, puis les constatations faites ont été rapportées au groupe, afin de dégager d'éventuelles tendances collectives.

## **2. L'enfant et le médecin**

### **2.1. Caractéristiques des consultations pédiatriques**

Les consultations d'enfants sont très différentes et particulières par rapport aux consultations de patients adultes. L'enfant n'est pas un adulte en miniature, il a ses propres façons de penser, de sentir, d'agir. Il doit gérer de nouvelles expériences, de nouvelles rencontres. La rencontre avec le médecin est une des expériences infantiles génératrices d'émotions et de fantasmes. Dès tout petit il va avoir à faire face à ce tête à tête qui va se renouveler tout au long de sa vie. Une relation singulière va s'établir entre lui et ce personnage si particulier qu'est le médecin (5).

L'une des caractéristiques des consultations pédiatriques est qu'elles font intervenir trois personnages : le médecin, l'enfant, et son accompagnant (souvent la mère). La consultation d'enfant est le plus souvent « un colloque à trois » où le malade n'est pas celui qui parle (6–8).

Une étude néerlandaise menée par le Dr Tates Kiek s'est intéressée à la relation tripartite médecin-enfant-parent lors d'une série de 105 consultations de médecine générale, enregistrées entre 1975 et 1993 (9). Ce travail a montré que les deux adultes dialoguent entre eux, l'enfant étant plus ou moins passif. Dans 90% des cas, la consultation se termine par une absence de participation de l'enfant. La plupart du temps, parent et médecin n'incitent pas l'enfant à s'impliquer et à s'expliquer. Le médecin généraliste s'adresse directement au parent qui formule la plainte à la place de l'enfant. Ces résultats ont également été retrouvés lors de l'étude REMEDE, menée en 2003 auprès de médecins généralistes français (10). L'avis du parent est très souvent sollicité dans le sens où il apporte des informations utiles au médecin, tandis que l'enfant est considéré comme inapte à comprendre les explications médicales. Dans un cas sur dix, le médecin estime que l'accompagnant complique la consultation, gêne l'expression de l'enfant, ou ajoute à son stress. La mère occupe bien souvent une place prépondérante dans la consultation et le médecin peut avoir le sentiment que son discours est un obstacle à recueillir la parole de l'enfant.

Que veut ou que peut exprimer l'enfant, ainsi projeté sous les feux de la rampe (11) ? Quand et comment entend-on sa parole ?

## **2.2. Quelle image l'enfant a-t-il du médecin ?**

### **2.2.1. Connaissance directe**

La rencontre avec le médecin est généralement précoce. C'est bien souvent entre les mains du médecin accoucheur puis du pédiatre de la maternité que le nouveau-né voit le jour. Cette relation initiale va se renouer de façon fréquente au cours de l'enfance : vaccinations, examens systématiques, maladies infantiles (12).

Parfois ces rencontres ont lieu dans une ambiance d'angoisse : attente du médecin, craintes de la mère, peur de l'enfant. Elles peuvent donner lieu à des expériences désagréables, voire traumatisantes, qui sont pour l'enfant un motif à s'intéresser au médecin et aux actes médicaux. Amicale ou hostile, la rencontre de l'enfant avec le médecin n'est jamais indifférente et l'image qu'il se fait de celui-ci est toujours très colorée affectivement. Il s'établit ainsi une relation personnelle avec un médecin particulier. Mais l'enfant peut être amené à changer de praticien, il acquiert alors la notion diffuse d'un « personnage médical ». La superposition et l'interférence de divers types médicaux aboutissent peu à peu à la création d'une « image du médecin ».

Des circonstances à tonalité sentimentale particulière peuvent encore modeler cette image. C'est le cas d'une parenté médicale directe : père ou mère médecin, d'une parenté moins proche : grand-parent, oncle, cousin ou, plus simplement encore, de médecins amis de la famille. De même, le fait d'avoir un membre de sa famille gravement malade, hospitalisé, ou malade chronique peut être une source de connaissance particulière du personnage et du monde médical.

### **2.2.2. Connaissance indirecte**

La société actuelle est fortement imprégnée par un stéréotype médical façonné par les actualités, la littérature, le cinéma, la télévision avec ses feuilletons et magazines de santé. Le monde médical fait partie intégrante de la société. Les adultes se forgent de façon inconsciente une image sociale du médecin, qu'ils transmettent indirectement aux enfants.

En plus de l'information qu'il puise dans le monde adulte mais qui ne lui est pas spécifiquement destinée, l'enfant se voit aussi proposer des images médicales au travers de l'enseignement scolaire et des publications pour la jeunesse. Le stéréotype du médecin généraliste que la littérature jeunesse véhicule permet à l'enfant d'intégrer la représentation collective de la profession.

Il existe de très nombreux albums illustrés permettant aux parents de familiariser l'enfant à l'univers d'une consultation médicale. Les travaux de recherche d'Aïcha Lemrani Alaoui-Allam réalisés en 2005 (13), et ceux d'Emmanuelle Oréal en 2008 (14), ont observé la représentation du médecin dans des albums destinés au jeune public. Ces études montrent que le médecin est toujours représenté aimable et souriant, son nom est souvent associé à un « qualificatif positif » : « le bon docteur... », « le grand docteur Grandcoeur ». Le médecin généraliste est rassurant, chaleureux, gentil et bon. L'image du médecin qui ressort de ces albums est plutôt une image destinée à rassurer les petits lecteurs.

Ainsi l'enfant se trouve très tôt confronté à deux aspects du médecin. L'un qu'il connaît par expérience intime : *son Docteur*, l'autre par ouï-dire : *le Docteur*, c'est-à-dire *l'image sociale du médecin véhiculé par les adultes*.

### **2.3. Les études déjà réalisées**

Peu d'études analysant les caractéristiques de la relation médecin-patient enfant ont été réalisées. Voici les travaux recueillis :

#### **2.3.1. L'étude d'Israël L. et Israël G.**

En 1953, Israël L. et G. publient dans la Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance un article : « Le jeu du docteur et la relation malade-médecin ». Les auteurs ont voulu comprendre la relation médecin-patient enfant en étudiant le jeu du docteur, jeu bien familier des plus jeunes. Le jeu du docteur est un jeu d'imitation dans lequel l'enfant a recours également à l'imagination pour faire vivre et agir les personnages. Mais cette imagination n'est pas fortuite, elle se développe autour de souvenirs, de rencontres réelles. Le jeu devient donc projectif (15).

Les auteurs ont proposé à une trentaine d'enfants âgés de 5 à 10 ans de décrire la façon de jouer au docteur, les règles et les rites du jeu, puis de dessiner le jeu.

#### **Résultats de l'étude :**

Le médecin présente trois fonctions :

Un rôle paternel : le médecin est un personnage puissant, inspirant une certaine crainte. Il commande et on doit lui obéir (aussi bien l'enfant que les parents). Le rôle du malade est un rôle soumis et passif. Certains actes du médecin font mal (piqûres, pansements), c'est un personnage redoutable. Il exerce la puissance et incarne la Loi. Il sert de modèle pour devenir soi-même un homme.

Un rôle maternel : qui protège, qui crée une ambiance douillette. On s'abandonne, on se laisse soigner. Là encore on est absolument passif.

Une fonction sexuelle : le rôle paternel est un rôle phallique où le phallus désigne la puissance. Les auteurs rapportent des scènes de castration dans des dessins, sous-tendant une crainte de castration lors des rencontres avec le médecin. Un autre aspect du jeu du docteur est l'information sexuelle : le médecin a le droit de voir ce qu'on ne montre pas aux autres, il a le droit de toucher. Le médecin est parfois vécu comme un voyeur.

### **2.3.2. L'étude de Guasch G.-P. et Carengo M.-F.**

Guasch G.-P. et Carengo M.-F. ont publié en 1967, dans la Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance, une étude sur la relation médecin-enfant et sa représentation dans le dessin d'enfant. Dans cette étude, les auteurs se sont attachés à définir quelles sont les composantes de cette relation, quelles caractéristiques présente l'image du médecin chez l'enfant, avec comme matériel d'étude, une analyse de dessins d'enfants (16).

#### **Résultats de l'étude :**

Le docteur porte souvent un costume sombre, un chapeau (signe de prestige social selon les auteurs), une trousse noire (accessoire un peu mystérieux qui contient les secrets du docteur). Les auteurs insistent sur le fait que la visite du médecin a un caractère particulièrement solennel, traditionnel ; c'est tout un cérémonial et une attente qui renforcent l'autorité et le prestige du médecin.

Aux yeux de l'enfant, le médecin est un personnage incarnant deux rôles principaux : un personnage sexué (fantasme de castration, être phallique, voyeurisme médical), jouant un rôle maternel (le médecin-mère rassure et protège), et un rôle paternel (le médecin possède la puissance, il voit, juge, ordonne, il incarne la Loi).

De là, naît une certaine ambivalence dans les sentiments de l'enfant face à un personnage aussi redoutable : crainte et admiration.

### **2.3.3. L'étude de Benhamou J.**

Benhamou J. a consacré son travail de thèse en 1974 à analyser la perception du médecin chez les enfants. Pour réaliser son étude, il est allé à la rencontre d'enfants âgés de 5 à 6 ans, dans différentes écoles parisiennes. Dans ce cadre, il a animé des entretiens collectifs sur le thème du médecin généraliste, et a proposé aux enfants de dessiner leur docteur (17).



### **Résultats de l'étude :**

La moitié des enfants ont représenté une scène se déroulant à l'extérieur du cabinet (visite à domicile, hôpital, maison du docteur). Le médecin est le détenteur de la puissance et du savoir. C'est un personnage admiré qui sait tout mieux que les parents. Le médecin soigne tout le monde (bébés, enfants, parents). Il est gentil (il donne des bonbons), mais il est craint (car il fait des gestes désagréables et intrusifs). Le médecin a un rôle paternel et avant tout phallique, le phallus désignant la puissance.

L'enfant est passif la plupart du temps. C'est le médecin et la mère qui occupent le devant de la scène. La présence de la mère semble être un rempart contre l'angoisse véhiculée par le médecin. Elle rassure, elle est une sorte d'intermédiaire.

#### **2.3.4. L'étude du Dr Roullier B.**

Le Dr B. Roullier, pédiatre, a publié une étude en 1998 dans la revue Médecine et enfance : « Dessine ton pédiatre, ou l'image du médecin dans le dessin d'enfant ». Les objectifs de son travail étaient de mieux connaître le vécu et la représentation du médecin, de comprendre ce que signifient pour l'enfant les soins médicaux, la maladie. Pour cela, il a proposé à ses jeunes patients de le dessiner. Il a recueilli 27 dessins (18).

### **Résultats de l'étude :**

Le médecin apparaît plutôt comme un personnage sympathique. Aucun dessin ne montre de personnage inquiétant ou de situation angoissante.

#### **2.3.5. L'étude d'Andrieu C.**

C. Andrieu a présenté en 2005 son travail de thèse sur « La représentation de la relation entre le médecin généraliste et l'enfant à travers le dessin enfantin ». L'objectif de cette étude était de définir l'image que l'enfant a de son médecin généraliste, la façon dont il se perçoit dans cette relation, et les sentiments générés à l'évocation de cette rencontre. Quarante dessins sur le thème « Dessine moi une rencontre avec ton docteur » ont été recueillis (19).

### **Résultats de l'étude :**

L'enfant se représente dans un rôle passif, il se perçoit comme l'objet de conversation entre deux adultes - mère et médecin - de laquelle il est exclu. Une certaine appréhension de la part de l'enfant est rapportée à l'idée d'une consultation avec le médecin. La mère est presque toujours dessinée, présence sécurisante et réconfortante pour l'enfant, interlocutrice privilégiée du médecin, intermédiaire. Le médecin est un personnage puissant, inaccessible,

redouté et admiré (rôle paternel). Le rôle maternel est peu représenté. La fonction sexuelle du médecin (décrite dans les précédentes études) est présente, avec un certain voyeurisme médical.

Au total : passivité et exclusion de l'enfant, puissance et autorité du médecin, sécurité et réconfort de la mère.

## **2.4. Hypothèses de travail**

Dans les précédentes études, le médecin apparaît comme un personnage notable, puissant, admiré et craint. L'enfant est passif et semble exclu de la consultation. La mère, très souvent présente, joue le rôle d'intermédiaire et rassure l'enfant angoissé.

Le mode d'exercice des médecins généralistes s'est profondément modifié depuis ces dernières décennies avec la quasi disparition des visites à domicile, l'abandon du modèle paternaliste, la féminisation de la profession. D'autre part, les modifications sociétales contemporaines ont eu des conséquences sur la place de l'enfant au sein de la famille et dans la société. Les modes de parentalité, au sens « pratiques éducatives » ont évolué. Devenu sujet lors de la promulgation de la Charte internationale des droits de l'enfant (20), l'enfant occupe aujourd'hui une double place: d'une part celle d'un individu à part entière avec ses droits et devoirs, et d'autre part, celle d'enfant, être fragile que l'adulte se doit de protéger.

Toutes ces transformations ont probablement modifié la perception que les enfants ont du monde qui les entoure, et leur relation avec les personnages qu'ils côtoient, notamment le médecin. Dans la perspective de valider ou infirmer cette hypothèse, et afin de mieux comprendre les caractéristiques actuelles de la relation médecin-patient enfant, le présent travail s'applique à décrire les perceptions et les images que les enfants ont de leur médecin généraliste, grâce à l'observation de dessins réalisés par des enfants sur le thème « Dessine ton docteur ».

## **3. Matériel et méthode**

### **3.1. Le recrutement**

#### **3.1.1. L'échantillon des enfants**

Pour réaliser cette étude nous avons choisi de rencontrer des enfants âgés de 6 à 9 ans. Pourquoi cette tranche d'âge ?

La période 6-9 ans correspond à la période de latence. Selon Freud, cette période est caractérisée par la notion de sublimation, processus détournant les forces sexuelles de leur but et les employant à des buts nouveaux (21). L'enfant s'investit volontiers dans deux domaines d'activités (22):

- Investissement intellectuel : l'enfant est curieux, il est intéressé par tout ce qu'on lui propose, il a envie d'apprendre, de savoir.
- Créativité au sens large, ouverture sur le monde culturel : l'enfant investit souvent avec beaucoup de bonheur les disciplines artistiques, la peinture, le dessin, la danse, la musique...

A cet âge les enfants s'expriment avec liberté et innocence et dessinent ce qu'ils ressentent sans se soucier de faire plaisir ou non. Ils ne savent pas ce que leur dessin peut communiquer, c'est pourquoi ils sont si spontanés et authentiques. L'enfant ne filtre pas son expression et ne juge pas ce qui est bon à montrer et ce qui n'est peut-être pas bon à dire. Il transcrit en direct, par les signes qui sont à sa disposition, selon sa maturité (23).

D'autre part, l'enfant se situe à cet âge au stade du réalisme intellectuel dans sa réalisation graphique, selon les termes employés par Luquet (24). L'enfant dessine selon son propre souvenir. Il ne copie toujours pas le réel mais exprime dans son dessin ce qu'il peut savoir de l'objet. Pour lui, l'objet est la somme d'un certain nombre de détails. Il s'efforce donc de le représenter tel qu'il est pour lui, mais identifiable aussi pour autrui. L'enfant veut tout montrer, même ce qui n'est pas visible. Il utilise pour cela des procédés qui vont à l'encontre du réalisme visuel (23,25-27) :

- Le rabattement : l'enfant se projette dans son dessin, il ne le regarde pas de l'extérieur comme nous le faisons, mais il entre dedans. Il utilise des points de vue multiples pour montrer tout aussi clairement que possible.

- La transparence : l'enfant a envie de tout montrer, il dessine à la fois l'intérieur et l'extérieur d'une maison. C'est le besoin de raconter qui domine son style. L'enfant veut montrer plus : tout ce qui existe et tout ce qui l'intéresse.

- La grandeur affective : l'enfant trouve de plus en plus de signes pour représenter le monde visible. Il met ces signes les uns à côté des autres sans se préoccuper de leur différence de grandeur dans la réalité. Il montre par la dimension qu'il leur attribue l'importance que les choses ont pour lui. Il dessine en grand ce qui compte le plus pour lui, sans s'occuper des proportions réelles.

Ce type de réalisation graphique aide donc à l'interprétation des dessins.

### **3.1.2. Le lieu**

Pour réaliser cette étude, nous sommes allés à la rencontre d'enfants dans trois écoles primaires de Loire-Atlantique, en janvier, février et juin 2011 :

- Une classe de CE1, à l'école privée Sainte-Anne, dans le centre ville de Nantes
- Une classe de CE1-CE2, à l'école privée Sainte Jeanne d'Arc, à Nort-sur-Erdre
- Une classe de CE2, à l'école publique Antoine de Saint-Exupéry, à Vigneux de Bretagne

Dans le but d'avoir un échantillon diversifié, nous avons choisi de recueillir les dessins dans des écoles différentes, aussi bien en termes de localisation géographique (milieu urbain, semi-rural et rural), qu'en termes « public/privé ». Ainsi le panel des médecins représentés par les enfants est plus large et varié.

### **3.1.3. Les modalités préalables**

Après avoir reçu l'accord de l'Inspecteur d'Académie, l'objet de l'étude a été expliqué par une lettre aux parents des élèves de ces trois classes, ainsi que les modalités de sa réalisation. Chaque parent était bien entendu libre d'accepter ou de refuser que leur enfant participe à ce projet.

Les parents des enfants ayant participé à l'étude ont ensuite reçu un questionnaire confidentiel portant sur les antécédents médicaux de l'enfant, ainsi que sur les modalités de consultation du médecin généraliste. En effet, il paraissait intéressant de recueillir ces informations afin d'observer plus justement chaque dessin.

Avant la réalisation des dessins, chaque institutrice a annoncé aux élèves qu'un médecin viendrait dans la classe pour « faire une activité ». Les institutrices n'ont pas expliqué préalablement aux enfants le but de notre visite.

## **3.2. Les modalités de réalisation**

### **3.2.1. La consigne du dessin**

Après nous être présentés aux élèves, nous leur avons proposé de faire un dessin, individuellement, dont la consigne était : « Dessine ton docteur ».

Les enfants disposaient de tout le temps nécessaire pour réaliser leur dessin, aucune limite de temps n'a été imposée.

### **3.2.2. Le lieu**

Tous les enfants étaient réunis ensemble dans leur salle de classe, chacun à son bureau. L'institutrice était présente à nos côtés.

### **3.2.3. Le matériel**

Chaque enfant disposait d'une feuille blanche de format 21\*29.7 cm et de crayons de couleurs. Le crayon à papier, la gomme et la règle étaient autorisés.

Nous avons choisi ce format car l'espace blanc de la feuille 21\*29.7 cm est familier à l'enfant, c'est le même genre de papier qu'il utilise pour écrire ou dessiner dans la vie quotidienne (25).

Le choix des crayons de couleur nous a paru intéressant car il permet d'apprécier la pression du tracé (par exemple le trait rageur et agressif, le trait hésitant...), ce qui est plus difficile avec des feutres (24,25).

Le fait de mettre à disposition des enfants l'ensemble des couleurs pour la réalisation du dessin nous a semblé également important. En effet les dessins en couleur représentent le sujet dans l'expression de ses émotions et en même temps, sa vision vis-à-vis du monde extérieur (24,25). C'est le sujet qui choisit lui-même les couleurs qu'il va utiliser pour représenter l'objet demandé par la consigne. Ainsi son choix est motivé par une double pulsion interne : d'une part choisir ses couleurs préférées et d'autre part utiliser les couleurs, qui, d'après le sujet, sont censées être aptes à représenter le thème de la consigne. De ce fait, la conformité

ou la non-conformité des couleurs employées à la réalité extérieure a une grande importance pour l'interprétation ultérieure (25).

Le crayon à papier, la gomme, et la règle étaient autorisés car certains enfants se sentent plus à l'aise pour dessiner avec ces instruments. A l'école, les enfants apprennent le graphisme conventionnel de l'écriture qui impose au tracé des règles, des formes, des dimensions. Les enfants emploient donc fréquemment le crayon à papier pour tracer les contours des objets, des personnages dans leur dessin (27). L'usage de la gomme et de la règle apparaissent également à cette période dans l'apprentissage scolaire du graphisme (27).

#### **3.2.4. Les explications personnelles du dessin**

Une fois le dessin réalisé, nous avons proposé à chaque enfant de venir à tour de rôle dans une pièce à côté de la classe, afin d'expliquer personnellement son dessin. Il paraissait important de discuter individuellement avec chaque enfant de son dessin. Nous lui posions la question : « serais-tu d'accord pour expliquer ton dessin ? ». Cela nous a permis de mieux comprendre ce que l'enfant a voulu représenter sur son dessin. A cette occasion, nous avons également pu noter des remarques intéressantes émises par l'enfant.

Nous avons ensuite demandé à chaque enfant s'il était d'accord pour que l'on garde son dessin. Tous les enfants ont accepté d'offrir leur dessin.

#### **3.2.5. L'analyse**

Une observation individuelle de chaque dessin a été réalisée dans un premier temps, en s'inspirant des démarches analytiques de Borelli-Vincent (détaillées dans l'article de Guasch et Carezzo) (16), de Jacqueline Royer (27) et de Kim-Chi Nguyên (25), adaptées à nos compétences et objectifs.

Nous nous sommes attachés à relever principalement les critères suivants :

##### Le lieu, le mobilier, les instruments médicaux :

Où se passe la scène représentée, les locaux, espace clos/ouvert, l'agencement de l'espace, le mobilier, les éléments du décor, le matériel et les instruments médicaux.

### Les personnages :

Pour chaque personnage : position sur la feuille, grandeur, précision/élaboration de la représentation en comparant aux autres personnages, couleurs utilisées, expressions du visage et du corps, attitude, gestes, activités, vêtements, parties du corps éventuellement absentes, dénudées, ou disproportionnées.

Les éléments de relation entre les différents personnages ont été relevés : au niveau spatial (distance/proximité), communication directe (paroles/gestes), marques d'affectivité (nom du docteur/de l'enfant).

L'impression générale : qui se dégage du dessin en faisant une « synthèse » des critères suivants : couleurs, force du tracé, occupation de l'espace, attitude du/des personnage(s), présence d'éléments inquiétants, avec une subjectivité évidente car il s'agit là d'une lecture intuitive du dessin.

Dans un deuxième temps, les observations faites ont été rapportées au groupe, afin de dégager d'éventuelles tendances collectives.

## 4. Résultats

Sur les 73 demandes formulées auprès des parents d'élèves, deux parents ont refusé que leur enfant participe à cette étude, nous ne savons pas pour quelle(s) raison(s).

Aucun enfant n'a refusé de dessiner.

Nous avons donc recueillis 71 dessins d'enfants âgés entre 6 et 9 ans au moment de l'étude : 39 dessins réalisés par des garçons (soit 55%), et 32 dessins réalisés par des filles (soit 45%).

Répartition par sexe et par classe :

	CE1	CE2	<b>Total</b>
Filles	20	12	<b>32</b>
Garçons	19	20	<b>39</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>32</b>	<b>71</b>

### 4.1. Étude analytique

L'analyse individuelle inclut l'observation du dessin couplée aux remarques qui ont pu être émises par l'enfant lors de l'entretien individuel. Les informations tirées des questionnaires remplis par les parents, ont également aidé à l'observation et l'interprétation des dessins.

Afin de faciliter l'organisation du recueil, les dessins ont été classés par ordre alphabétique. Pour préserver la confidentialité, les prénoms des enfants ont été changés et les noms des médecins, parfois indiqués par les enfants sur les dessins, ont été masqués.



# Alan

CE2, 9 ans 1 mois



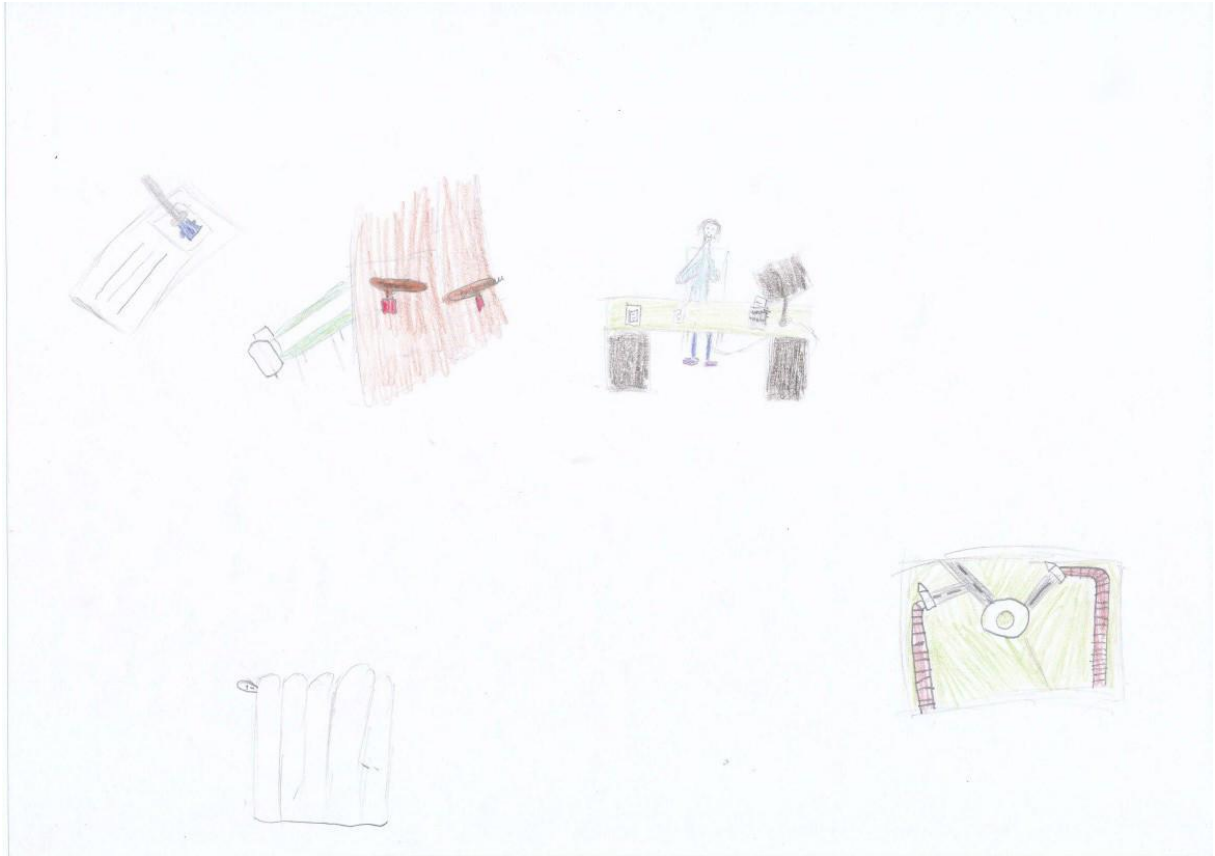
Le cabinet est divisé en deux espaces : à droite un espace d'examen médical avec un lit d'examen, à gauche un bureau.

Alan s'est représenté assis en bas à gauche, à côté de sa mère « d'accueil », (Alan nous a appris lors du commentaire du dessin qu'il vit dans une famille d'accueil).

Le médecin, assis derrière son bureau, semble inaccessible. Les couleurs utilisées (noir et marron) sont austères, le tracé est très appuyé (signe de tension nerveuse selon Nguyễn (25)). Des sentiments de crainte et de pouvoir du médecin se dégagent du dessin.

# Alec

CE2, 8 ans 10 mois



Le médecin est dessiné en tout petit derrière son bureau. Alec précise « qu'il sourit souvent ». Les mains du médecin ne sont pas représentées. A gauche du bureau, une armoire marron « où le docteur range ses trophées ». Alec associe-t-il les trophées au savoir du médecin ? Éprouve-t-il une certaine admiration pour le docteur ? En bas à gauche, un radiateur « pour que les bactéries qu'a un enfant, il ne les donne pas à un autre ». En bas à droite, un tapis de jeu. Tous les éléments sont dessinés en petit et l'espace n'est pas du tout utilisé dans son ensemble. Une impression de vide se dégage du dessin.

## Alexis

CE2, 8 ans 8 mois



Le dessin d'Alexis met en scène le médecin devant son cabinet. Les portes paraissent gigantesques. Alexis précise que celle de gauche permet d'accéder à la salle d'entrée, celle de droite, au cabinet du médecin.

Hormis un tableau aux couleurs chaudes, aucun autre élément n'est représenté. Le tracé est appuyé. Est-ce le témoin d'une tension ?

Le dessin dégage une certaine angoisse. Alexis a-t-il peur d'aller chez le médecin ? Que se passe-t-il à l'intérieur du cabinet ?

# Alice

CE2, 8 ans 3 mois



Alice, assise sur une table d'examen, semble complètement à l'aise et en sécurité. Le médecin, en position centrale, à l'air sympathique. Les deux personnages sont assez proches dans l'espace. Une impression de calme et de sérénité se dégage de ce dessin.

# Aline

CE1, 7 ans 11 mois



Aline précise lors de l'entretien que le médecin représenté est un homme. Certes il a une moustache, mais il a également les cheveux longs, des habits de femme et des talons. Les parents d'Aline nous apprennent, grâce au questionnaire, qu'elle est suivie actuellement par un médecin généraliste femme, mais qu'elle était suivie par un pédiatre homme lorsqu'elle était petite. Aline a peut-être fait une « synthèse » des différents personnages médicaux qu'elle a côtoyés.

Le médecin a l'air sympathique. Ses mains ne sont pas représentées.

Au premier plan Aline a dessiné un bureau avec un ordinateur, vient ensuite un lit d'examen.

En haut à gauche une bibliothèque avec des jeux. A droite un tableau.

La situation semble assez calme, les couleurs sont un peu froides.

# Alyssia

CE2, 8 ans 8 mois



Le médecin semble sympathique. Alyssia a utilisé des couleurs chaudes pour le représenter. Le nom du médecin a été inscrit en haut à gauche du dessin.

Alyssia, allongée sur une table d'examen, est complètement détendue et à l'aise. Elle s'adresse directement au médecin, elle lui dit : « Vous venez ? »

On est frappé par tous les détails du dessin. Le dessin est ramassé dans le bas de la page, plus de la moitié de la feuille n'a pas été utilisée.

# Amandine

CE1, 8 ans 4 mois



La feuille est divisée en différents espaces : une salle d'attente en bas avec de nombreuses chaises, au centre un espace examen, en haut à gauche un espace bureau.

Amandine s'est représentée en tout petit allongée sur un très grand lit d'examen. La différence de taille entre le médecin et la fillette est importante. Le nom du docteur apparaît tout en haut du dessin, en position centrale.

A noter que ni les mains du médecin, ni celles d'Amandine ne sont représentées.

# Anthony

CE2, 8 ans 11 mois



Le dessin dégage une certaine terreur. Le médecin, gigantesque et difforme, est effrayant. Le tracé et les couleurs utilisés pour la représentation du médecin sont agressifs. Anthony s'est représenté de façon minimaliste en tout petit dans un coin, il a à peine l'aspect d'un personnage (il n'a pas de mains ni de pieds, son corps est représenté d'un seul bloc, le visage n'est représenté que par un rond et deux points pour les yeux). Alors que le médecin est dessiné en couleur, Anthony, lui, s'est représenté en noir et blanc.

Le dialogue entre les deux personnages est direct. Anthony nous apprend lors du bref entretien qu'il s'est ouvert l'arcade sourcilière la semaine passée.



# Antoine

CE1, 7 ans 5 mois



Le médecin, au centre de la feuille, paraît gigantesque par rapport à Antoine. Les deux personnages sont habillés à l'identique et se ressemblent beaucoup. Le médecin est-il un modèle pour Antoine. Le jeune garçon désire-t-il ressembler au docteur ?

Le médecin brandit une immense seringue vers le jeune garçon. La seringue est-elle une représentation fantasmatique d'un symbole phallique, le phallus désignant la puissance ?

Cette scène pourrait être le reflet de l'angoisse de castration vécue de façon inconsciente par Antoine. Le médecin, admiré et craint, semble menacer le jeune garçon.

# Arnaud

CE1, 7 ans 3 mois



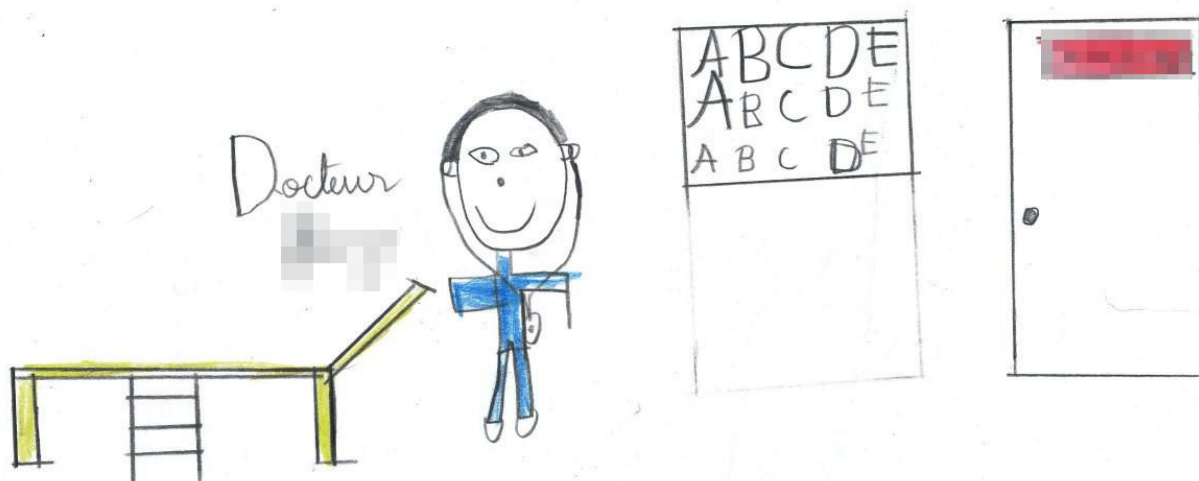
Le médecin fait peur avec ses gros yeux écarquillés, ses dents acérées, sa grosse tête. Les mains et les pieds ne sont pas représentés. Arnaud s'est dessiné allongé sur le lit d'examen, entièrement nu, en insistant sur la représentation du nombril. Georges Cognet, psychologue clinicien spécialisé dans l'interprétation des dessins d'enfant, associe la représentation du nombril à celle du sexe dans les dessins d'enfant (28). On peut d'ailleurs se demander si Arnaud n'a pas représenté directement son pénis (il semble y avoir un trait de crayon appuyé au niveau de la jonction corps-jambes).

Le cabinet est entièrement clos. Arnaud précise lors de l'entretien qu'il y a « des sorties de secours » de chaque côté de la pièce. La situation est clairement angoissante pour Arnaud. Cette angoisse pourrait évoquer l'angoisse de castration que connaissent les jeunes garçons.

Arnaud a écrit son prénom et son nom de famille en haut à gauche du dessin.

# Arthur

CE2, 8 ans 3 mois



Le médecin, qui est souriant et accueillant avec ses bras ouverts, est dépourvu de mains. Arthur, lors du commentaire de son dessin, explique : « ce que je n'aime pas c'est les piqûres ». Les mains du médecin représentent peut-être un outil d'agression pour Arthur. Arthur a inscrit le nom du docteur sur la porte à droite et au dessus du lit d'examen.

# Augustin

CE1, 7 ans 3 mois

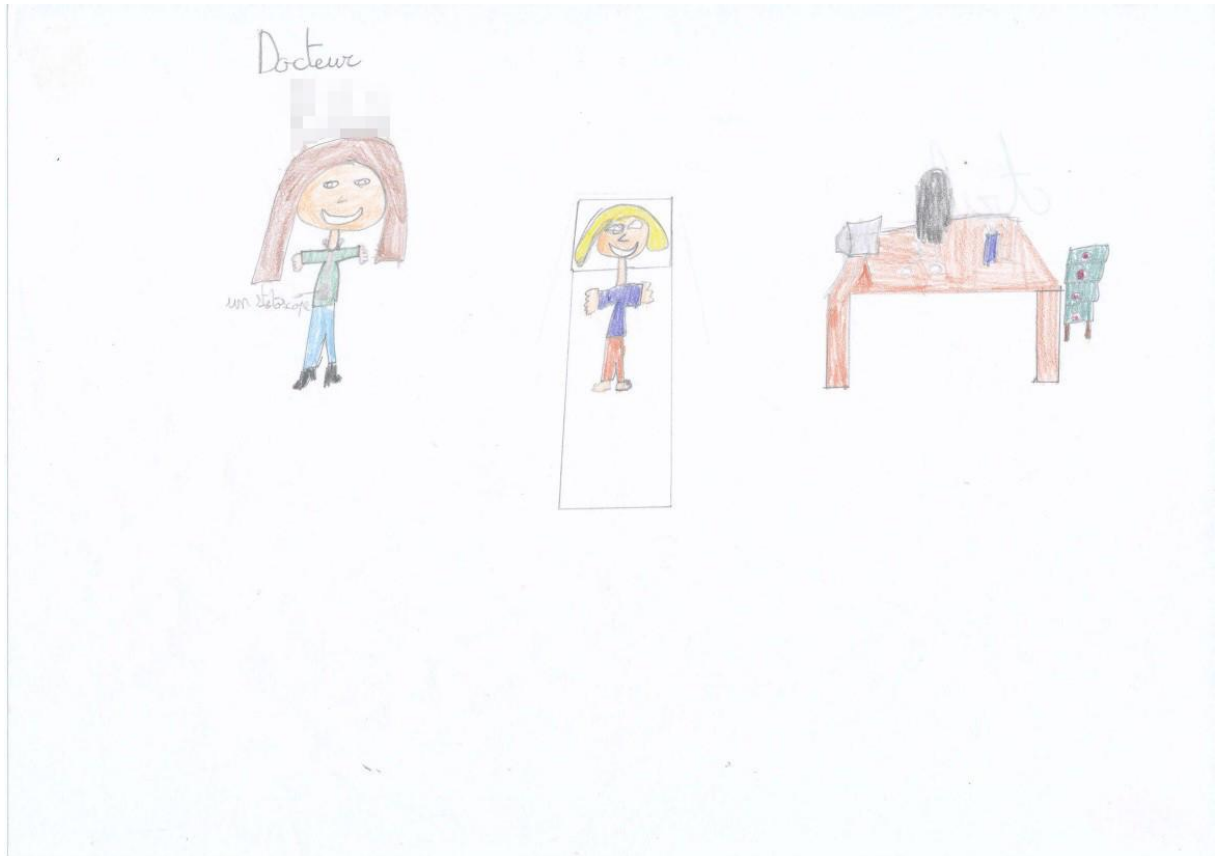


Le médecin est à peine visible, dessiné en tout petit en haut à gauche, sans couleur, sans pieds ni mains. Le seul élément coloré, non en noir ou marron, est un gigantesque aquarium en haut à droite. Augustin précise lors de l'entretien : « quand il fait une piqûre le docteur, je regarde les poissons ». Tout l'espace vide a été colorié en noir, de façon très appuyée.

Une forte angoisse se dégage de ce dessin. L'aquarium semble permettre à Augustin de détourner son attention lors des gestes redoutés effectués par le médecin.

# Aziliz

CE2, 8 ans 11 mois



Le médecin représenté à gauche du dessin semble accueillant et sympathique. Son nom apparaît juste au dessus de sa tête. Aziliz s'est représentée allongée sur une table d'examen, avec un large sourire. C'est elle qui est au centre du dessin. La situation paraît calme, sereine.

# Bastien

CE1, 8 ans 5 mois



Le médecin, dessiné à gauche, semble regarder, inspecter Bastien sous une gigantesque lampe jaune. Cette lumière, élément central du dessin, est complètement disproportionnée par rapport aux autres éléments du dessin, elle est plus grande que Bastien lui-même. Le jeune garçon perçoit-il un certain « voyeurisme » du médecin lors des consultations ?

On note une nette différence de représentation en termes d'élaboration graphique entre le médecin et Bastien. Alors que le médecin est représenté de façon élaborée, avec des détails et des couleurs, Bastien s'est dessiné sous la forme d'un bonhomme extrêmement simplifié, et non en couleur.

En haut à droite, une salle d'attente avec de nombreuses chaises et des personnages qui attendent. Les seuls éléments en couleurs hormis la lumière et le médecin, sont des médicaments posés sur un meuble en bas à droite.

# Candice

CE2, 8 ans 8 mois

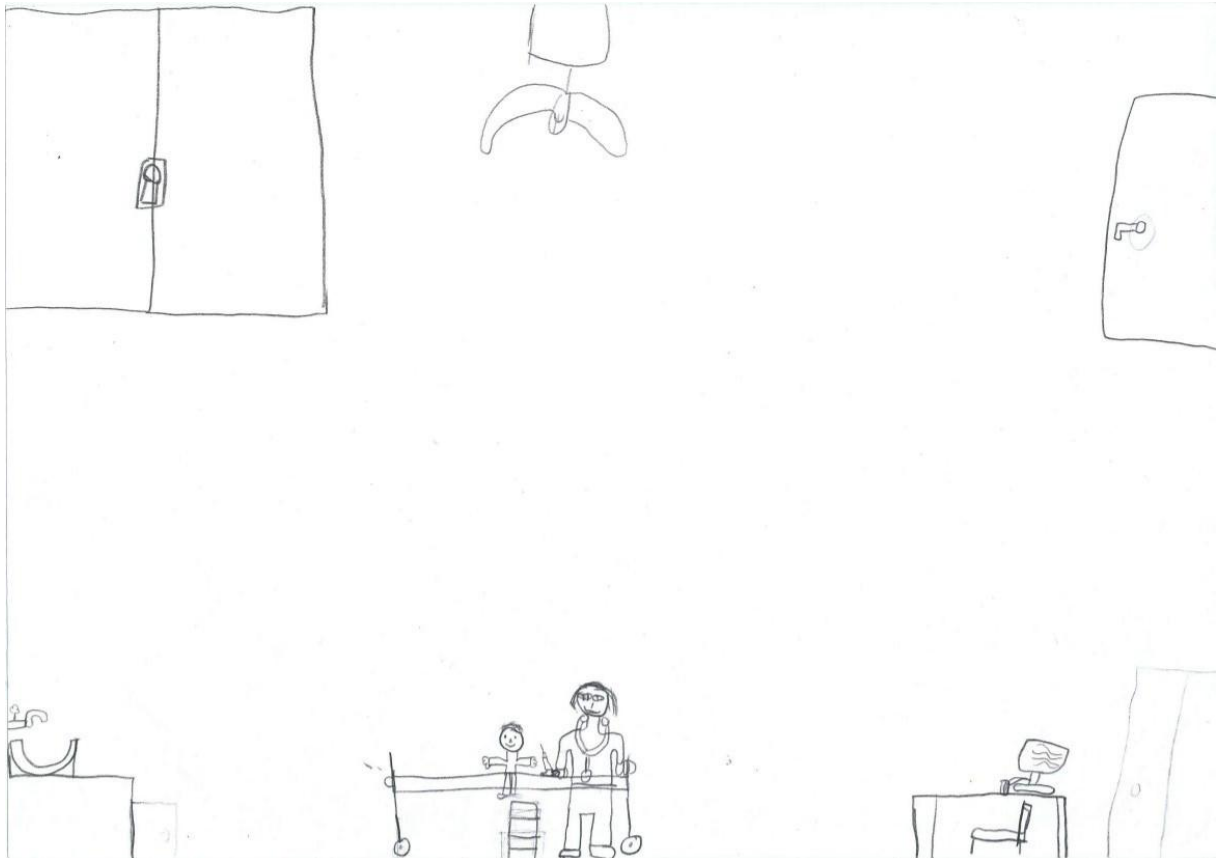


Le médecin est souriant et accueillant. Il s'adresse directement au(x) patient(s). Les couleurs sont douces, la scène semble calme, sereine.

A noter une gigantesque toise détaillée sur la droite en violet.

# Clément

CE1, 8 ans 8 mois



Clément s'est représenté assis sur un lit d'examen. Le médecin, debout à côté de lui, tient une seringue dans sa main.

Lors de l'entretien, Clément précise que dans l'armoire en haut à gauche il y a « des médicaments, des piqûres et du matériel ». Tout en haut au milieu, il a dessiné une lampe.

Aucune couleur n'a été utilisée. On est frappé par le grand vide laissé au centre, un vide pouvant être angoissant.



# Cloé

CE1, 7 ans 10 mois



Cloé avait représenté initialement le médecin en position plus centrale, puis finalement l'a dessiné en bas à gauche, coupé par le bord de la feuille. Elle, elle s'est dessinée debout sur le côté droit. Elle a préféré dessiner sa mère allongée sur un lit d'examen. Etait-ce trop angoissant de se représenter sur le lit d'examen ?

Les trois personnages sont éloignés dans l'espace.

Cloé a dessiné beaucoup de lampes (trois au total). Est-ce pour signifier que le médecin a besoin de bien regarder, de bien voir ?

# Colin

CE1, 7 ans 6 mois



Le médecin est représenté avec des couleurs très gaies (vert, rose, jaune). Il pourrait faire penser à un clown.

Le reste du cabinet (à droite un lit d'examen, une balance, un bureau avec un ordinateur) est dessiné avec des couleurs plus tristes (marron, noir).

# Côme

CE1, 6 ans 6 mois



Le médecin, dessiné avec un tracé appuyé, prend tout l'espace de la feuille. Il ouvre de grands yeux, il fait peur. Côme précise que le médecin a dans une de ses poches des ciseaux, et dans l'autre des crayons. Il a représenté en bas à droite l'espace de la salle de jeux avec un avion. Cet espace semble un endroit important pour Côme.

Côme a écrit son prénom en bas du dessin, entre les jambes du médecin.

# Corentin

CE1, 8 ans 1 mois



Le cabinet a été délimité, l'endroit est clos et bien fermé. Les couleurs (noir, gris, marron) sont austères, le tracé est très appuyé, il y a de nombreuses traces de doigts sur la feuille.

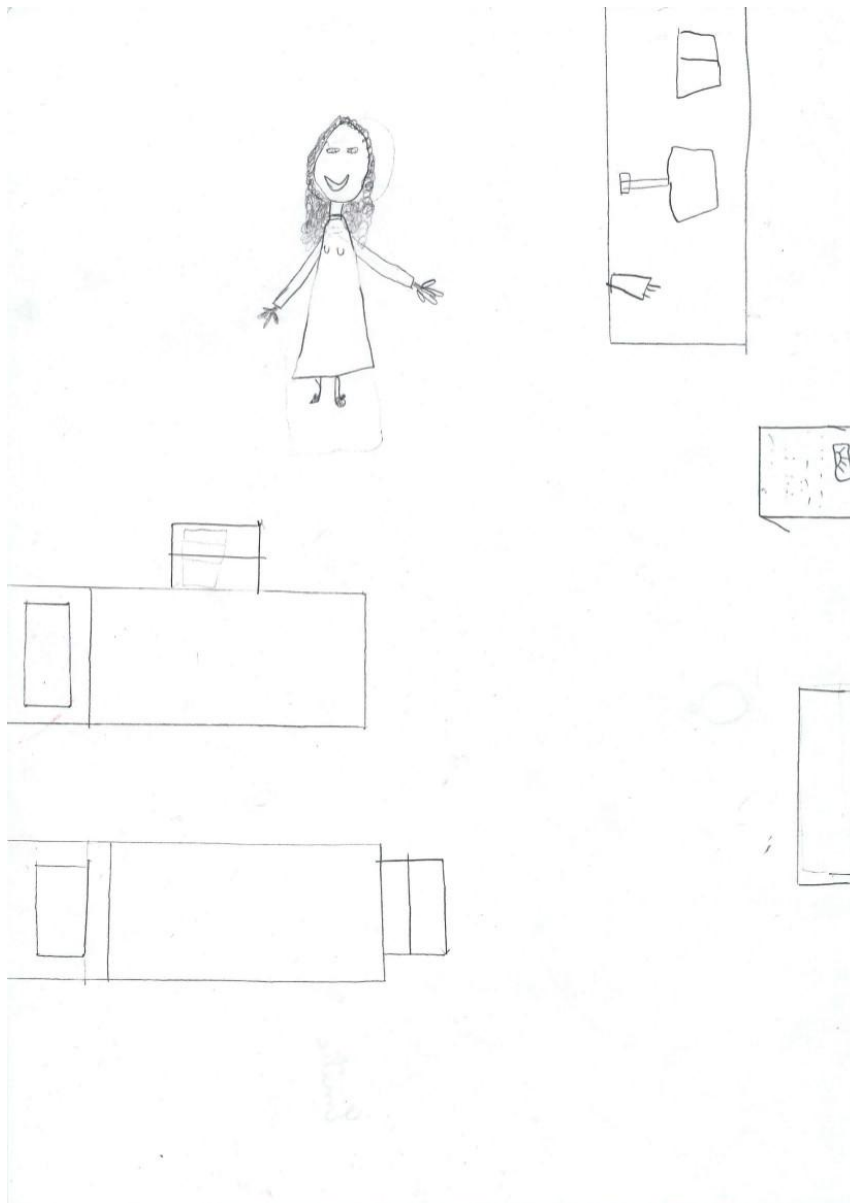
Le médecin est au centre, assis derrière son bureau et son ordinateur, comme sur un trône. La lampe au dessus de sa tête lui fait une sorte de couronne. Corentin s'est dessiné à droite assis sur une chaise, sa mère est à gauche. La différence de représentation des personnages est importante, aussi bien en termes de taille que d'élaboration graphique: Corentin et sa mère sont représentés tout petits, comme des bonhommes têtards. Les détails du visage ne sont pas dessinés, le corps n'est représenté que par un cercle. Les doigts et les pieds de Corentin, représentés en forme de piques, font penser à un mécanisme de défense. On sent la domination du médecin et son pouvoir par rapport à l'enfant mais aussi le parent. Le médecin paraît tout puissant. A noter que le parent ne semble pas voir un rôle protecteur pour Corentin.

Des peaux de bananes sont dessinées tombant du bureau et venant s'écraser par terre. Corentin, lors du commentaire précise que « c'est pour rigoler, pour faire le dessin plus rigolo ». La situation étant sans doute trop angoissante, Corentin détourne son attention sur autre chose.

Corentin a écrit son prénom entre les sapins, en bas du dessin.

# Émilie

CE2, 9 ans 1 mois



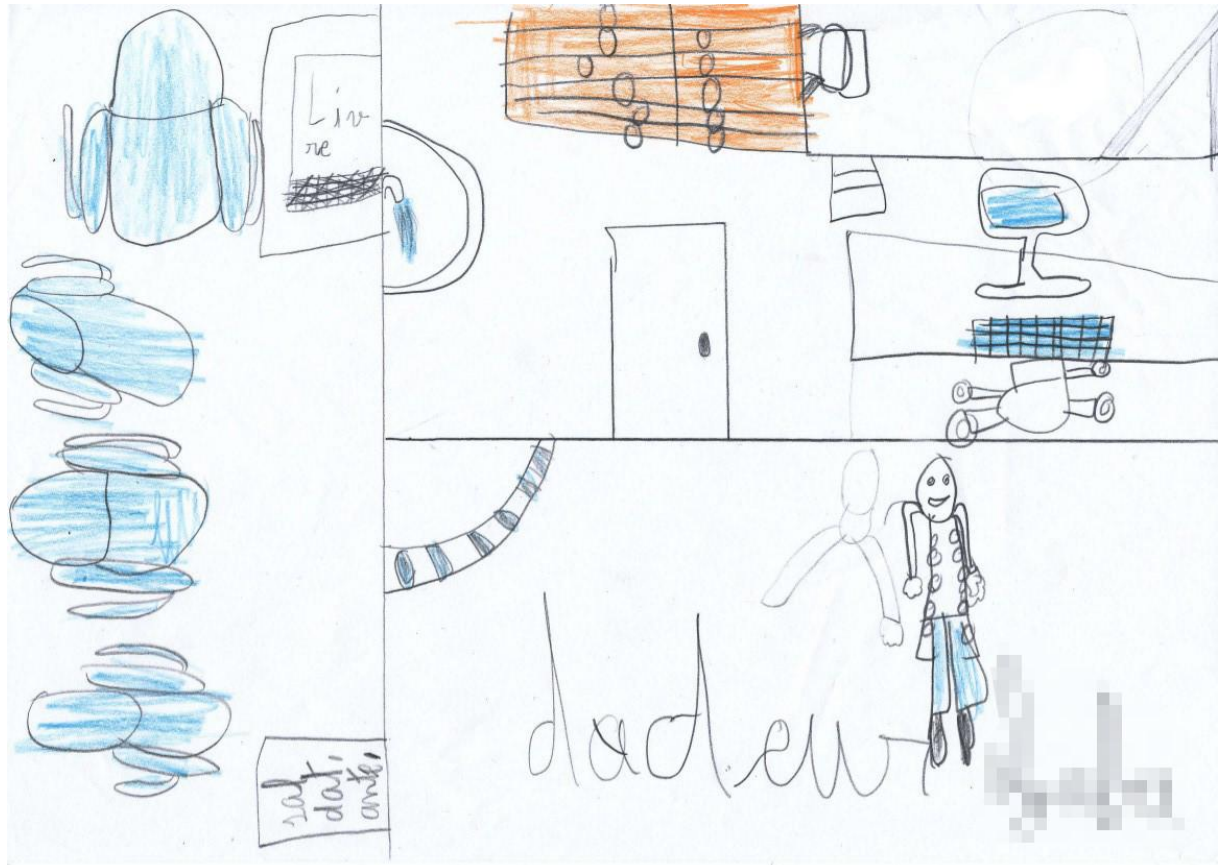
Émilie a représenté à gauche du dessin deux tables d'examen, en haut à droite un bureau avec un ordinateur, une balance.

L'absence de couleur et l'espace vide donne une impression de froideur dans le cabinet, même si le médecin semble accueillant avec son large sourire et ses bras ouverts.

A noter qu'Émilie a mis en avant les aspects féminins du docteur.

# Emma

CE1, 8 ans



La feuille a été divisée en trois parties : une salle d'attente, un espace examen, et le médecin. La salle d'attente occupe un espace important du dessin, les chaises sont imposantes. Le médecin, souriant, est en petit dans un coin. Son nom a été écrit en très grand. La couleur dominante bleue peut donner une impression de froideur.

# Énora

CE1, 7 ans 10 mois

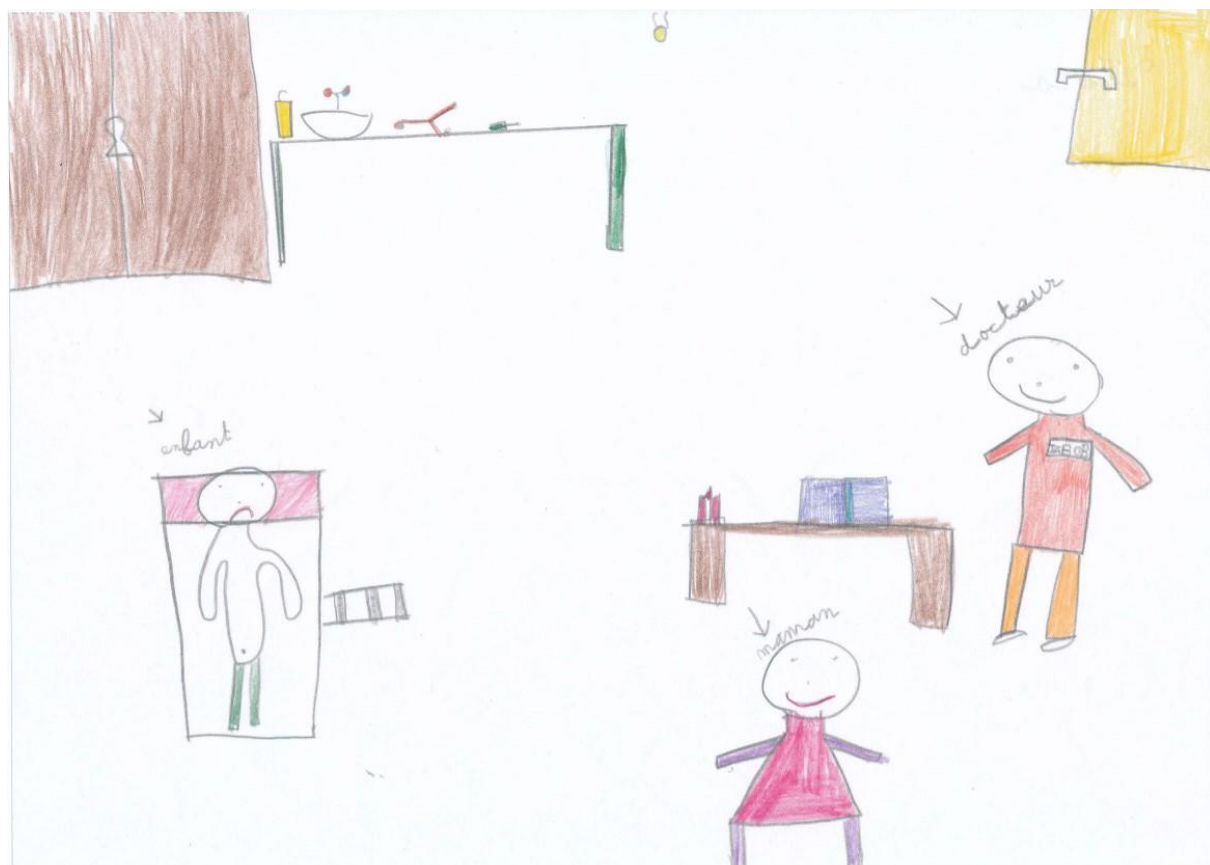


Le médecin est représenté au centre de la page, de façon massive. Il sourit « car il est content de son métier » précise Énora, qui s'est dessinée à ses côtés, de façon féminine, avec du rouge à lèvres et des talons. Elle semble complètement à l'aise.

Énora a inscrit son prénom ainsi que le nom du docteur.

# Flora

CE1, 7 ans 11 mois



Le docteur, à droite, est souriant. Flora s'est représentée nue, allongée sur un lit d'examen. Elle ne sourit pas « parce qu'elle est malade », commente-t-elle lors de l'entretien. Sa mère, souriante, est coupée au niveau des jambes par le bord de la feuille. Aucun personnage n'a de main.

Les couleurs sont gaies, la situation semble assez calme.



# Gabin

CE1, 8 ans



Gabin a dessiné le médecin en position centrale. Il est souriant. A côté, un enfant est allongé sous un drap, il n'a pas l'air en forme. Seule sa tête est dessinée et de façon sommaire. Gabin précise lors du commentaire que ce n'est pas lui qui est allongé. L'enfant est le seul personnage non en couleur. Le père de l'enfant est représenté à gauche, ses mains ne sont pas dessinées. Il est loin de l'enfant.

Une impression de peur, de soumission, de vulnérabilité se dégagent du dessin. La situation semble être angoissante pour l'enfant.

# Hugo

CE2, 8 ans 7 mois



Le médecin est souriant et accueillant avec ses bras ouverts. Il semble appeler Hugo d'un ton sec et autoritaire (le prénom de l'enfant est suivi d'un point d'exclamation).

Le contraste entre le monde extérieur et l'intérieur du cabinet est très important : alors que dehors il fait beau et que l'herbe est verdoyante, l'intérieur est entièrement gris, le tracé est appuyé et rageur. On ne sait pas trop ce qui se passe dans le cabinet mais l'angoisse est palpable.

# Hussein

CE2, 8 ans 11 mois



Le médecin, au centre, est habillé comme un joueur de football. Ses mains et ses pieds sont dessinés de façon infantile. Les angles de vue sont multiples. Hussein a utilisé le phénomène de rabattement dans son dessin.

En bas à droite, un bureau ; en haut à droite une commode ; en haut de façon centrale des jeux, une balance pour bébé, un meuble « pour ranger les piqûres », une poubelle jaune ; à gauche une table d'examen ; en bas à gauche une balance pour adulte et une toise ; un robinet à gauche de la porte d'entrée.

Hussein a précisé le nom du docteur dans l'encadré à côté du médecin.

# Jeanne

CE2, 8 ans 5 mois



Le médecin, au centre du dessin, souriant, est de taille beaucoup plus importante que les autres personnages. Les mains du docteur ne sont pas dessinées. Jeanne s'est représentée tout en bas de la page, son corps est tronqué. Sa mère, à ses côtés, semble être une présence rassurante.

En haut à droite un poster, en bas à gauche une toise. En haut à gauche, un encadré avec le nom du médecin.

Jeanne n'a utilisé que très peu de couleurs. Le tracé est appuyé. Une certaine angoisse se dégage de ce dessin, même si le médecin est souriant.

# Jennifer

CE1, 7 ans 6 mois



Le cabinet est représenté comme un espace bien clos. Le médecin peut paraître un peu inaccessible derrière son bureau qui occupe tout l'espace de la pièce.

A noter que les mains et les pieds du médecin ne sont pas dessinés.

Sur le bureau : un ordinateur et une « trousse de docteur ».

# Jessica

CE1, 7 ans 8 mois



Le médecin est représenté dans un coin de la page, éloigné par rapport à Jessica et sa mère. Le corps du docteur est coupé au niveau des jambes par le bord de la feuille. La mère de Jessica regarde sa fille tendrement. Elle semble une présence protectrice et rassurante.

La tapisserie bleue à pois orange, représentée avec un tracé appuyé, « étouffe » le dessin et provoque une certaine angoisse, une sensation d'oppression.

# Johanne

CE1, 8 ans 2 mois

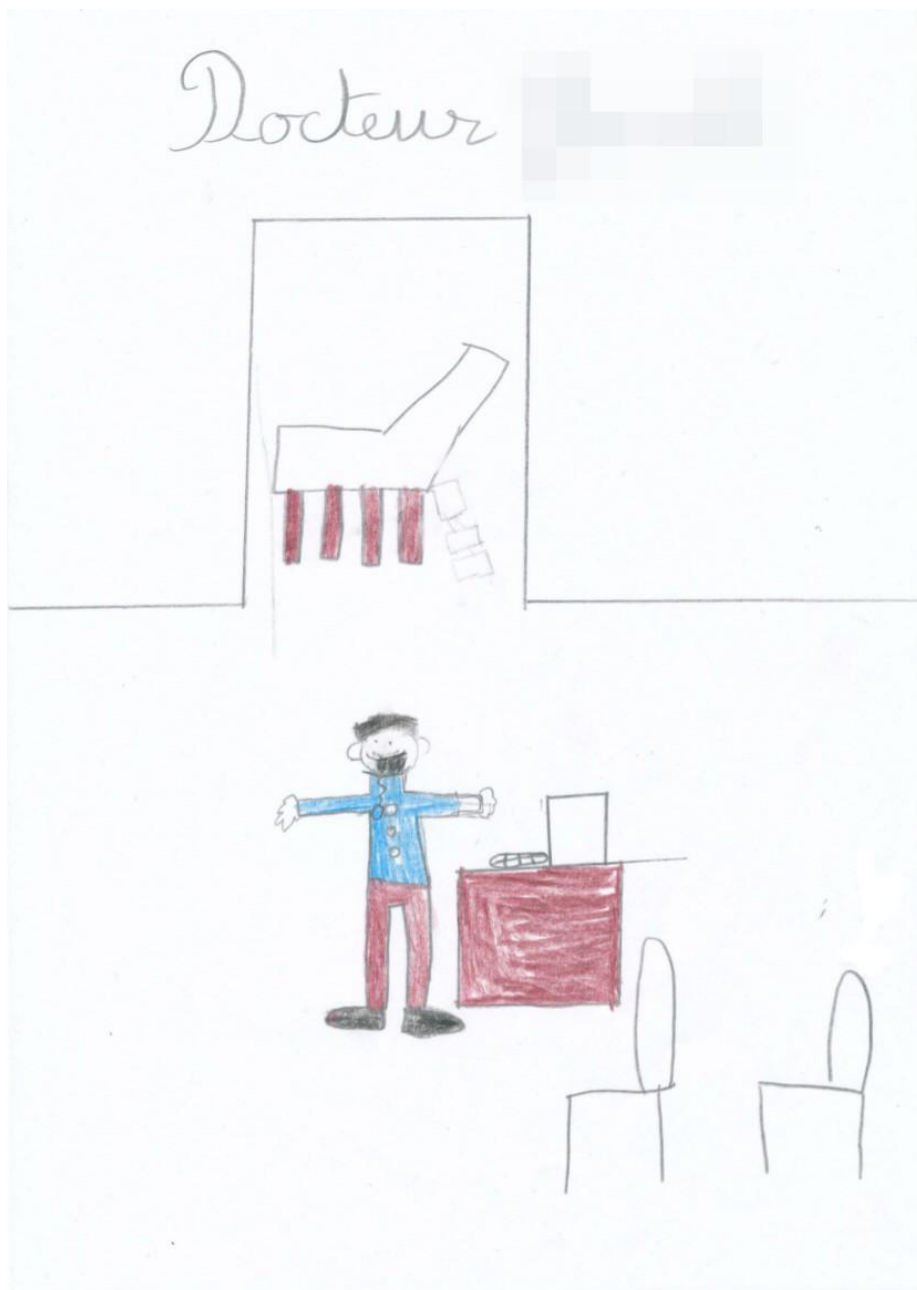


Johanne a dessiné le médecin avec un timide sourire. Une porte à gauche donne accès au cabinet, un bureau en haut, une étagère sur la droite. L'ensemble est assez vide.

Le marron, la couleur nettement dominante du dessin, rend la situation un peu austère, « stricte ».

## Julie

CE1, 8 ans 1 mois



Alors que le médecin semble sympathique et accueillant, le reste du cabinet paraît froid (couleurs froides, espace vide). Au fond, une porte laisse entrevoir un lit d'examen. Que se passe-t-il dans cet espace ? Une certaine angoisse se dégage de ce dessin.

Julie a noté le nom du médecin tout en haut du dessin.



# Juliette

CE2, 8 ans 9 mois



Le médecin, en position centrale, paraît accueillant. Son nom est indiqué en haut à gauche. Les autres personnages sont représentés de façon plus petite et à l'écart. La mère de Juliette est dessinée de dos, dans un coin de la pièce. Le frère de Juliette est allongé sur un lit d'examen, torse nu, dans une attitude passive, mais semble détendu. Juliette ne s'est pas représentée.

# Kevin

CE2, 8 ans 3 mois



Le médecin, au milieu de la pièce, est souriant et accueillant avec les bras ouverts. Kevin s'est représenté en tout petit dans un coin de la pièce, allongé sur une table d'examen, en position passive. Contrairement au médecin, il n'est pas en couleur.

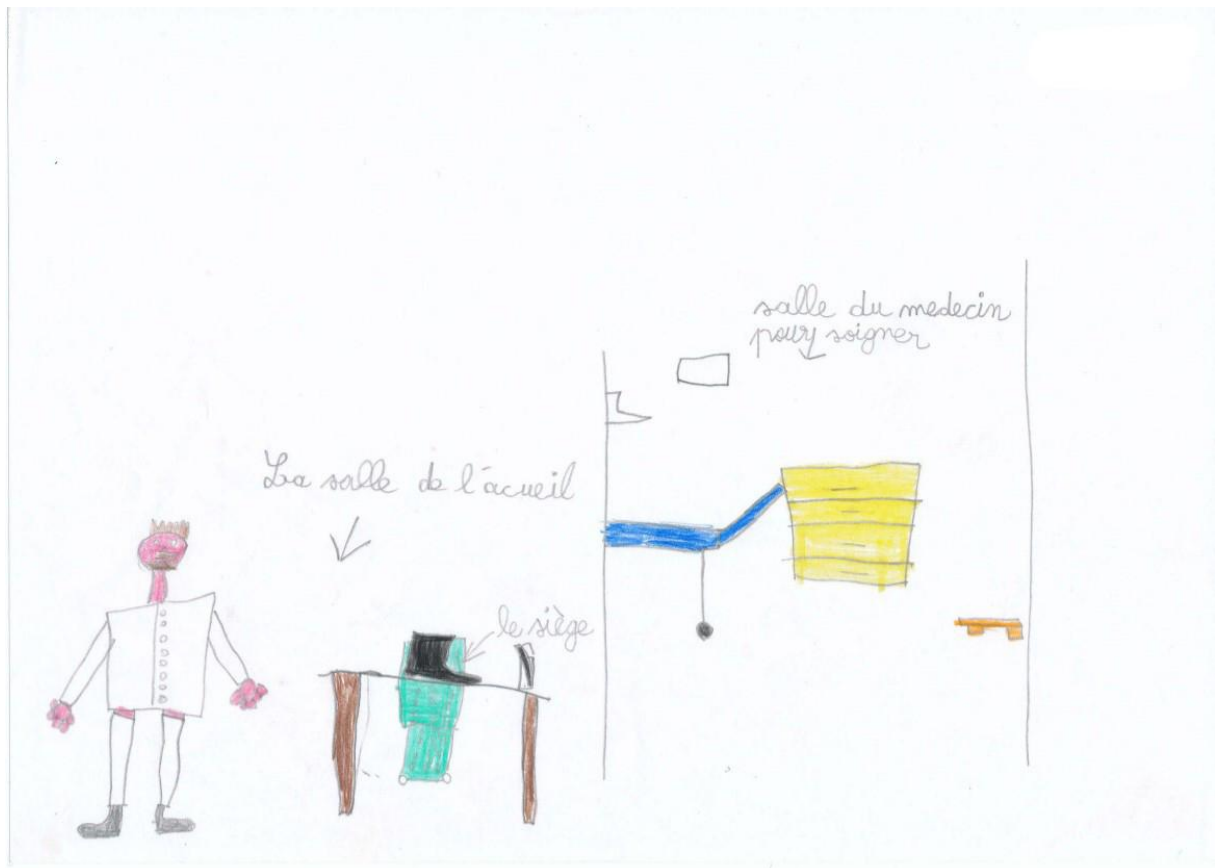
Le cabinet, bien délimité de l'extérieur, est un espace clos qui semble un peu vide, désertique. Ceci peut paraître un peu angoissant.

La représentation de la toise semble un peu obsessionnelle avec l'énumération de tous les chiffres.

Le nom du médecin est inscrit sur le toit.

# Kylian

CE1, 7 ans 11 mois

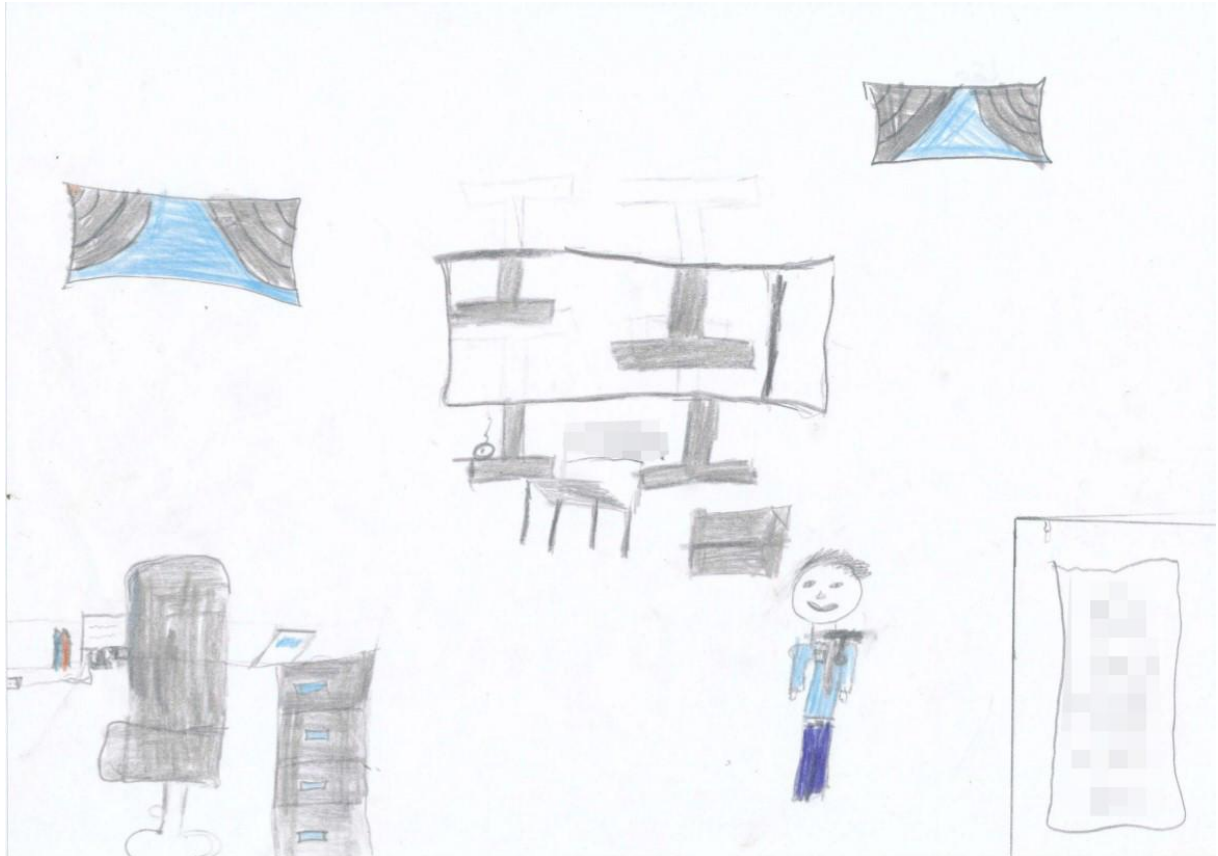


L'espace de la feuille est divisé en deux zones : à gauche une partie bureau avec « la salle d'accueil », à droite « la salle du médecin pour soigner » où on aperçoit une toise et une balance.

Le médecin est représenté dans un coin de la feuille, son tronc est très carré ce qui lui donne une attitude un peu dure. Pourtant Kylian précise lors de l'entretien que le médecin sourit.

# Léa

CE1, 8 ans 4 mois



Le cabinet est représenté comme un endroit clos avec une porte et deux fenêtres. L'élément central du dessin est une table d'examen. Les couleurs utilisées (gris et bleu) donnent une impression de froideur. Une certaine angoisse se dégage du dessin.

Léa précise dans son commentaire que le carnet de santé du patient se trouve sur le bureau.

Elle a indiqué le nom du médecin sur son dessin à deux endroits : sur la porte et en position centrale juste au dessous du lit d'examen.

# Léna

CE2, 8 ans 8 mois



Le médecin est souriant et accueillant. Il dit : « elle a quoi, on va parler après de ta maman ». Léna a-t-elle l'impression que le médecin ne prend pas assez de temps pour elle mais davantage pour sa mère ? Sa mère a-t-elle des problèmes de santé ?

Sur le bureau, une fiche indique : « Léna malade ». Léna semble donc quand même le sujet de la consultation actuelle.

Le nom du médecin est inscrit sur le dessin.

# Lisa

CE1, 7 ans 2 mois



Le médecin, en blouse blanche, appelle Lisa et Alice. Lisa est assise devant le bureau à droite, son amie Alice est à gauche, au milieu « un petit garçon ». Le fait d'être plusieurs face au médecin peut peut-être diminuer une certaine angoisse ou appréhension.

La porte du milieu est la porte d'entrée, c'est l'élément central du dessin. La porte rose permet d'accéder « à l'endroit où on se fait examiner ». La fenêtre semble un élément important. L'espace est assez vide.

Les couleurs du dessin sont plutôt gaies.

# Lorys

CE1, 7 ans 4 mois



Les bras du médecin ne sont pas représentés, ainsi que les pieds qui sont coupés par le bas de la page. Lorys précise que l'armoire contient des médicaments. L'ensemble est assez vide, Lorys a dessiné peu d'éléments. Les couleurs sont assez douces.

# Lou

CE1, 7 ans 2 mois



Le médecin est en position centrale, il a de très grandes jambes, il est colorié avec des couleurs chaudes. Il semble accueillant et sympathique. Lou s'est dessinée allongée sur un lit d'examen, elle n'a pas représenté ses pieds.

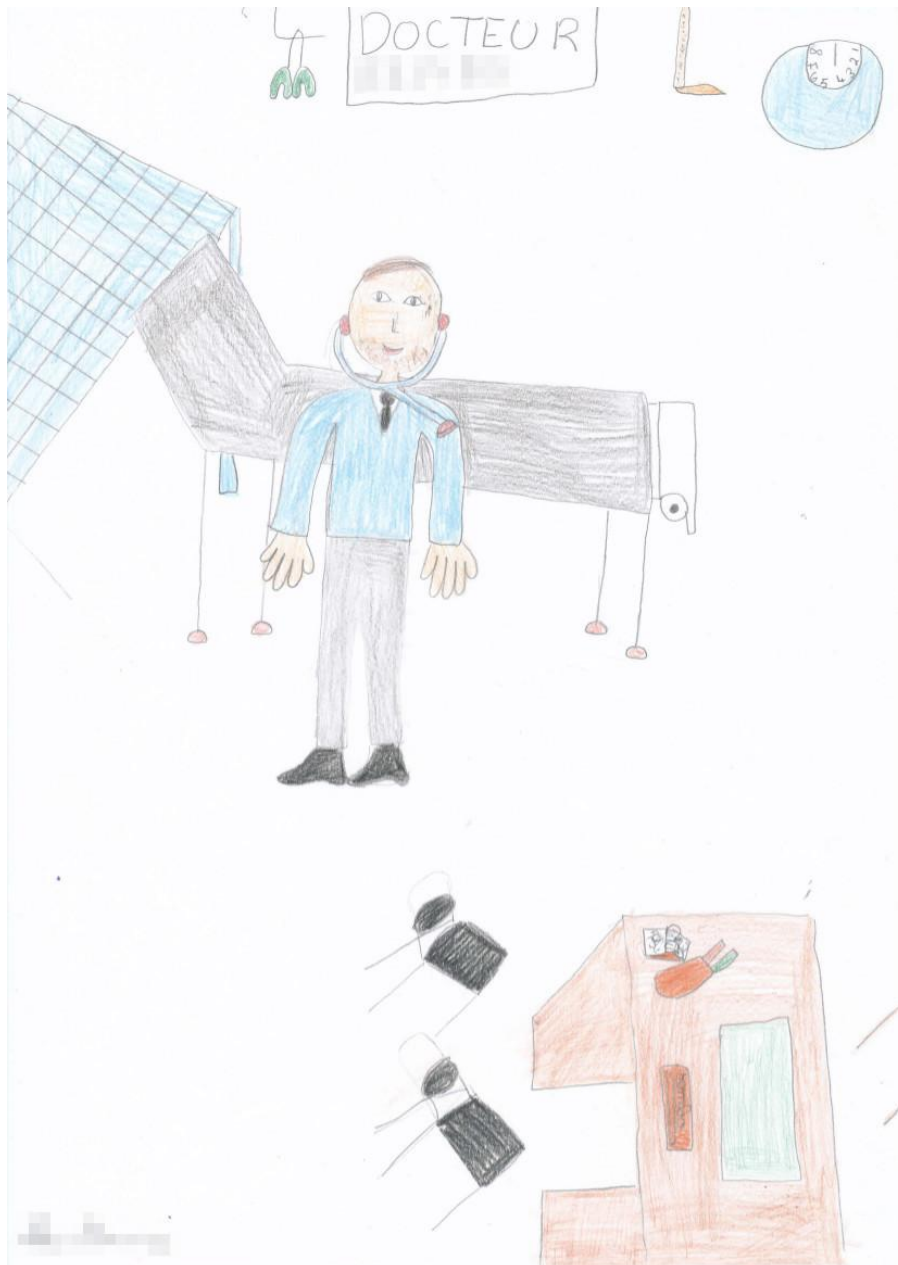
Le bureau prend une large place sur le dessin. Un grand « carnet d'agenda » est ouvert à la page du jour », précise-t-elle.

Les couleurs du dessin sont vives, le tracé est appuyé.



# Lou-Anne

CE2, 8 ans 4 mois



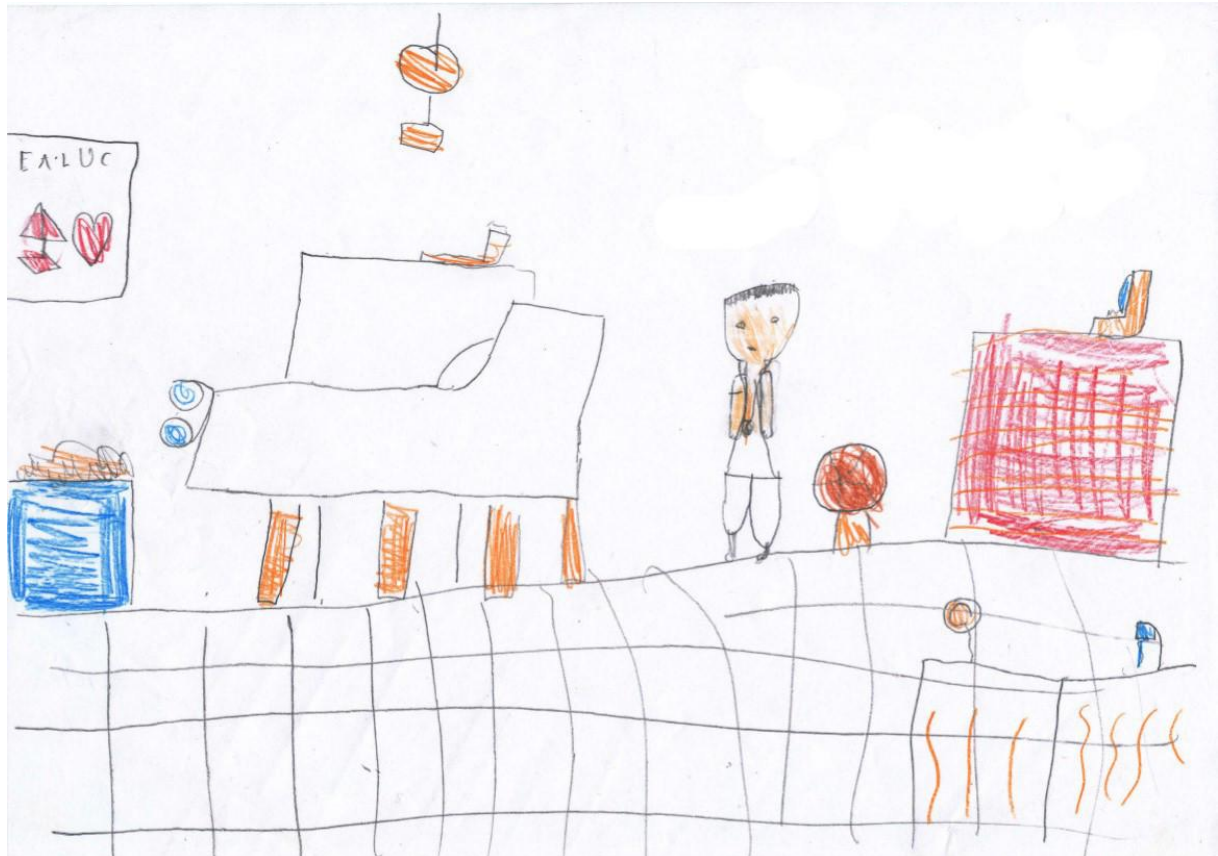
Lou-Anne a inscrit le nom du docteur tout en haut du dessin et sur le bureau. En haut à gauche, elle a dessiné un tensiomètre, à droite une toise et une balance.

Le médecin, en position centrale, est souriant et semble accueillant.

Dessin sans tension apparente, situation calme, sereine.

# Lucie

CE1, 7 ans 4 mois



Le médecin, de taille assez petite par rapport au mobilier, paraît chétif.

A droite en rouge, un bureau avec un ordinateur, au centre un lit d'examen avec à son extrémité des lunettes bleues. Du matériel spécialement pour les enfants est représenté : mobile orange au plafond, des jouets à gauche en bleu, un pèse-bébé, « un panneau pour lire les lettres » à gauche.

# Maëlys

CE1, 7 ans 6 mois



Maëlys s'est représentée au centre de la feuille, allongée sur le lit d'examen, torse nu. Elle semble à l'aise. Le médecin se tient à côté d'elle, debout. La situation paraît calme. Sur le bureau du médecin se trouve le carnet de santé de Maëlys. Maëlys est le sujet de la consultation.

# Mahdi

CE1, 8 ans



Les couleurs dominantes sont austères (noir, marron).

Lors du commentaire, Mahdi précise que le médecin, qui tient un abaisse-langue avec sa main gantée, demande à l'enfant d'ouvrir la bouche. Il ajoute qu'il ne s'est pas représenté sur le dessin, « c'est un autre petit garçon ». Les mains et les éléments du visage de l'enfant ne sont pas dessinés. Ses cheveux sont dressés sur la tête, de couleur jaune, et font penser à un éclair. La représentation de la scène peut faire penser à une personne assise sur une chaise électrique. Le geste intrusif du médecin semble très angoissant.

## Marc-Antoine

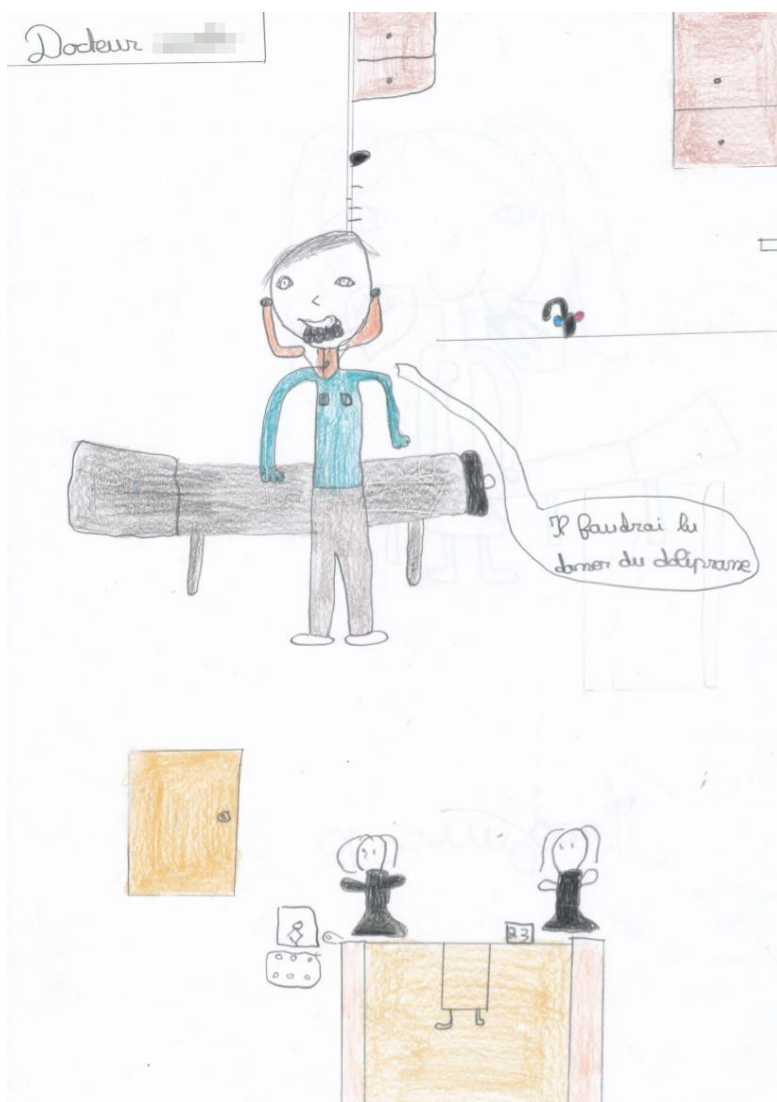
CE1, 7 ans 8 mois



La pédiatre (qui suit habituellement Marc-Antoine), est dessinée en très grand devant une chaise impressionnante, coloriée de façon appuyée. « C'est la chaise où je m'assois pour les piqûres », précise Marc-Antoine lors de l'entretien. On ressent l'angoisse que génère cet acte médical chez ce jeune patient.

# Margaux

CE2, 8 ans 8 mois



Le médecin paraît plutôt sympathique. Les parents de Margaux sont représentés en petit en bas de la page, de façon très minimaliste, sans mains ni jambes, sans éléments du visage hormis les yeux représentés par deux points. La différence de représentation entre le médecin et le couple parental est très forte. Une certaine puissance et supériorité du médecin par rapport au couple parental se dégage de ce dessin. Le nom du médecin est écrit en haut à gauche.

Margaux avait commencé un premier dessin au dos de la feuille, où elle s'était représentée et disait : « Non, je ne veux pas y aller ». Quand nous lui avons demandé pourquoi elle avait recommencé son dessin, elle nous a répondu qu'elle avait raté. Cette phrase « non je ne veux pas y aller » traduit toute l'angoisse qu'elle éprouve avant d'aller chez le médecin.

# Marion

CE2, 8 ans 4 mois



Marion avait initialement dessiné le médecin en position centrale, puis l'a effacé.

Le médecin est représenté avec beaucoup de détails traduisant la féminité : talons, jupe, maquillage, cheveux longs.

Toute une partie de la feuille est restée blanche, donnant une impression de vide.

# Martin

CE2, 8 ans 6 mois



Il y a une communication verbale, une relation directe entre le médecin et l'enfant. Martin signale lors du commentaire de son dessin qu'il n'aime pas lorsque le médecin s'adresse à lui en disant « ma puce ».

Les couleurs utilisées sont douces. À noter que la moitié de la feuille n'a pas été utilisée, ce qui donne une impression de vide.



# Mathis

CE2, 8 ans 9 mois



Le médecin, paraissant accueillant, prend une large place sur le dessin. On retrouve le procédé de transparence dans la représentation du corps à travers les habits et les chaussures. Les mains son représentées en fleurs (stade graphique antérieur).

La fenêtre occupe une place importante dans le dessin de Mathis.

L'ordinateur posé sur le bureau est très détaillé.

# Matias

CE2, 9 ans 1 mois



Le médecin est dessiné en position centrale, de face. Matias s'est représenté de dos, assis en face du médecin. La mère de Matias est allongée et complètement nue sur un lit d'examen. Il y a une nette différence de représentation entre le médecin et les autres personnages, aussi bien en termes de taille, de position dans l'espace, que d'élaboration graphique. Matias perçoit-il le médecin comme un personnage doté d'un certain pouvoir, d'une certaine supériorité ?

Matias a préféré dessiner sa mère en position vulnérable sur le lit d'examen plutôt que de se représenter dans cette situation. Était-ce trop angoissant pour lui de s'imaginer dans cette situation ?

L'ensemble du mobilier marron apporte un sentiment austère, dur.

# Mattéo

CE2, 8 ans 11 mois



Le médecin est une jeune femme souriante. Mattéo a représenté un otoscope sur un meuble, outil médical qu'il connaît bien car il a fait de nombreuses otites (renseignement fourni par le questionnaire rempli par les parents). La toise à droite est détaillée.

Le dessin semble tassé dans le bas de la feuille, le reste de l'espace est entièrement vide.

# Matthieu

CE1, 7 ans 4 mois



Le médecin est représenté sans vêtements, il n'a pas de bouche. A gauche, un placard avec des médicaments. En violet, une chaudière. Matthieu précise « qu'il fait froid dans son cabinet ». Les couleurs sont vives et le tracé appuyé.

Le personnage du médecin et la situation dégagent une certaine angoisse.

# Maxime

CE2, 8 ans 6 mois



Le médecin est effrayant avec ses yeux écarquillés, sa bouche découvrant toutes ses dents et ses poings serrés en l'air. Il semble puissant devant sa chaise en forme de trône. Il porte une ceinture avec une grosse boucle au centre, élément à forte connotation sexuelle et pouvant traduire l'angoisse de castration selon Roseline Davido (29). A droite, en tout petit, caché derrière le bureau, Maxime a dessiné son petit frère. C'est le seul personnage non en couleur. Au milieu, sa mère semble être l'intermédiaire entre les deux personnages. Elle protège le petit frère qui paraît terrorisé.

Tout à droite est dessiné un ordinateur qui semble être pourvu d'un œil.

# Miguel

CE2, 8 ans 5 mois



Le médecin, représenté au milieu en bas de la feuille, tient un papier dans sa main. Miguel s'est représenté sur les toilettes et dit : « Grrr ». Les deux personnages ne se trouvent pas dans la même pièce.

L'atmosphère du cabinet paraît « pesante » avec une surcharge des couleurs, un tracé appuyé. Le poster en haut de la page fait peur. En haut à droite, Miguel a représenté des tiroirs. Au milieu, un panneau « interdit de fumer ».

La situation peut paraître angoissante pour Miguel.

# Nathan

CE1, 8 ans 4 mois



Le médecin, souriant, en position centrale, est le seul élément coloré du dessin (couleurs chaudes). Le reste du mobilier est froid, l'espace est vide.

Contraste important entre le médecin et le cabinet.

# Nino

CE2, 8 ans 11 mois

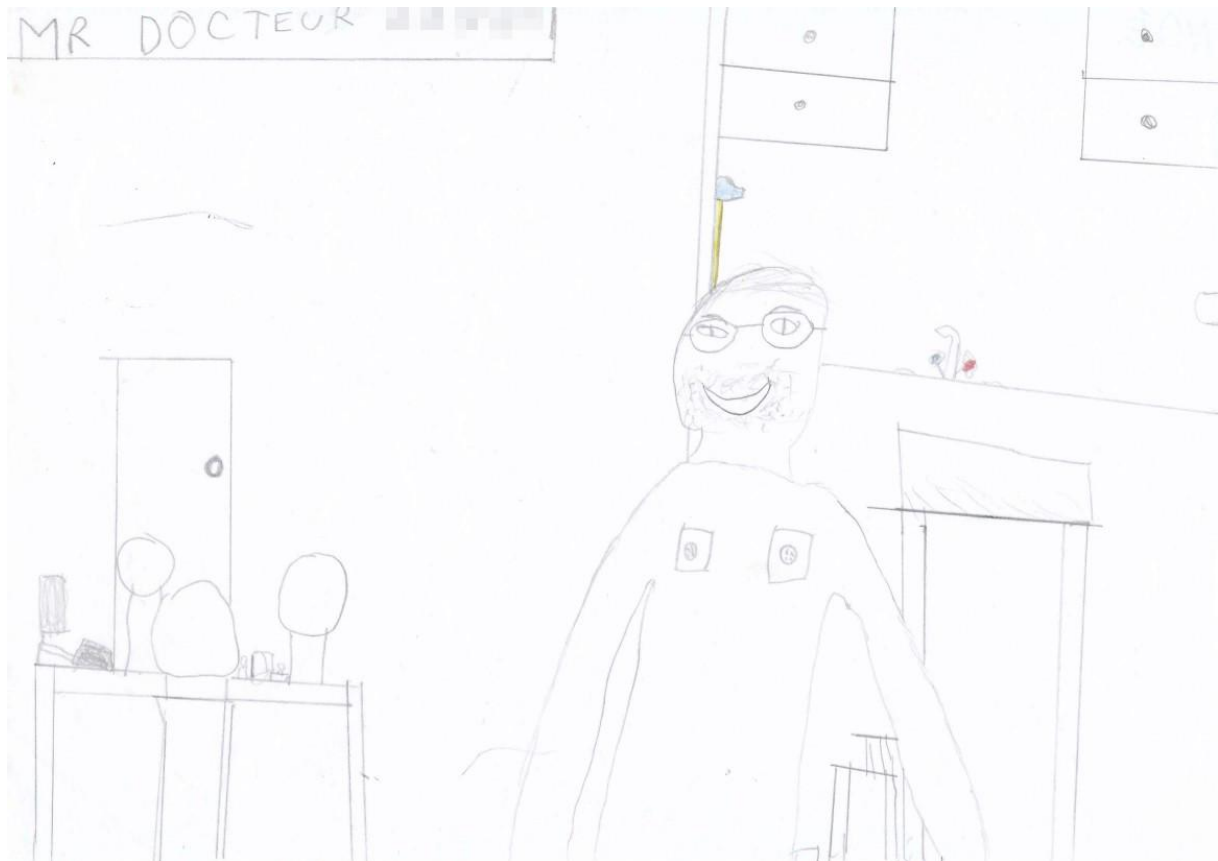


Nino a utilisé des procédés graphiques fréquents à cet âge : la transparence (les jambes sont vues à travers la blouse), le rabattement (multiplicité des points de vue). Les mains dessinées en fleur sont habituellement représentées de cette manière à un stade graphique antérieur. Les couleurs utilisées sont plutôt chaudes, mais un espace important de la feuille a été laissé vide.



# Noé

CE2, 8 ans 5 mois



Le médecin, imposant, est au devant de la scène. Il a l'air sympathique et accueillant avec son large sourire. Il s'agit d'un homme tronçonné. Les mains sont également absentes, coupées par le bord de la feuille. Le nom du médecin est inscrit au haut à gauche.

L'ensemble du dessin semble assez austère du fait de l'absence de couleur (hormis pour la toise et le robinet).

# Paul

CE2, 8 ans 9 mois



Paul est suivi depuis sa naissance pour un syndrome de Vacterl (maladie orpheline avec malformations multiples). Il a été hospitalisé et opéré de nombreuses fois (renseignements fournis par le questionnaire rempli par les parents).

Le médecin est tronqué au niveau de la taille, les épaules carrées renvoient à une certaine dureté, une certaine force du médecin. Les mains sont représentées de façon infantile. Le visage, pourtant souriant, est assez impressionnant de part sa grandeur et par la représentation de la chevelure.

Le nom du médecin est inscrit sur le dessin. La relation entre le médecin et Paul est personnalisée et représentée de façon indirecte par un message noté sur l'ordinateur : « Paul malade ». Mais Paul se sent-il étiqueté comme un enfant malade ?

# Romane

CE1, 7 ans 9 mois



Beaucoup de détails sur ce dessin. En bas à gauche un meuble avec « tous ses instruments : une lampe pour regarder dans la gorge, des abaisse-langues, un stéthoscope ». En haut à droite un pèse bébé avec au dessus un poster « pour expliquer comment il fait ».

L'ordinateur est ouvert à la fiche « Romane ». La jeune fille et le médecin sont proches dans l'espace et communiquent directement. La consultation semble entièrement dédiée à Romane, elle est le sujet de la situation. Romane paraît à l'aise.

# Solène

CE1, 7 ans 9 mois



Solène s'est dessinée à côté de la pédiatre qui la suit. On note une ressemblance entre Solène et le médecin, au niveau de l'attitude, de la représentation graphique, et des vêtements.

En haut à gauche un lit d'examen avec des jouets sur le côté. Au bout du lit, « du coton et du désinfectant pour faire les piqûres ». Sur le bureau, une seringue et un bocal « rempli de bonbons que le docteur donne après la piqûre ».

Malgré le « thème des piqûres » qui revient à plusieurs reprises sur le dessin et dans les commentaires, la situation ne semble pas angoisser Solène. La petite fille semble à l'aise.

# Suzanne

CE2, 8 ans 8 mois



Le médecin paraît un peu austère. Une flèche indique son nom.

A droite, Suzanne a dessiné un poster « qui explique tous les muscles ». En bas à gauche une balance, en haut à gauche une toise.

Les couleurs utilisées (marron et noir) donnent une impression de froideur et d'austérité à la scène.

# Théo

CE1, 7 ans 6 mois



L'espace est divisé en deux : à droite un espace bureau, à gauche un espace examen où Théo s'est représenté nu, allongé sur un lit d'examen. Au niveau de sa taille il a représenté un cercle avec un point à l'intérieur. A-t-il voulu représenter son nombril ? son sexe ?

Théo dit : « J'ai trop peur des piqûres ». Le médecin, debout à côté de lui, essaie de le rassurer : « Ne t'inquiète pas, je vais pas te faire males ».

La situation semble extrêmement angoissante pour Théo.

# Timothée

CE1, 8 ans



Timothée a dessiné une bibliothèque rose en haut à droite avec de nombreux livres bleus, une toise est fixée au mur en haut au milieu.

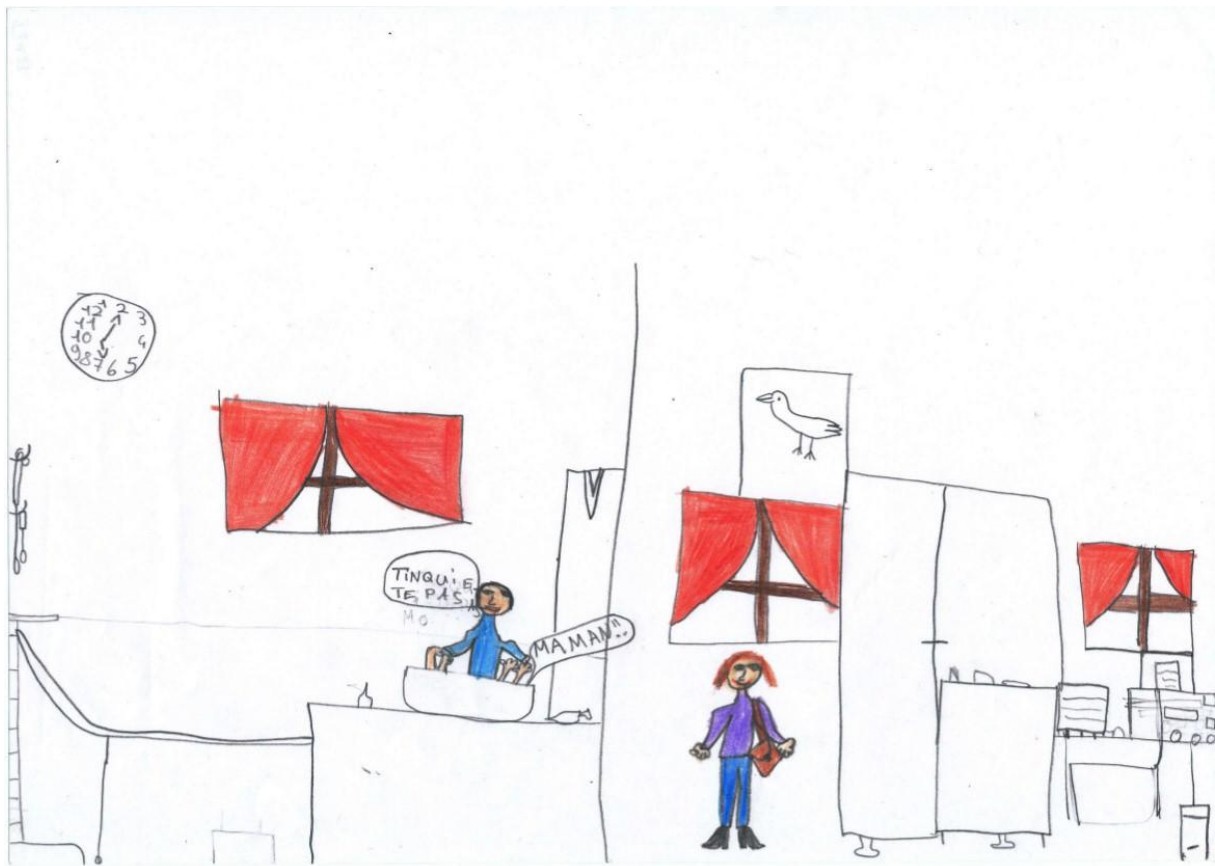
Un très grand mur jaune « sépare la salle d'attente du cabinet », précise le jeune garçon.

Les couleurs du dessin sont vives, peut-être un peu agressives.

Le médecin est souriant et accueillant.

# Tom

CE2, 8 ans 2 mois



Tom ne s'est pas représenté directement, il a préféré dessiner son petit frère, nu, sur une balance. Son petit frère semble complètement effrayé et cherche de l'aide auprès de sa mère en criant : « Maman !! ». Le médecin, qui est tout près du petit frère en détresse, essaie de le rassurer en s'adressant directement à lui.

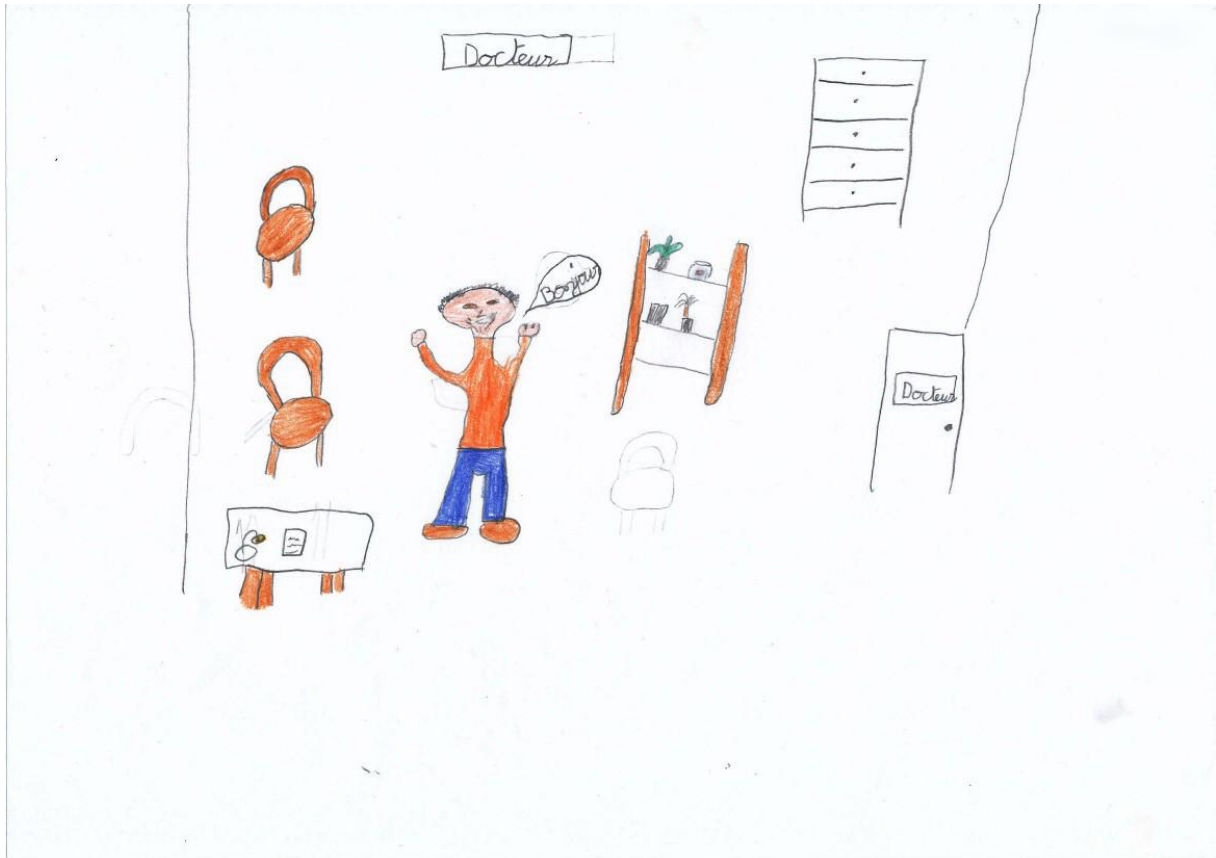
Le dessin occupe la grosse moitié inférieure de la feuille, tout le haut est vide. L'espace occupé est très détaillé. Tom nous apprendra lors du commentaire individuel qu'il y a deux balances, deux toises, des piqûres, des médicaments, un lecteur de carte vitale, un ordinateur... La représentation de tous ces détails peut peut-être permettre à Tom de fixer son attention et de se détourner d'une certaine angoisse.

A noter qu'hormis les personnages, les seuls éléments en couleur sont les nombreuses fenêtres. Elles sont sans doute pour Tom des éléments importants du cabinet.



# Travis

CE2, 8 ans 6 mois



Le médecin est très souriant et accueillant.

Le cabinet est bien délimité avec des murs de chaque côté et une porte. Au centre, une étagère avec des plantes et un bocal à poisson.

Les couleurs sont plutôt gaies. L'espace n'a pas été utilisé entièrement.

# Violette

CE1, 7 ans 10 mois



Le médecin, au centre de la feuille, représenté de façon féminine, est mis véritablement en « scène » sous les projecteurs. Violette a bien mis en évidence trois piqûres sur un meuble à droite. Les couleurs vives, utilisées avec un trait appuyé, sont agressives. Une certaine angoisse se dégage de ce dessin.

# Wandrille

CE1, 7 ans 2 mois



L'ensemble du dessin est complètement « ramassé » en bas de la page, laissant un grand vide sur la feuille.

La représentation des personnages est minimaliste.

Le médecin est représenté au centre, à côté de la table d'examen. Ses bras sont dirigés vers le petit enfant. Wandrille précise lors du commentaire que ce n'est pas lui sur la table d'examen. La mère de l'enfant se trouve entre la table d'examen et la porte verte qui mène à la salle d'attente où « un bébé attend son tour ».

# Youenn

CE2, 8 ans 1 mois



Youenn a utilisé le phénomène de rabattement. En jaune et en orange des étagères, en haut à droite un bureau avec un ordinateur et une imprimante. Au centre, ce n'est pas un lit d'examen mais un tapis, précise Youenn. Le jeune garçon a dessiné deux toises et une balance.

Le médecin, représenté sur un côté de la feuille, tient dans sa main un marteau réflexe.

## **4.2. Données quantitatives**

### **4.2.1. Analyse des questionnaires**

Sur 71 questionnaires envoyés aux parents des élèves ayant participé à notre étude, 66 nous ont été retournés (93%).

85% des enfants de l'étude sont suivis exclusivement par un médecin généraliste, 9% exclusivement par un pédiatre, 6% sont suivis conjointement par un médecin généraliste et un pédiatre.

Pour la plupart des familles, les médecins généralistes sont les interlocuteurs de première ligne lorsque les enfants ont besoin d'un avis médical.

Lorsque l'enfant est suivi par un médecin généraliste, dans 95 % des cas le praticien suit également la famille.

Répartition par sexes des médecins généralistes : 63% sont des hommes, 37% sont des femmes.

L'enquête démographique réalisée par la DREES en janvier 2012 indique que 40.9% des médecins généralistes en France sont des femmes. Leur étude prévisionnelle estime qu'en 2030, les femmes seront majoritaires au sein de cette profession, avec un taux avoisinant les 56% (30).

Le panel des médecins de la présente étude est assez proche de la réalité en termes de proportion homme/femme.

Fréquence des consultations des enfants :

- 4.5% consultent moins d'une fois par an (3 enfants),
- 54.5% consultent peu souvent (1 à 2 fois par an) (36 enfants),
- 33.5% consultent souvent (3 à 6 fois par an) (22 enfants),
- 7.5% consultent très souvent (plus de 6 fois par an) (5 enfants).

Qui accompagne l'enfant chez le médecin ?

Dans 82% des cas c'est toujours la mère qui accompagne l'enfant chez le médecin, dans 18% des cas l'accompagnateur peut être aussi bien la mère que le père.

Un enfant est accompagné par sa famille d'accueil.

Les antécédents personnels ou familiaux des enfants :

67% des enfants ont déjà eu des problèmes de santé (angines, otites...),

36% ont déjà été hospitalisés,

12% suivent un traitement régulier,

17% ont un membre de leur famille ayant une maladie grave.

#### 4.2.2. Analyse des dessins

Sur les 71 dessins recueillis, 3 dessins ont été retirés pour l'exploitation des résultats :

- Le dessin de Marina en CE1 : elle a dessiné sa cousine qui est infirmière ;
- Le dessin de Julien en CE1 : il a dessiné ses parents qui sont chirurgiens, sans les mettre en scène lors d'une consultation ;
- Le dessin de Ludivine en CE1 : elle a dessiné son grand-père qui était médecin généraliste, à son domicile.

Nous avons préféré mettre de côté ces trois dessins car celui de Marina ne répondait pas à la consigne ; quant aux dessins de Julien et de Ludivine, ils mettaient en scène des personnages de leur famille en dehors du contexte médical.

68 dessins ont donc été analysés, dont voici la répartition par sexe et par classe :

	CE1	CE2	<b>Total</b>
Filles	18	12	<b>30</b>
Garçons	18	20	<b>38</b>
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>68</b>

##### 4.2.2.1. Le lieu

Tous les dessins mettent en scène le médecin dans son cabinet médical sauf un dessin, celui d'Alexis, qui a représenté le médecin devant son cabinet.

Aucun enfant n'a représenté le docteur en visite à domicile.

Six enfants (4 garçons et 2 filles) ont représenté une salle d'attente sur leur dessin, avec parfois un nombre important de personnes ou de chaises dans la pièce (cf dessins d'Amandine, de Bastien, d'Emma). Dans le dessin d'Emma, la salle d'attente occupe le tiers de l'espace sur la feuille.

Dans plus de la moitié des cas (35 dessins), le cabinet est représenté comme un endroit clos, fermé, isolé du monde extérieur.

Dix enfants ont figuré sur leur dessin une/des fenêtre(s), toujours fermée(s).

#### 4.2.2.2. Le mobilier, le matériel, les instruments médicaux

L'élément du mobilier le plus représenté est le bureau du médecin. Il est retrouvé dans les trois quarts des dessins. Il peut parfois prendre une place très importante, ou même être le seul élément matériel figuré. Il fait parfois « barrage » entre le médecin et les autres personnages, le docteur paraît alors inaccessible (cf dessins d'Alan, de Jennifer).

Un autre élément fréquemment représenté est l'ordinateur.

Il est présent dans 43 dessins (63%). Il est nettement plus présent dans les dessins des filles que des garçons : 80% des filles ont dessiné un ordinateur, alors que seulement un garçon sur deux a représenté cet élément.

L'ordinateur prend parfois une place importante dans le dessin. C'est par exemple l'élément central du dessin de Corentin. L'ordinateur représenté par Maxime est démesurément grand et imposant (il est plus grand que les personnages représentés), il est dessiné avec beaucoup de détails. Le dessin de Paul se limite à la représentation du médecin et de l'ordinateur.

Le lit d'examen est le « matériel médical » le plus représenté.

On le retrouve dans 47 dessins sur 68, soit dans 69% des dessins. Il est davantage présent dans les dessins des filles que des garçons (83% des filles ont dessiné un lit d'examen contre 58% des garçons).

Le stéthoscope, symbole du médecin par excellence, est retrouvé dans 22 dessins (32%). C'est un accessoire que l'on retrouve davantage dans les dessins des filles que des garçons (50% versus 18%).

Une toise est présente dans un dessin sur quatre, sans différence significative entre garçons et filles. Cet instrument ressort particulièrement dans certains dessins. La toise est parfois le seul élément en couleur (cf dessin de Noé), elle peut être gigantesque (cf dessin de Candice), ou encore très détaillée (cf dessin de Kevin). C'est un instrument très souvent utilisé par le médecin pour suivre la croissance des jeunes patients. Les enfants sont en général ravis de se mettre sous la toise pour constater qu'ils ont grandi.

Un enfant sur quatre a dessiné une/des balance(s), avec peu de différence entre garçons et filles.

On retrouve des seringues, « piqûres » dans un dessin sur dix, de façon comparable entre garçons et filles. Les enfants évoquent souvent les piqûres lors de leurs commentaires.

Les médicaments, posés sur un meuble ou rangés dans une armoire, sont parfois rapportés dans les commentaires des enfants.

Une source lumineuse artificielle est présente dans 12 dessins (7 dessins de filles et 5 dessins de garçons). Il s'agit souvent d'une lampe fixée au plafond au milieu de la pièce, parfois d'une lampe de bureau. Dans le dessin de Bastien c'est l'un des seuls éléments coloré, positionné au centre de la feuille, comme vissé au dessus de la tête du jeune garçon, de dimension démesurée par rapport à son corps. Le médecin, à côté de lui, l'observe sous cette lumière.

Dans les dessins de Corentin et de Violette, la lumière prend une place importante. Fixée en haut de la pièce de façon centrale, elle est comme un projecteur centré sur le médecin. Un sentiment de puissance du médecin se dégage de ces dessins.

Dans une dizaine de dessins, des cadres ou des posters sont accrochés au mur. Augustin, lui, a représenté un aquarium gigantesque.

La plupart de ces dessins représentent des situations angoissantes.

#### *4.2.2.3. Les personnages*

### **Le médecin**

#### Le médecin, un personnage sexué

Sur les 68 dessins observés, 24 mettent en scène un médecin femme, 44 un médecin homme. La plupart du temps, les attributs sexuels du personnage sont clairement identifiés : cheveux longs, rouge à lèvres, bijoux, seins, talons pour les médecins femme ; cheveux courts, barbe, cravate pour les médecins homme.

Le médecin est dans la grande majorité des cas en vêtement « civil ». Quelques dessins le mettent en scène avec une blouse (cf dessins d'Enora, de Jessica, de Léna, de Violette). Ceci reflète assez bien la réalité des choses. A l'heure actuelle, quelques médecins consultent en blouse, mais ils sont minoritaires.

On note quelques discordances entre la représentation du sexe du médecin sur les dessins et les résultats des questionnaires remplis par les parents. Neuf dessins sont concernés (7 dessins de garçons et 2 dessins de filles).

Six garçons ont dessiné un médecin homme alors qu'ils sont suivis par un médecin femme, un garçon a dessiné un médecin femme alors qu'il est suivi par un médecin homme. De la même



manière, on retrouve dans deux dessins réalisés par des filles une discordance : Émilie a dessiné un médecin femme alors qu'elle est suivie par un médecin homme, c'est le contraire pour Énora.

Ces enfants ont peut-être changé de médecin au cours de leur enfance, ils ont pu alors dessiner un médecin qui n'est pas leur médecin actuel.

### Le médecin, un personnage accueillant et sympathique

Le médecin paraît accueillant, sympathique dans 88% des cas (60 dessins sur 68). En effet il est très souvent représenté avec un large sourire, les bras ouverts, et sa position est orientée vers les autres personnages.

Quasiment toutes les filles (29 sur 30) représentent un médecin accueillant et sympathique, contre 82% chez les garçons.

Il ne semble pas y avoir de lien entre le sexe du médecin représenté et l'air sympathique/accueillant.

### Le médecin, un personnage parfois admiré, parfois considéré comme puissant

Dans 51% des cas, le médecin est le seul personnage figurant sur le dessin.

Sur les 33 dessins où le médecin n'est pas le seul personnage représenté, 15 dessins (45%) le montrent proportionnellement plus grand que les autres personnages, avec une nette différence entre garçons et filles (53% contre 37,5%). Le médecin est représenté au milieu de la feuille dans 40 dessins, soit 58% des dessins, et de façon un peu plus importante dans les dessins des garçons (63%) que dans les dessins des filles (53%).

Douze enfants le dessinent de façon plus « élaborée », graphiquement parlant, que les autres personnages (soit 36% des cas), avec encore une nette différence entre garçons et filles (53% contre 19%). Cette représentation graphique plus « élaborée » du médecin par rapport aux autres personnages peut être interprétée comme la perception d'une certaine supériorité, une certaine admiration pour le docteur.

Vingt et un dessins (31% des cas) montrent un personnage puissant. Cette caractéristique est davantage retrouvée dans les dessins des garçons que des filles (37% versus 23%). La qualification de « personnage puissant » est retenue sur un faisceau de critères que l'on peut relever sur les dessins, avec une subjectivité inévitable : place/positionnement du personnage, grandeur du personnage, élaboration graphique du personnage par rapports aux autres personnages représentés, couleurs utilisées, inaccessibilité, mise en scène du personnage, activité/geste réalisé par le personnage pouvant avoir un certain pouvoir sur les autres personnages.

Treize enfants ont dessiné un médecin dépourvu de mains (19% des enfants), dont huit garçons (21% des garçons) et cinq filles (16.5% des filles).

Dans dix de ces dessins la situation paraît angoissante. Elle paraît neutre dans les trois autres dessins. Aucun de ces dessins ne représente une situation où l'enfant semble en sécurité.

### **L'enfant**

L'enfant s'est représenté (directement ou indirectement à travers la représentation d'un frère, d'une sœur ou d'un ami) dans 47% des cas (50% chez les filles et 45% chez les garçons).

Sur les 17 dessins de garçons où ils se sont représentés, 15 ont une attitude passive, soit dans 88% des cas. Sur les 15 dessins de filles où elles se sont représentées, neuf semblent avoir une attitude passive, soit dans 60% des cas.

Les filles semblent moins passives que les garçons.

Sur les 32 dessins où l'enfant s'est représenté, 14 enfants (44%) se sont dessinés complètement ou en partie dénudés. On note une grande différence entre garçons et filles : 65% des garçons (11 dessins sur 17) se sont dessinés dénudés contre 20 % des filles (3 dessins sur 15).

Sur les 11 dessins des garçons qui se sont représentés en partie ou totalement dénudés, la situation paraît angoissante à chaque fois, aucun enfant ne semble en sécurité. Sur les 3 dessins des filles qui se sont représentées en partie ou totalement dénudées, la situation peut paraître angoissante dans deux cas, et neutre dans un cas.

### **Les parents**

Les parents sont peu représentés dans les dessins : 13 dessins sur 68, soit 19% des dessins, sans différence significative entre les garçons et les filles (7 dessins de garçons, 6 dessins de filles).

Lorsqu'un parent est représenté, il s'agit presque toujours de la mère. Seul Gabin a représenté son père. Les résultats des questionnaires sont un peu différents : dans 82% des cas les parents déclarent que c'est toujours la mère qui accompagne l'enfant, dans 18% des cas c'est la mère ou le père de façon indifférente. Selon le pédiatre Antoine Bourrillon, le père est présent en pratique dans environ une consultation sur dix (31).

Lorsque le parent est représenté, le style graphique est souvent identique à celui utilisé pour la représentation de l'enfant lui-même. La proportion enfant-adulte, en termes de taille, est respectée.

En revanche dans six dessins, la « qualité graphique » n'est pas la même dans la représentation du médecin et du parent. La représentation du médecin est graphiquement plus élaborée. Et lorsque le graphisme est comparable, le médecin est fréquemment proportionnellement plus grand que le parent (cf dessins de Corentin, de Jeanne, de Margaux, de Matias).

Il y a donc dans ces dessins une inégalité de représentation entre le parent et le médecin. Cela va dans le sens d'un médecin encore perçu parfois comme un personnage puissant, dont l'autorité surpasse celle des parents.

### **Relation, affectivité entre les personnages**

Les relations entre les différents personnages ont été analysées en relevant sur les dessins des signes de communication verbale ou gestuelle. Le positionnement des personnages dans l'espace, ainsi que leur proximité ou leur éloignement par rapport aux autres sujets représentés, ont également été pris en compte dans l'étude des relations.

L'affectivité est un critère difficile à analyser sur les dessins. En effet cette notion, qui fait appel aux sentiments et aux émotions, transparaît dans les dessins de manière subjective. Son interprétation reste donc inévitablement liée à l'appréciation de chacun. Néanmoins, un critère objectif pouvant être retenu pour analyser la présence de signes d'affectivité, est l'écriture par l'enfant du nom du docteur ou de son propre prénom sur le dessin.

#### **Les relations médecin-enfant**

Eléments de relations, d'affectivité :

- Parole : 12 dessins = 6 filles (20% des filles) et 6 garçons (16% des garçons)
- Geste : 5 dessins = 0 fille et 5 garçons (13% des garçons)
- Proximité spatiale : 15 dessins = 6 filles (20% des filles) et 9 garçons (23% des garçons)
- Nom du docteur : 22 dessins = 15 filles (50% des filles) et 7 garçons (18% des garçons)
- Nom de l'enfant : 7 dessins = 5 filles (16% des filles) et 2 garçons (5% des garçons)

Sur les 15 dessins des filles qui ne se sont pas représentés, on note des marques de relation/affectivité dans 8 dessins (soit 53%).

Sur les 21 dessins des garçons qui ne se sont pas représentés, on note des marques de relation/affectivité dans 5 dessins (soit 24%).

Au total, 37 dessins sur 68 (54%) ont un élément de relation ou d'affectivité : 20 dessins de filles (soit 66% des dessins des filles), 17 dessins de garçons (soit 45% des dessins des garçons).

### Les relations enfant-parent

Dans les 13 dessins où l'enfant a représenté un parent, seulement quatre enfants ont dessiné le parent proche de l'enfant dans l'espace (les 9 autres dessins mettent en scène un parent éloigné dans la pièce). Parmi ces 4 dessins, seul le dessin de Jessica montre un geste, à savoir un regard de la mère vers l'enfant.

Dans la plupart des cas, la présence du parent ne semble pas être un élément rassurant pour l'enfant : sur les 7 dessins de garçons où un parent est représenté, la présence du parent paraît rassurante dans 3 dessins (les dessins d'Alan, de Maxime et de Tom); sur les 6 dessins de filles où un parent est représenté, la présence du parent paraît rassurante dans 2 dessins (les dessins de Jeanne et de Jessica).

### Les relations médecin-parent

Lorsque le parent est représenté, il est souvent éloigné du médecin sur le dessin. Seuls deux dessins montrent ces deux personnages proches dans l'espace.

Aucun dessin ne montre des éléments de relation directe entre les deux personnages, que ce soient des paroles ou des gestes. Seul le dessin de Maxime suggère clairement que la mère est l'élément de transition entre l'enfant et le médecin, elle semble être une personne intermédiaire et rassurante.

Ainsi, le parent ne semble plus l'interlocuteur privilégié pour le médecin. L'enfant n'est plus un « objet » montré par ses parents.

#### 4.2.2.4. La situation vécue

La consigne du dessin était : « Dessine ton docteur ». Très souvent les enfants n'ont pas uniquement dessiné leur docteur mais ils l'ont mis en scène lors d'une consultation. La situation alors représentée peut générer différents sentiments chez l'enfant.

Afin de faire ressortir des tendances collectives, les dessins ont été classés dans différents groupes en fonction du sentiment dégagé lors de la visualisation de la situation.

Quatre groupes ont été ainsi formés : situation clairement angoissante, situation pouvant être angoissante, situation neutre, et situation où l'enfant semble en sécurité et à l'aise.

Différents critères relevés sur les dessins ont été pris en compte pour permettre de juger du sentiment généré par la situation représentée par l'enfant. Bien entendu, une part de subjectivité dans l'interprétation est à prendre en compte.

Les critères utilisés sont :

- Couleur(s)
- Force du tracé (un tracé appuyé est souvent le reflet d'une tension nerveuse importante) (25)
- Utilisation de l'espace de la feuille
- Lieu clos, contraste intérieur/extérieur
- Grandeur des personnages, du mobilier, des instruments médicaux
- Positionnement des personnages de façon individuelle et par rapport aux autres personnages
- Attitude/geste des personnages
- Éléments de relation entre les personnages (proximité, geste, parole)
- Impression générale se dégageant du dessin

Sur les 68 dessins :

- 20 situations clairement angoissantes (29%),
- 29 situations pouvant être angoissantes (43%),
- 14 situations neutres (21%),
- 5 situations où l'enfant semble en sécurité et à l'aise (7%).

On peut regrouper ces quatre entités pour en faire deux, à savoir :

- Situation angoissante ou pouvant être angoissante :  $20+29 = 49$  dessins, soit 72% des dessins ;
- Situation neutre ou enfant se sentant à l'aise et en sécurité :  $14+5 = 19$  dessins, soit 28% des dessins.

Il ne semble pas y avoir de lien entre le sexe du médecin représenté et le vécu de la situation.

## Différence garçons/filles

### Garçons :

- 18 situations clairement angoissantes (47,5%),
- 13 situations pouvant être angoissantes (34%),
- 7 situations neutres (18.5%),
- 0 situation où l'enfant semble en sécurité.

Soit 81.5% de situations clairement angoissantes ou pouvant être angoissantes.

Soit 18.5 % de situations neutres.

Aucun dessin de garçon ne représente une situation où l'enfant semble en sécurité.

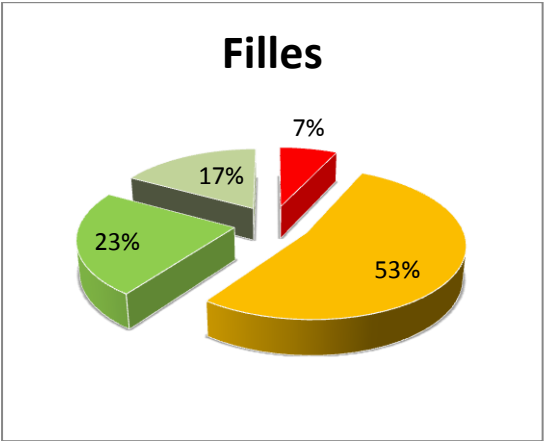
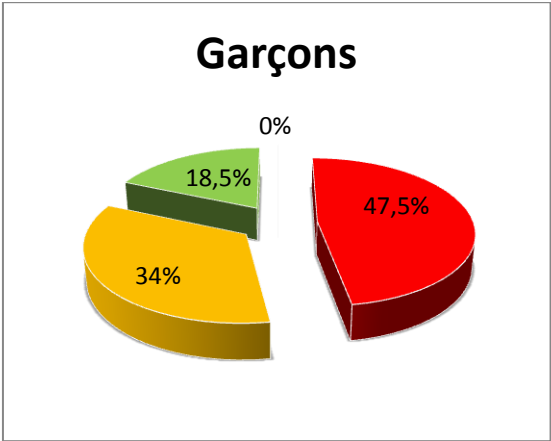
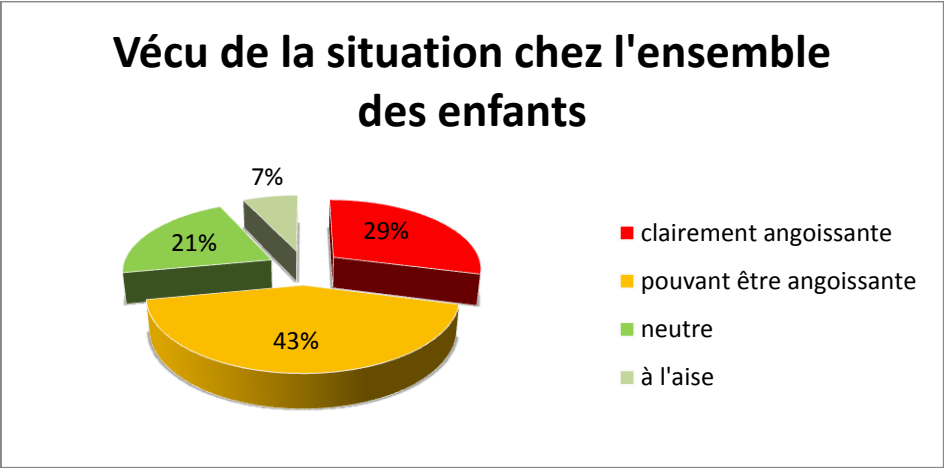
### Filles :

- 2 situations clairement angoissantes (7%),
- 16 situations pouvant être angoissantes (53%),
- 7 situations neutres (23%),
- 5 situations où l'enfant semble en sécurité (17%).

Soit 60% de situations clairement angoissantes ou pouvant l'être.

Soit 23% de situations neutres et 17% où l'enfant semble en sécurité.

Comparaison du vécu de la situation entre garçons et filles



## **5. Discussion**

### **5.1. Discussion des modalités de l'étude**

#### **5.1.1. Les avantages du choix du dessin comme outil pour l'étude**

L'objectif de l'étude est de comprendre comment les jeunes patients perçoivent leur médecin, quelle image ils ont de ce personnage. Nous avons dans ce but proposé aux enfants de faire un dessin dont la consigne était : « Dessine ton docteur ».

Pourquoi avoir utilisé cette base de travail pour l'étude ? Nous aurions pu par exemple nous entretenir verbalement avec eux pour répondre à cette question. Quelles sont les avantages à utiliser le dessin comme outil pour l'étude?

La relation verbale avec l'enfant, surtout jeune, est difficile et pose de nombreux problèmes à l'adulte désireux de pénétrer la psychologie enfantine (32). L'acquisition du langage est en effet lente et progressive. L'enfant exprime mal ses sentiments par le langage verbal. L'expression de l'enfant, en ce qu'elle a de spécifique et de personnel reste longtemps préverbale : gestuelle, « expressionnelle », mimique et graphique. Devant l'insuffisance de l'expression verbale, il faut trouver un moyen d'approcher le monde de l'enfant et sa profondeur en le déformant le moins possible. Le dessin apparaît à cet égard comme un langage privilégié, lequel « raconte graphiquement » (32). Compromis entre les paroles et les actes, le dessin est une écriture naturelle qui ne nécessite pas d'apprentissage spécial. Chacun propose son langage graphique en fonction de ce qu'il a à dire (27).

Le dessin, langage extrêmement personnalisé, est un langage universel, propre à l'humanité toute entière. Mises à part quelques particularités dues au contexte spécifique de chaque époque et de chaque ethnie, la connaissance de la « langue du dessin » permet de déchiffrer les œuvres d'un enfant du Mali, de Chine, du Maghreb aussi bien que celles d'un français, contemporain ou même d'une époque antérieure (27).

Le dessin permet à l'enfant de raconter sa vie dans un langage sans paroles et devient ainsi une véritable langue parallèle. Le dessin est une recherche de communication, un regard posé sur le réel rencontré, vécu. L'enfant exprime ses joies et ses peines, ses peurs, ses questions et ses fantasmes, ses relations aux autres, aux choses, au monde où il vit ou dans lequel il voudrait vivre.

Le dessin est donc l'équivalent du récit. Le langage par l'image remplace le langage par les mots (24,26). Il est une véritable projection sur le papier du monde intérieur de l'enfant.



Celui-ci dessine ce qu'il vit inconsciemment. Il s'exprime dans sa vérité propre, dans sa réalité subjective. Dolto considérait le dessin d'enfant comme un « autoportrait inconscient », un « instantané de l'état affectif » de l'enfant. C'est l'ensemble de son monde imaginaire qui s'y reflète, nous informant sur ses relations affectives au monde qui l'entoure, son rapport aux êtres et aux choses. Lorsque l'enfant dessine, il restitue sa vision intérieure, immatérielle, d'un instant de vie, non pas tel qu'il est ou a été réellement, mais tel qu'il l'a saisi personnellement (32).

Le dessin, équivalent du récit, riche en informations, est donc un instrument privilégié pour la connaissance de la psyché humaine, principalement celle de l'enfant (27).

### **5.1.2. Les avantages du choix de l'école pour recueillir les dessins**

Pour respecter l'individualité de chacun et éviter le phénomène de « copiage », nous aurions pu faire dessiner les enfants à tour de rôle dans une autre pièce, mais cette méthode nous a paru trop angoissante pour des enfants qui ne nous connaissent pas. D'autre part cette méthode aurait été beaucoup plus chronophage et aurait pu perturber le déroulement du programme de l'institutrice.

Nous aurions également pu recueillir les dessins dans des cabinets de médecins généralistes, en demandant par exemple aux jeunes patients de dessiner dans la salle d'attente. Mais faire dessiner les enfants en dehors du cadre médical apportait certains avantages.

L'école nous a paru un lieu tout à fait adapté pour l'étude. En effet c'est un lieu neutre par rapport au monde médical, où les enfants se sentent en général à l'aise car c'est un endroit qui leur est familier.

De plus, en choisissant ce lieu, les enfants ont pu dessiner leur docteur en faisant appel à leurs souvenirs, leurs sentiments. Ils ont pu retracer les éléments importants pour eux, les caractéristiques du médecin qu'ils gardent en tête, en mémoire. De cette manière, leur dessin est davantage une synthèse de l'image qu'ils ont de leur médecin. En revanche, s'ils avaient dessiné dans des cabinets de médecins, les enfants auraient pu être influencés par l'environnement. Ils auraient alors peut-être réalisé un dessin représentatif d'un instant t et non une image façonnée par les différentes rencontres qu'ils ont eues avec ce personnage qu'est le médecin.

D'autre part, lorsque l'enfant va en consultation chez le médecin généraliste, il peut être malade, fatigué, et donc peu disponible et peu enthousiaste pour réaliser un dessin.

Enfin, l'enfant a bénéficié à l'école de tout le temps nécessaire à la réalisation de son dessin, alors qu'à l'approche d'une consultation, il aurait pu être pressé par des impératifs de temps de la part des soignants ou des parents.

### **5.1.3. Biais de courtoisie**

Lors du recueil des dessins dans les classes, nous nous sommes présentés en tant que médecin. Lorsque nous avons proposé aux enfants de faire un dessin sur le thème « Dessine ton docteur », certains enfants ont peut-être réalisé leur dessin pour nous faire plaisir. Notre attitude, ainsi que la relation que l'on a pu établir avec les enfants de la classe, ont également pu influencer la réalisation du dessin.

### **5.1.4. Biais d'interprétation**

Un autre biais de cette étude est lié à l'interprétation des dessins. En effet, même si nous nous sommes inspirés des démarches analytiques de Borelli-Vincent, de Jacqueline Royer, et de Kim-Chi Nguyên pour observer les dessins, une part de subjectivité dans l'interprétation de ceux-ci rentre inévitablement en compte. L'observateur projette ses propres préoccupations. Les sentiments générés à la vision des dessins peuvent donc varier en fonction des dispositions de chacun.

D'autre part, l'observation des dessins a été faite par l'œil du médecin généraliste, et non celui d'un « expert » en interprétation des dessins d'enfants.

## **5.2. Discussion des résultats**

Le principal objectif de ce travail est de décrire quelle perception et quelle image les enfants ont de leur médecin généraliste.

Comme nous l'avons vu précédemment, très peu d'études ont été réalisées à ce sujet au cours des dernières décennies.

Les résultats de la présente étude vont être comparés aux travaux de L. et G. Israël, de G.-P. Guasch et M.-F. Carezzo, de J. Benhamou, de B. Roulier et de C. Andrieu, études réalisées entre 1953 et 2005 (15–19).

### **5.2.1. La représentation du médecin**

#### **5.2.1.1. « Démocratisation » du médecin**

Depuis l'étude de L. et G. Israël réalisée en 1953, l'image du médecin s'est profondément transformée. Il y a soixante ans, la société avait une image privilégiée du médecin. Héros culturel de grand prestige, on lui attribuait un rôle social de premier plan.

Les modifications sociétales ont inévitablement changé la perception que la population a à l'égard de ce personnage. L'enfant, lui aussi, porte aujourd'hui un autre regard sur le médecin. Ce dernier n'est plus le personnage notable d'autrefois.

L'évolution des pratiques médicales rend exceptionnelle les visites au domicile pour les consultations d'enfants. Aujourd'hui, lorsque les enfants sont malades, ils vont au cabinet du médecin.

Parallèlement, les caractéristiques vestimentaires ont évolué. Le médecin a troqué son « costume de docteur » contre une tenue civile indifférenciée. Il s'habille désormais comme « tout le monde ».

Le caractère particulièrement solennel du médecin ainsi que le cérémonial accompagnant sa visite à domicile ont disparu. Le « prestige » assigné autrefois à la fonction du médecin décline, le piédestal de ce personnage s'affaisse. On assiste à une « démocratisation » du médecin, personnage qui devient ainsi plus accessible.

#### *5.2.1.2. Déclin du rôle paternel*

Toutes les études précédentes ont souligné le rôle paternel du médecin : il voit, il sait, il ordonne, il faut lui obéir. Le docteur était représenté comme un personnage puissant, admiré et craint.

Les choses semblent évoluer.

La puissance du médecin est une caractéristique beaucoup moins présente dans les dessins recueillis puisqu'elle n'est retrouvée que dans un dessin sur trois. Le médecin n'est plus perçu comme un personnage redoutable. Son autorité, son prestige semblent diminuer même s'il jouit toujours, pour certains, d'une certaine admiration. Le sentiment de crainte s'apaise et permet à l'enfant d'envisager à présent d'approcher ce personnage.

Le médecin n'est plus celui qui incarne la Loi, qui ordonne, qui commande. La démocratisation de l'enseignement, l'accroissement des connaissances et de l'autonomie des citoyens, le développement de l'information médicale, le consumérisme, le pluralisme des conceptions politiques, philosophiques et religieuses sont responsables du déclin du paternalisme. Ainsi, depuis un quart de siècle, les modifications sociétales et l'évolution des mentalités ont profondément modifié l'attitude médicale et la nature des relations médecin-patient (33,34). On est passé d'un modèle moral paternaliste, bienfaisant, centré sur le bénéfice thérapeutique, où le pouvoir décisionnel appartenait au médecin, à un modèle « autonome », centré sur le respect de la liberté des personnes, et où le pouvoir décisionnel appartient au patient (35). A présent, les relations médecin-patient s'articulent davantage autour d'un partenariat. C'est ce qu'on appelle le « modèle de la décision partagée » : partage

des connaissances médicales du médecin, partage des préférences et du contexte psychosocial du patient, partage de la délibération devenue dialogue, partage de la décision résultant d'un accord entre les deux parties. Le patient n'est plus passif comme il a pu l'être auparavant, mais devient pleinement acteur dans le déroulement de la consultation. Le modèle coopératif a remplacé le modèle autoritaire. Les patients ne veulent plus d'un médecin au savoir et au pouvoir tout puissant. Le rétablissement d'une certaine égalité entre la partie qui a la connaissance, le médecin, et celle qui ne l'a pas, les patients, a nécessité une amélioration de la qualité de la communication entre ces deux entités.

Parallèlement à cette volonté des patients de partager une relation plus égalitaire, moins déséquilibrée, les médecins eux-mêmes semblent avoir pris conscience des limites du paternalisme. Le médecin ne peut connaître tous les paramètres familiaux, environnementaux, psychologiques, sociaux, culturels du patient, qui sont des éléments indispensables à toute prise de décision médicale. Le médecin partage son savoir avec le patient, qui après avoir reçu une information éclairée, est plus à même de décider ce qui est bon pour lui en fonction de son histoire, de ce qu'il est.

Ainsi, les évolutions sociétales associées à une prise de conscience du corps médical ont fait évoluer la relation médecin-patient (patient adulte ou patient enfant), qui est à présent basée sur un modèle coopératif. Ce nouveau « mode relationnel », basé sur la communication, apparaît dans les dessins des enfants de l'étude.

#### *5.2.1.3. Un rôle maternel moins présent*

Une autre caractéristique présente de manière forte dans les premiers travaux réalisés à partir du milieu du XXème siècle, est le rôle maternel, protecteur du médecin. L'enfant s'abandonnait, se laissait soigner. Cette fonction de « prendre soin » ressort nettement moins dans les dernières études, même si on peut en voir encore quelques traces, par exemple dans le dessin de Kylian (qui précise « salle du médecin pour soigner »), dans le dessin de Margaux (dans lequel le médecin dit : « il faudrait lui donner du doliprane »), ou lorsque les enfants dessinent ou indiquent lors des commentaires la présence de médicaments dans le cabinet (cf dessin de Bastien). Claire Andrieu souligne ce « déclin » pour la première fois dans son étude de 2005, notre étude vient confirmer cette tendance.

Ceci peut être dû au fait que les visites à domicile pour les consultations d'enfants ont nettement diminué, voire disparu. Or lorsque le médecin va en visite au domicile de l'enfant, le temps consacré à la consultation est très certainement plus long que dans le cabinet du médecin. L'ambiance y est plus douillette et plus intime car l'enfant se situe dans sa chambre,

couché dans son lit. Tout le monde autour est alors à ses petits soins. Cette régression vers la dépendance va de pair avec la recherche de maternage et de bénéfices secondaires. L'ambiance dans le cabinet du médecin y est tout autre. L'enfant ne peut pas s'abandonner comme il le faisait, le rôle maternel du médecin devient moins patent.

D'autre part, on peut se demander si le rôle maternel du médecin ne venait pas en quelque sorte contrebalancer, atténuer, le rôle paternel de ce personnage, autrefois fortement présent. Le médecin mettait-il en avant, de façon inconsciente, son côté maternant pour atténuer, adoucir son côté autoritaire, et se faire aimer des enfants ?

Le médecin était perçu comme un personnage puissant, situé « hiérarchiquement » au dessus du couple parental (les parents avaient l'autorité sur leur enfant mais subissaient celle du docteur). Le médecin endossait les deux rôles du couple parental, à savoir la fonction paternelle et la fonction maternelle. Aujourd'hui, les relations médecin-patient ne se font plus de manière « verticale », avec toute la dimension de supériorité et de pouvoir que cela engendrait, mais tendent plutôt à s'établir de manière « horizontale », à s'équilibrer. Le paternalisme ayant laissé place à une relation médecin-patient plus égalitaire, la fonction maternelle du médecin, au sens « maternage », a peut-être moins besoin d'être présente. L'enfant, moins passif, construit une relation individuelle, personnalisée avec le médecin (ce point sera développé plus loin). La fonction maternelle du médecin que l'on voyait largement auparavant s'estompe légèrement car elle n'est peut-être plus autant nécessaire pour la construction de la relation médecin-enfant.

Ce ne sont ici, bien sûr, que des hypothèses.

#### 5.2.1.4. Un médecin accueillant et sympathique, devenant accessible

Un élément nouveau qui ressort nettement de la présente étude est que le médecin paraît accueillant et sympathique dans la grande majorité des dessins (88% des dessins) (cf dessins d'Alice, d'Arthur, d'Aziliz, de Candice, d'Émilie, de Julie, de Mathis, de Nathan, de Timothée, de Travis). Cette caractéristique dans la perception du médecin n'était pas retrouvée dans les recueils précédents, excepté dans celui du Dr B. Roulier, qui a présenté un travail comportant des biais importants, notamment celui de recueillir des dessins représentatifs d'un seul médecin. Toutes les autres études mettaient en scène un médecin redouté, craint, agressif, et inaccessible.

Les résultats de l'enquête « La relation médecin-enfant : perception et point de vue de l'enfant », réalisée auprès d'enfants âgés de 8 à 10 ans par le Dr Laurence Vandermeulen en 2003 (36), semblent traduire l'amorce d'un changement dans la perception du médecin. Cette étude, basée sur un questionnaire qualitatif destiné à explorer la relation entre les enfants et

leur docteur, montre que le médecin est perçu comme rassurant et sympathique. Les enfants interrogés n'ont pas peur du médecin. Les résultats de notre étude vont également dans ce sens.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer cette évolution dans la perception du médecin :

Comme nous l'avons déjà évoqué, le caractère solennel, tout le cérémonial accompagnant la visite du médecin à domicile ont disparu avec la raréfaction de celles-ci. A présent l'enfant vient au cabinet du médecin qui l'accueille. L'enfant n'est plus dans son lit à attendre passivement que le médecin s'introduise dans sa chambre sans lui avoir demandé son avis. L'enfant, en venant au cabinet du médecin, « choisit » d'aller à la rencontre de ce personnage, même si l'initiative première émane en règle générale d'une demande des parents. D'une position d'être passif, il devient acteur et consent aux soins. De son côté, le médecin ne vient pas de façon « intrusive » chez l'enfant, mais au contraire, il l'accueille dans son cabinet.

D'autre part, le médecin a troqué son costume contre un habit civil indifférencié. L'enfant est très certainement moins impressionné en voyant ce personnage habillé « comme tout le monde ». Il paraît moins austère, plus accessible et plus accueillant.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le paternalisme a fait place à un mode relationnel plus égalitaire, basé sur une plus grande communication, sur un partage du savoir. Le médecin, pour mener à bien la consultation, doit donc entrer en relation avec l'enfant, l'accueillir, le mettre à l'aise. Le médecin accueillant, sympathique, devient plus accessible.

Un élément nouveau fréquemment retrouvé dans les dessins de l'étude est l'ordinateur. Il occupe parfois beaucoup d'espace sur la feuille (cf dessins de Maxime, de Paul), dans d'autres cas il peut être l'élément central du dessin (cf dessin de Corentin).

Ceci n'a rien d'étonnant. Actuellement, les nouvelles technologies de l'information et de la communication, dont l'ordinateur est le symbole, occupent une place importante dans notre société. L'ordinateur n'est pas un objet marginal dans l'environnement quotidien des enfants, il fait partie du décor familial. Selon l'enquête TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) de 2010, plus des trois quarts des ménages ont un ordinateur à domicile (37). Cet outil est également largement présent dans les écoles, les bibliothèques, tout comme dans les cabinets des médecins. En 2007, 89% des médecins généralistes étaient informatisés (38). Pour les enfants, l'ordinateur est tout simplement un objet de leur époque, un outil avec lequel ils sont en général à l'aise.

Mais la place importante qu'il prend dans certains dessins, ainsi que son positionnement par rapport aux personnages, peuvent nous amener à nous interroger sur les effets néfastes d'une

mauvaise utilisation de cet outil. Dans certains cas, l'ordinateur pourrait être un obstacle, un frein à la communication, le médecin étant plus centré sur cet objet que sur le patient.

Différentes études (38–41) montrent qu'une position du médecin tournée vers l'écran d'ordinateur a un effet négatif sur la communication. L'informatique peut avoir un impact sur l'aspect relationnel de la pratique médicale. Dans une étude de 1997 (39), des patients rapportent percevoir l'ordinateur comme une manifestation du « pouvoir » du médecin et ils peuvent avoir l'impression d'être mis à l'écart par manque d'information ou parce qu'ils n'osent pas regarder l'écran.

Il semble donc important d'apprendre à mieux gérer cet outil en consultation afin d'améliorer l'accueil du patient et la qualité relationnelle. La place de l'écran a son importance, le patient doit pouvoir facilement le regarder s'il le souhaite pour ne pas se sentir exclu. Le patient a également besoin de recevoir des explications sur ce que fait le médecin quand son regard est tourné vers l'écran. Séparer l'écoute de la prise de notes, maintenir le contact verbalement pendant la frappe et avoir une posture ouverte avec le corps, tourné vers le patient, sont des attitudes qui peuvent permettre de ne pas entraver la relation médecin-patient lors de l'utilisation de l'ordinateur en consultation.

### **5.2.2. Une situation angoissante**

Ce qui ressort nettement de l'étude est l'angoisse générée par certaines situations vécues lors des consultations. L'enfant n'a pas peur du médecin mais des actes qu'il pose (22,36,42).

Quelques enfants ont d'ailleurs préféré représenter un substitut (frère, sœur, ami...) (cf dessins de Gabin, de Julie, de Mahdi, de Maxime, de Tom, de Wandrille) plutôt que de se mettre en scène sur le dessin. Cette forme de mise à distance peut peut-être traduire un sentiment d'angoisse à l'évocation de la consultation chez le médecin.

Dans environ trois quarts des dessins, des éléments pouvant évoquer une angoisse chez l'enfant sont retrouvés.

#### **5.2.2.1. Le cabinet, un endroit clos, isolé du monde extérieur**

Le cabinet du médecin est souvent représenté comme un endroit clos, fermé, isolé du monde extérieur. La grande majorité de ces dessins dégage une certaine angoisse. Le contraste entre l'intérieur et l'extérieur du cabinet médical est parfois troublant (cf dessin d'Hugo). Arnaud, lui, précise dans son commentaire que les deux portes sur les côtés sont des « portes de secours ». Il semble se passer des choses angoissantes pour l'enfant dans cet endroit clos...

### 5.2.2.2. La salle d'attente

Quelques enfants ont représenté sur leur dessin une salle d'attente. Celle-ci occupe parfois un espace important sur la feuille, elle est remplie de chaises ou de personnes dans d'autres cas (cf dessins d'Amandine, de Bastien, d'Emma). Aucun auteur des études précédentes ne rapporte la présence de cette pièce sur les dessins. Les dessins recueillis dans les travaux d'Israël L. et G., et de Guasch G.-P. et Carenzo M.-F. mettaient en scène le médecin en visite à domicile la plupart du temps, il n'est donc absolument pas étonnant de ne pas retrouver la salle d'attente dans ces recueils. En revanche, environ la moitié des enfants de l'étude de Benhamou J. et la quasi-totalité de ceux d'Andrieu C. ont dessiné le médecin dans son cabinet. Or dans aucune de ces deux études, les auteurs ne rapportent la présence d'une salle d'attente dans leur résultat. Il s'agit donc là d'un fait nouveau et un peu inattendu. Ceci peut laisser penser que la salle d'attente est un lieu important pour certains enfants, elle peut être une pièce à forte connotation affective.

La salle d'attente est « la pièce transitoire » entre le dehors, c'est-à-dire le monde extérieur, et le cabinet de consultation du médecin. Pour certains enfants, elle est peut-être le lieu générant des sentiments d'appréhension à l'approche de la consultation. On attend le médecin, l'angoisse monte. Il semble donc important de pouvoir canaliser, dévier ce sentiment d'appréhension en occupant l'esprit des enfants. Des livres, des jouets, des feuilles et des crayons mis à disposition des petits patients pourront leur permettre de focaliser leur attention sur une activité, et non sur ce qui va se passer ensuite dans le cabinet du médecin. La salle d'attente est une pièce importante. Elle doit permettre à l'enfant de s'approprier les lieux, de s'y sentir à l'aise et détendu. Transformons la « salle d'attente » en « salle d'accueil ».

A.-S. Artis a réalisé en 2004 une enquête auprès de 128 médecins généralistes lorrains, à propos de l'accueil des enfants en médecine générale (43). Cette étude rapporte que 90% des salles d'attente des cabinets mettent à disposition des livres pour enfants, 68% des jouets, 70% des chaises pour enfants, 66% ont un espace jeu qui leur est dédié. Ces résultats montrent qu'il reste encore des cabinets où l'individualité de chaque patient (ici les enfants) n'est pas prise en compte et où l'accueil des enfants peut être amélioré.

### 5.2.2.3. Agression lors de l'examen médical, lors des gestes techniques

Très souvent, au cours d'une consultation pédiatrique, le médecin va être amené à utiliser des instruments médicaux. Un certain nombre d'enfants ont dessiné ces outils, bien spécifiques et propres au médecin (stéthoscope, otoscope, abaisse-langue, seringues...). Ces objets peuvent rendre l'examen clinique désagréable pour certains ; pour d'autres, ils sont une véritable source d'angoisse : froideur du stéthoscope sur le thorax, intrusion et agression de l'enveloppe corporelle par l'otoscope, l'abaisse-langue (cf dessin de Mahdi). Le sentiment d'insécurité



qu'éprouve l'enfant est très souvent lié aux gestes techniques (42,44). Certains actes sont plus redoutés que d'autres. Par exemple, la plupart des enfants ont une phobie de l'aiguille (22) (cf dessins d'Antoine, d'Augustin, de Marc-Antoine, de Théo, de Violette).

L'utilisation de ces instruments médicaux (stéthoscope, otoscope, abaisse-langue) est-elle à chaque fois justifiée ? Est-ce bien nécessaire d'ausculter à l'aide du stéthoscope tous les enfants à chaque consultation, quelque soit le motif de celle-ci ? Les instruments feraient-ils partie d'un rituel ? Rituel de l'installation, rituel de l'examen ?

Pour beaucoup de parents, d'enfants, mais aussi de médecins, les instruments médicaux représentent, symbolisent le savoir du médecin (45). Le savoir qui a gouverné ces instruments a-t-il peu à peu fait place à un rite, un automatisme vide de sens (45) ? Il serait intéressant que chacun s'interroge sur ses pratiques afin de s'assurer que les instruments médicaux ne sont utilisés que lorsqu'ils apportent des informations utiles et nécessaires.

« L'outil » essentiel utilisé par les médecins et les pédiatres dans l'exercice de leur métier, est la main du docteur (45). Elle est considérée par certains comme l'instrument le plus important. Un certain nombre de dessins mettent en scène un médecin dépourvu de mains (cf dessins d'Aline, d'Arthur, d'Augustin, de Jeanne). L'absence des mains du docteur sur les dessins traduit peut-être une angoisse pour certains enfants à l'évocation de celles-ci. Les mains peuvent symboliser « l'outil » nécessaire à la réalisation d'actes redoutés. Arthur, qui a dessiné un médecin sans mains, précise lors du commentaire : « ce que je n'aime pas c'est les piqûres ». Les mains sont parfois intrusives lors de l'examen des oreilles ou de la bouche. Elles touchent, elles palpent. Loin d'un geste anodin ou banal, toucher le corps d'une personne, d'autant plus si c'est un enfant, est un acte qui mobilise à plusieurs égards le registre du privé et de l'intime. L'enfant peut se sentir agressé, par effraction de son enveloppe corporelle.

#### 5.2.2.4. Agression de l'intimité, pudeur de l'enfant

Être dénudé semble pour certains enfants, en particulier pour les garçons, une source d'angoisse (cf dessins d'Arnaud, de Matias). Est-ce le souvenir d'avoir eu froid ? De s'être senti observé dans son intimité ? Le déshabillage est-il vécu parfois comme une sorte de « voyeurisme », d'atteinte à l'intimité naissante des enfants ? Le médecin peut regarder, ausculter, toucher, palper et voir des choses interdites. Certains dessins mettent en avant cette possibilité qu'a le médecin de bien observer, de bien regarder l'enfant sous de grosses ou nombreuses lampes (cf dessins de Bastien, de Cloé). Les études d'Israël L. et G., de Guasch G.-P. et Carenzo M.-F., et d'Andrieu C., rapportaient déjà cette notion de « voyeurisme » du médecin. Ce « pouvoir » du médecin angoisse-t-il les petits patients ?

Inexistante au début de la vie, la pudeur s'installe progressivement lorsque l'enfant prend conscience du regard des autres sur lui, ainsi que de son propre regard sur les autres (46–48). Au cours de son développement, vient un moment où il a besoin de protéger sa nudité et de ne plus tout raconter, revendiquant ainsi son droit à l'intimité. Cet apprentissage se fait dans les gestes de la vie quotidienne, notamment lors des soins corporels. Le médecin semble donc avoir un rôle à jouer à ce niveau là.

L'enfant apprend à définir ce qui lui appartient : un lieu physique, des objets bien à lui, ses rêves, ses pensées, et bien entendu son corps (47). C'est ainsi qu'en faisant preuve de respect pour le besoin d'intimité de l'enfant, le médecin contribue à le rendre apte à faire respecter ce besoin par les autres au cours de sa vie. La pudeur est un sentiment d'autonomie de son corps, qu'on ne veut pas mettre à la merci du regard des autres ni de son emprise. C'est une sorte de sauvegarde psychologique pour maintenir un espace propre pour exister. La pudeur est une vertu fondamentale qui permet à chacun de se construire, sans être blessé, ni détruit par les agressions extérieures. L'enfant, même petit, n'aime pas que l'on soit trop intrusif (5). L'intimité est une des conditions essentielles de la sécurité psychoaffective et relationnelle de l'enfant, sécurité qui est à la base de son développement psychique harmonieux.

Lors de l'examen médical, le médecin est bien souvent amené à déshabiller l'enfant. Ce geste peut être vécu comme une intrusion, une agression de son enveloppe corporelle, mettant à mal sa sécurité psychoaffective (49,50).

#### *5.2.2.5. Outils permettant de diminuer l'angoisse de l'enfant lors d'une consultation*

Les résultats de l'étude révèlent que ce n'est pas le personnage du médecin qui est angoissant, mais la situation vécue par l'enfant dans le cabinet. Il semble donc important de mettre en œuvre des techniques permettant de diminuer l'angoisse des jeunes patients en consultation. Nombre de pédiatres et médecins, désireux d'améliorer leur pratique pédiatrique, ont réfléchi sur les principes de base de la communication avec les enfants et les techniques d'approche relationnelle lors des consultations pédiatriques (31,49,51). En voici quelques axiomes :

#### **Lors de l'accueil de l'enfant**

Tous les pédiatres (31,49,51) soulignent l'importance de l'accueil et de la mise en confiance de l'enfant. Le saluer par son prénom, s'adresser directement à lui, expliquer ce qui se passe et ce dont on parle, le laisser s'exprimer, permet à l'enfant de se sentir à l'aise. Quand un adulte écoute un enfant et répond à ses questions, il lui signifie qu'il est un interlocuteur valable, digne de confiance et d'intérêt. Les consultations pédiatriques nécessitent d'avoir et

de prendre son temps. Joyce Engel conseille, lorsque cela est possible, de laisser jouer l'enfant dans le cabinet du médecin afin qu'il puisse se détendre tout en s'appropriant le lieu (51). Durant cette phase, on pourra observer le comportement de l'enfant afin de savoir à quel moment il est prêt à participer. Un enfant prêt à participer pose des questions, a un contact visuel, décrit ses expériences passées, touche l'équipement, se détache volontairement de son parent (49).

### **Lors de l'examen clinique**

Les auteurs insistent sur le fait qu'il ne faut pas être pressé d'examiner un enfant (31,49,51). Les gestes brusques du médecin effraient les jeunes patients (49,51). Expliquer le processus de l'examen en choisissant des termes adaptés au développement de l'enfant est nécessaire, l'enfant sera ainsi moins surpris par les gestes effectués (52). La position du jeune patient lors de l'examen a son importance. En effet, les enfants sont mieux abordés dans leur position de confort : couchés à plat lorsqu'ils sont nourrissons, assis sur les genoux de leur mère après l'âge de la marche, sur leurs propres pieds à l'âge scolaire. On évitera d'allonger les enfants si ce n'est pas nécessaire car ils sont inconfortables et vulnérables dans cette position (42,49). La position du médecin est également importante. Prendre le temps de s'asseoir à la hauteur du jeune patient, sans le dominer, contribue à apaiser ses craintes. Comme nous l'avons vu précédemment, le déshabillage peut être source d'angoisse chez l'enfant. Il paraît donc important de demander au jeune patient d'ôter ses vêtements que si cela est bien nécessaire (22,42,49). Les examens inutiles sont également à proscrire, les plus invasifs et désagréables (otoscope, abaisse-langue) à faire à la fin de l'examen médical (42,49). On pourra encourager l'enfant à poser des questions durant l'examen, sans pour autant le forcer à le faire. Cela lui permet d'avoir un certain contrôle de la situation (51).

### **Lors des gestes techniques**

Pendant le soin, l'installation doit être confortable, l'atmosphère chaleureuse. Il ne faut pas mentir à l'enfant. Françoise Dolto a beaucoup insisté sur la notion de vérité et de communication auprès des enfants (53,54). « On parle beaucoup de lui, mais à lui, on ne parle pas », « on oublie que l'enfant est sujet et non pas sujet à et de discussion » (53). Ainsi, quand un soin va faire mal, il faut le prévenir, sans dramatiser, sans banaliser. On pourra entourer de paroles chaleureuses l'enfant paniqué ou anxieux. Le déroulement technique du soin est à expliquer à l'enfant, la douleur doit être annoncée sans insister : « certains enfants ont mal, d'autres pas ». On peut demander au jeune patient de reformuler l'information reçue pour lui permettre d'exprimer ses craintes et sa douleur. Pendant le soin, il faut essayer de maintenir

un contact verbal et physique attentif. Encourager et féliciter l'enfant est important pour lui. Le médecin peut également inviter l'enfant à participer activement au soin, il peut, par exemple, l'aider à la réalisation d'un pansement.

### **Les « moyens de diversion »**

Lorsque l'enfant vit une situation angoissante pendant une consultation, il peut vouloir trouver un moyen de « s'échapper », en fixant son attention sur autre chose. Il peut s'agir de fenêtres ouvertes sur l'extérieur, de cadres ou de posters (cf dessins de Mathis, de Tom), d'un aquarium pour Augustin, qui précise que « quand il fait une piqûre le docteur, je regarde les poissons ». Ces « moyens de diversion » semblent importants pour l'enfant car ils peuvent lui permettre de focaliser son attention sur autre chose (51). Ainsi, il peut être intéressant de réfléchir au préalable à l'organisation du cabinet, afin de mettre à disposition des enfants des moyens de distraction : cadre ou fenêtre en face du lieu de soin, musique, jouets attractifs... (51).

### **Le parent, une présence rassurante ?**

Dans toutes les études précédentes, la présence du parent est un élément rassurant pour l'enfant. Personne intermédiaire entre l'enfant et le médecin, il protège, rassure, reconforte l'enfant pendant la consultation.

Les résultats de notre étude ne vont plus autant dans ce sens.

Alors qu'un parent est présent dans presque tous les dessins du recueil de C. Andrieu en 2005 (19), sa présence n'est notée dans notre étude que dans à peine un dessin sur cinq. Ce constat est cependant à nuancer par le fait que la consigne de réalisation du dessin n'est pas identique dans les deux études. La consigne énoncée aux enfants de notre étude était « Dessine ton docteur », alors que Claire Andrieu proposait « Dessine moi une rencontre avec ton docteur ». Dans la présente étude, si le parent est dessiné par l'enfant, il se situe dans la plupart des cas loin de celui-ci dans la pièce. On ne relève que rarement des éléments reliant ces deux personnages sur les dessins (proximité dans l'espace, geste, parole).

Ainsi, fait nouveau et surprenant, le parent semble moins présent, et sa présence ne paraît plus comme avant un élément autant rassurant pour le petit patient.

### **5.2.3. Une individualisation et personnalisation de la relation enfant-médecin**

Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, le parent est moins présent dans les dessins de notre étude, en comparaison aux précédents travaux. Son rôle semble s'être modifié également. S'il apparaît dans les dessins, il est souvent représenté de façon éloignée par rapport à l'enfant. Il ne semble plus le personnage intermédiaire entre le médecin et le petit patient (cf dessins de Cloé, de Wandrille). La mère n'a plus autant la place prépondérante qu'elle avait auparavant. L'enfant n'est plus un « objet » montré par ses parents, mais devient à présent le sujet de la consultation.

Toute une partie des enfants se représente encore dans une position passive (cf dessins d'Amandine, d'Arnaud, de Cloé, de Flora, de Gabin, de Jessica, de Killien, de Théo), mais cette proportion a tendance à nettement diminuer par rapport aux résultats des précédentes études. L'enfant semble devenir davantage acteur au sein de la consultation (cf dessins d'Alice, d'Alyssia, de Martin, de Romane, de Solène).

D'autre part, plus de la moitié des dessins montrent des éléments de relation (qu'elle soit verbale ou gestuelle) entre l'enfant et le médecin (cf dessins d'Alyssia, de Maëlys, de Martin, de Romane, de Théo). Fait paraissant nouveau, il y a désormais une communication directe entre le petit patient et le médecin. Une relation particulière se crée. Un certain nombre d'enfants ont représenté le médecin de façon affective et personnalisée, en précisant parfois le nom du docteur sur le dessin (cf dessin d'Arthur, d'Aziliz, d'Emma, d'Enora, de Romane). On assiste à une individualisation, une personnalisation de la relation médecin-enfant.

Comment peut-on expliquer cette évolution ?

#### **5.2.3.1. Une évolution du mode de parentalité**

Philippe Ariès, dans « L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien régime » (55), décrit la manière dont a évolué la conception de l'enfance et des rapports parents-enfants depuis la société médiévale jusqu'à nos jours. Au Moyen Age, l'enfant n'est guère distinct de l'adulte, qu'il côtoie en toutes circonstances. Il n'est « qu'un adulte en miniature ». Ce n'est qu'au XVIème siècle que l'enfant commence à acquérir une certaine spécificité et à avoir des activités qui lui sont propres, comme l'école. Le sentiment d'enfance moderne ne serait apparu qu'à la fin du XVIIème et au XVIIIème siècle, sous l'influence des hommes d'Église et des médecins. Ce qui émerge alors, tout au moins dans certaines couches de la société, c'est l'idée de fragilité morale et physique de l'enfant, de son incomplétude et donc de la nécessité de le protéger, en le séparant du monde des adultes et en l'entourant plus chaleureusement au sein d'une famille. Toute l'évolution des comportements depuis le Moyen Âge dans nos

sociétés occidentales, aboutit au renforcement de l'individualisme. Les parents s'individualisent et surtout, les enfants de plus en plus petits ont droit à la reconnaissance de leur personnalité. Durant le XIX<sup>ème</sup> siècle et la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, la diminution de la fécondité, la scolarisation, l'introduction des savoirs et techniques domestiques vont engendrer une transformation radicale des rapports parents-enfants et faire advenir le modèle nucléaire de la famille, avec la division des rôles parentaux, masculin et féminin. Au milieu des années 60, on assiste à un clivage entre les modèles éducatifs des différents milieux sociaux, avec d'un côté, dans les milieux populaires, le maintien d'un modèle traditionnel fondé sur l'autorité, le respect de l'adulte et la division des rôles des sexes, et de l'autre, dans les couches moyennes diplômées, la promotion de rapports égalitaires dans le couple et un style éducatif prônant l'autonomie de l'enfant, le dialogue, la négociation, la révélation de son potentiel. Une nouvelle conduite parentale moderne voit le jour, basée sur une qualité relationnelle, un regard positif, une exploration des aptitudes de l'enfant dans une grande diversité d'expériences, une ouverture sur le monde extérieur et les autres, la négociation avec l'enfant, dans le respect de son individualité et des ses aspirations.

Ces modifications de modes de parentalité ont donné à l'enfant une place nouvelle au sein de sa famille, mais aussi dans la société. Longtemps objet d'intervention, il est de plus en plus reconnu comme acteur, sujet de son existence. Il est aujourd'hui considéré comme un individu à part entière possédant des capacités réelles du point de vue tant cognitif, que social et affectif (53). Il lui est désormais possible d'établir une relation personnalisée avec l'ensemble des personnes qu'il côtoie, notamment avec le médecin. Cette possibilité de construction relationnelle a modifié son attitude en consultation : il est à présent davantage au cœur, et acteur de « sa » consultation. N'ayant plus le même rôle, la même place, la même possibilité relationnelle au sein de la consultation médicale, l'enfant ne porte également plus le même regard qu'auparavant sur le médecin.

#### *5.2.3.2. Une évolution des caractéristiques et des pratiques des médecins*

L'enfant, individu à part entière, peut à présent construire une relation personnalisée avec le médecin. Cette individualisation et personnalisation de la relation entre l'enfant et son médecin est d'autant plus facilitée que le docteur n'est plus, comme nous l'avons vu précédemment, le personnage inaccessible d'autrefois.

La démographie médicale a fortement évolué ces dernières décennies. La population des médecins généralistes se féminise à grands pas : la part des femmes a progressé de 29 points en 30 ans, les femmes médecins généralistes représentent actuellement 41,8% de la profession (contre 13% en 1980) (2,30). Une enquête menée par la DREES (Direction de la recherche,

des études, de l'évaluation et des statistiques) sur les consultations des médecins généralistes libéraux montre que ce sont majoritairement les jeunes femmes médecins qui suivent les enfants (1). En 2002, 61% des femmes médecins généralistes accordent plus de 10% de leur activité aux enfants, contre 41% des hommes ; parallèlement, 52% des médecins de moins de 50 ans consacrent plus de 10% de leur activité aux enfants, contre 34% chez les plus de 50 ans. Ainsi, les jeunes médecins, et particulièrement les femmes, semblent davantage engagés dans la prise en charge des enfants (1). Caricaturalement, les enfants sont moins suivis par un « vieux médecin », comme il y a quelques années, mais plutôt par une femme jeune. L'enfant entre-t-il en communication et crée-t-il une relation personnalisée avec le médecin d'autant plus facilement qu'il s'agit d'un médecin jeune et de sexe féminin ?

Cette réflexion mise à part, quelque soit le genre et l'âge du médecin, celui-ci paraît aujourd'hui comme un personnage accueillant, sympathique et désireux de communiquer directement avec les petits patients. Le médecin devient accessible, les enfants ne le craignent plus. Ces nouvelles caractéristiques permettent aux jeunes patients de communiquer plus facilement et sans crainte, et donc d'établir une relation personnalisée avec lui.

#### **5.2.4. Différences entre garçons et filles**

Au sein des tendances collectives dégagées jusqu'ici, deux groupes peuvent être clairement identifiés de part leur contenu significatif commun : d'un côté les dessins réalisés par les garçons, de l'autre ceux réalisés par les filles.

##### **5.2.4.1. La nudité de l'enfant**

Une différence marquante relevée sur les dessins est le grand nombre de garçons à s'être représentés dénudés par rapport aux filles (65% versus 20%). Tous les dessins où les garçons se sont dessinés en partie ou totalement nus, dégagent une certaine angoisse.

#### **La curiosité sexuelle**

A partir de 5 ans, les enfants montrent une grande curiosité pour la sexualité. L'enfant a compris qu'il est un garçon ou une fille et il s'intéresse aux différences d'organes sexuels. Ils explorent leur corps et apprécient les sensations que leur procure cette découverte (21,22,50,56,57). Ils veulent en savoir plus, voir plus, toucher plus. Afin d'assouvir leur curiosité sexuelle, les enfants vont pratiquer des jeux leur permettant d'observer, de toucher

l'objet de curiosité. C'est ainsi que les enfants vont jouer « au papa et à la maman », « au docteur ». Ces jeux sexuels d'exploration font partie de la découverte des organes génitaux et du développement psychosexuel de l'enfant. Ils répondent à leur curiosité et leur permettent de se conforter dans leur identité sexuelle (22,58). Les enfants ont ainsi bien conscience que le médecin a accès à leur corps, qu'il peut voir, toucher, palper. C'est bien ce pouvoir du médecin que les enfants recherchent lorsqu'ils jouent au docteur (15). C'est comme si l'impudeur médicale autorisait l'impudeur du jeu (50). Les enfants perçoivent-ils, alors, le médecin comme un voyeur ?

Certaines études semblent montrer que les jeunes garçons auraient une fréquence un peu plus élevée de comportements sexuels que les filles (59–64). Ils seraient plus actifs dans les activités sexuelles d'exploration, aussi bien sur eux-mêmes qu'avec d'autres enfants (61,64).

D'autre part, la découverte sexuelle chez les garçons peut être davantage source d'angoisse quand ils prennent conscience de l'autonomie de leur sexe. Ayant des érections qu'ils ne comprennent pas, les garçons s'imaginent que leur sexe est une partie de leur corps qu'ils ne contrôlent pas, et ils craignent parfois de le perdre (53,56).

La plus grande curiosité sexuelle des garçons, et l'angoisse que génère la découverte de la sexualité chez eux sont des éléments pouvant peut-être expliquer la part plus importante de garçons se représentant dénudés sur les dessins.

### **L'examen génital pédiatrique**

Lors des consultations pour un examen systématique chez les enfants, le médecin peut être amené à vérifier les organes génitaux des petits patients. Les différences morphologiques entre l'appareil génital masculin, extériorisé, et l'appareil génital féminin, intériorisé et entièrement secret (58), font que l'appareil génital du petit garçon est davantage examiné que celui de la petite fille. Le fait que l'examen génital soit plus « marquant » chez le garçon, car plus intrusif, peut expliquer la proportion plus importante de garçons à s'être dessinés en partie ou totalement dénudés. Beaucoup de garçons se rappellent s'être fait examiner, palper les testicules lors d'une visite chez le médecin (constatation faite lors d'une enquête personnelle auprès de la gent masculine). Cet examen peut être vécu violemment s'il est mal amené ou mal mené. Le petit garçon peut se sentir blessé, par agression de son enveloppe corporelle, par effraction de son intimité naissante. Chez la petite fille, l'examen de l'appareil génital est en général moins intrusif, au sens où il fait intervenir les yeux du docteur, mais rarement ses mains.

Un certain nombre d'enfants n'ont pas représenté les mains du docteur sur leur dessin. Comme nous l'avons déjà évoqué, les mains peuvent symboliser pour l'enfant un outil intrusif, agressant lors de l'examen clinique, notamment lors de l'examen génital.



Afin d'éviter au maximum des souvenirs douloureux ou traumatisants chez les enfants, et notamment chez les petits garçons, l'examen génital pédiatrique exige des normes déontologiques qui devraient devenir une pratique systématique dans le cabinet du médecin. Le respect envers l'enfant, la sensibilité face aux besoins de l'enfant, et de la patience pour exécuter l'examen revêtent une importance particulière.

La société canadienne de pédiatrie a émis en 1998 des recommandations concernant l'examen génital chez l'enfant (65), dont voici les grands principes : éviter toutes les remarques à connotations sexuelles pendant l'entrevue ou l'examen, n'effectuer l'examen physique des parties génitales que s'il le faut, en ayant expliqué au préalable à l'enfant (et aux parents) les raisons et les modalités de l'examen, et en ayant reçu son « consentement », reporter l'examen si l'enfant refuse, effectuer l'examen à la toute fin de l'examen physique, en procédant lentement et avec attention afin de réduire au minimum la gêne et la douleur.

### **L'angoisse de castration**

Les enfants de notre étude, âgés de 6 à 9 ans, se situent dans ce qu'on appelle la période de latence, notion introduite pour la première fois par S. Freud en 1905, dans *Trois essais sur la théorie sexuelle* (66). Elle commence autour de l'âge de 5 ans et se termine avec le début de la puberté.

Lors de la phase phallique, phase précédant la période de latence, les enfants vont vivre ce qu'on appelle le complexe d'Œdipe. Le petit garçon est « amoureux » de sa mère, la première femme de sa vie. Il voudrait être l'unique objet de son intérêt et de son amour. Le père devient un rival, mais aussi un modèle à imiter. Le jeune garçon veut remplacer son père et devenir le partenaire élu de sa mère. Tous ces affects envers le père se croisent et se combinent en un mélange de tendresse pour l'idéal, d'animosité pour l'intrus, et d'envie de posséder les attributs de l'homme (26,67-70).

Parallèlement, le petit garçon découvre la différence anatomique des sexes : les filles semblent dépourvues de pénis. Ce « manque » chez la fille l'angoisse, et il admet difficilement que sa mère n'ait pas de pénis (68-73). Cette absence est comprise comme une mutilation. Le petit garçon pense que le père a enlevé le pénis de sa mère et que son père va le castrer pour le désir qu'il éprouve pour sa mère. C'est « l'angoisse de castration » (21,53,58,68-70,72). Le garçon doit alors décider entre préserver son corps de la menace de la castration, c'est-à-dire préserver le pénis, ou bien conserver l'objet de sa pulsion, c'est-à-dire la mère. L'issue consiste à se soumettre à la loi universelle de l'interdit de l'inceste et donc à renoncer à sa mère et sauver l'intégrité de sa personne. C'est le déclin œdipien.

Après cette phase phallique, l'enfant entre dans la période de latence. Nombre de psychanalystes, successeurs de S. Freud, font de cette période, un moment de l'enfance radicalement exempt de sexualité (74), par opposition à la phase phallique qui la précède. Pourtant, Freud lui-même soutient que pendant la période de latence, l'excitation sexuelle est toujours bien présente, mais que l'énergie qu'elle crée est utilisée vers des buts non pas sexuels mais des buts socialement valorisés. C'est ce que Freud appelle la sublimation. Pour lui, la période de latence traduit la contradiction entre la sexualité infantile, libre et perverse, et les exigences de la civilisation, qui n'ont cessé de la limiter pour permettre l'adaptation sociale (74). Aux États-Unis, à partir du milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, Augusta Alpert, puis Berta Bornstein, Charles Sarnoff continuent sur la lancée de Freud et mettent à mal une des idées qui forme le cœur de l'idéal de la latence, celle de la déssexualisation censée intervenir à cet âge. Freud et ces auteurs pensent que la réalisation sexuelle rendue impossible dans la réalité par le renoncement œdipien, prend la voie détournée de la fantasmatisation, celle-ci devenant à la période de latence un mode privilégié de satisfaction (74,75).

La spécificité de la latence chez le garçon s'articule autour de la gestion de l'agressivité. La rivalité et l'agressivité du père ont été des composantes majeures de son vécu œdipien. Bien que refoulées et sublimées, ses pulsions agressives, accompagnées du fantasme de victoire sur le rival, dominant la latence (74,75). Il n'est donc pas rare que les fantasmes des enfants à cette période traduisent parfois l'angoisse de castration ainsi que des sentiments inconscients de culpabilité. Les angoisses et les images que provoque la maladie peuvent renvoyer à la punition, à la castration. Les gestes techniques, intrusifs, peuvent être ressentis comme une mutilation, une punition de leurs tendances agressives, de leur jalousie œdipienne et narcissique (76).

Ainsi, le refoulement et la répression n'empêchent pas que les effets du « choix d'objet » de l'enfant continuent à être actifs durant la période dite de latence, et derrière la tendresse et les affects désérotisés se cacheront toujours les vieux fantasmes de la sexualité infantile (68).

Certains dessins semblent faire apparaître des traces de ces craintes inconscientes vécues par le jeune garçon. Comme nous l'avons vu précédemment, un certain nombre de dessins mettent en scène un médecin dépourvu de mains. Françoise Dolto, mais également d'autres auteurs comme Roseline Davido (29,71,77), considèrent que l'absence de main dans la représentation d'un personnage adulte sur le dessin d'un enfant peut traduire un conflit, une intrusion sexuelle, une angoisse de castration.

D'autres dessins du recueil (cf dessins d'Antoine, d'Arnaud, de Maxime, de Théo) peuvent témoigner d'une certaine représentation fantasmatique du médecin et associer ce personnage, de façon inconsciente, à un père imaginaire castrateur, capable de priver l'enfant du phallus. A noter que tous les dessins énumérés ci-dessus, mettent en scène un médecin homme.

Ainsi, l'observation de quelques dessins laisse supposer que certaines rencontres avec le médecin sont sous-tendues par la crainte de castration chez le garçon (76). Les études d'Israël

L. et G., de Guasch G.-P et Carengo M.-F., et d'Andrieu C., retrouvaient également dans des dessins des scènes évoquant cette angoisse chez l'enfant (15,16,19).

#### 5.2.4.2. L'image du médecin et le vécu de la situation

Comme nous l'avons vu précédemment, l'une des caractéristiques majeure qui apparaît dans le recueil des dessins de l'étude est que le médecin est perçu par la plupart des enfants comme un personnage accueillant et sympathique. Toutes les filles, excepté une, ont mis en avant cet aspect du médecin dans leur dessin, ce qui n'est pas le cas chez tous les garçons.

Une autre différence importante à noter entre garçons et filles concerne le vécu de la consultation. Il semble que les sentiments générés à l'évocation de la situation ne soient pas les mêmes en fonction du sexe de l'enfant. Pour une très grande majorité de garçons, la situation est angoissante. Aucun garçon ne semble se sentir totalement en sécurité. Au contraire, pour un certain nombre de filles, la consultation ne génère aucune angoisse ; une partie d'entre elles semble même complètement à l'aise et en sécurité.

Comment peut-on expliquer ces différences ?

Certains garçons ont représenté un médecin puissant, doté d'une certaine supériorité (cf dessins d'Alan, d'Anthony, d'Antoine, de Corentin, de Matias, de Maxime). Des sentiments de crainte (cf dessins d'Anthony, d'Arnaud, de Maxime), parfois d'admiration peuvent être ressentis (cf dessins d'Alec, de Corentin). Ces sentiments, que peuvent éprouver les petits garçons à l'égard du médecin, sont à l'origine d'une relation ambivalente pouvant s'apparenter à la relation père-fils au moment de la phase œdipienne (concept psychanalytique expliqué précédemment). Le petit garçon a une grande admiration pour son père, symbole de puissance et autorité. C'est un modèle pour lui. Il rêve de s'approprier sa puissance et ses aptitudes. Il souhaite lui ressembler, voire le dépasser. Une certaine rivalité voit le jour (70,78). Certains jeunes patients garçons semblent associer l'image du médecin à celle d'un « père », un rival, que l'on craint et admire. Cette crainte du père provient de l'angoisse de castration (notion abordée précédemment). Certaines rencontres avec le médecin semblent sous-tendues par cette crainte, cette menace de castration.

Les choses se passent différemment chez la petite fille. Au contraire du petit garçon, le complexe de castration constitue une sorte de point de départ au complexe d'Œdipe féminin. Comme le garçon, la petite fille désire initialement posséder sa mère et être tout pour elle. Autour de 3 ans, elle découvre que le petit garçon a un pénis, alors qu'elle n'en possède pas. Le constat de ce manque est inquiétant et engendre l'envie du pénis (58,68–70), pénis en tant que représentant du phallus, symbole de puissance (50). La fillette s'imagine inachevée et envie le pouvoir attribué à l'organe pénien. Elle en veut à sa génitrice de l'avoir faite sans pénis. Ainsi prend fin la grande idylle avec sa mère. La fillette va alors se tourner vers son

père, l'envie du pénis est remplacée par le désir d'avoir un enfant du père (26,58). Elle espère être désirée par lui. Pour la première fois elle adopte une position féminine (78). Ainsi, cette défaveur d'absence de phallus chez la petite fille va développer les potentialités du désir féminin. Ne pas avoir de pénis deviendra synonyme d'avoir des seins, de pouvoir devenir maman (72). La petite fille entre donc dans la vie génitale dans le but de séduire quelqu'un qui la rende mère. Son désir c'est de plaire (74). « Les filles ont découvert que leur pouvoir de séduction tient à leur acceptation de ne pas avoir de pénis et à leur désir qu'un autre le leur donne : non pas pour avoir le pénis, mais pour être maîtresse de qui l'a et peut ainsi les satisfaire », F. Dolto (71) . La fillette, face à son « incomplétude » et dans le but de conquérir son père, contre-investit défensivement son enveloppe corporelle. C'est un investissement narcissique, phallique du corps (74). Certains dessins du recueil illustrent bien ce désir de séduction des filles au cours de cette période. Quasiment toutes les filles ont représenté un médecin accueillant et sympathique. Elles peuvent être tout à fait à l'aise avec le médecin (cf dessin d'Alyssia, de Maëlys, de Romane), et souhaitent plaire (cf dessins d'Alice, d'Enora). Elles sont en règle générale moins passives que les garçons, plus « actrices ». On relève davantage de marques de relation entre le médecin et l'enfant sur les dessins des filles. Il y a également plus de marques d'affectivité.

La dimension du spéculaire joue un rôle essentiel pour les fillettes de la période de latence, d'où leur goût pour s'habiller, se coiffer. La poupée Barbie, avec ses nombreux vêtements, évoque bien cette représentation de l'image corporelle phallicisée, idéale, objet de soins et de multiples parures. Les filles ont une admiration pour les femmes adultes. On remarque d'ailleurs, qu'en règle générale, lorsqu'une fillette est suivie par un médecin femme, de nombreux attributs féminins sont mis en évidence sur le dessin pour représenter le docteur (cf dessins d'Emilie, de Marion, de Solène, de Violette), ce qui est moins observable dans les dessins des garçons.

Ainsi, l'histoire œdipienne est suffisamment différente chez les garçons et chez les filles pour que les modalités d'inscription dans la période de latence prennent une couleur particulière selon le sexe. Pour le garçon, bien que le déclin œdipien ait entraîné à sa suite le refoulement des vœux parricides, l'agressivité et la rivalité restent pour lui centrales, l'angoisse de castration étant toujours présente dans l'inconscient de l'enfant, et s'exprimant par la fantasmatisation. Pour la fille, le complexe de castration liée à l'absence de pénis va se trouver combattu par l'investissement narcissique phallique de l'enveloppe corporelle. Pour elle, la promesse œdipienne va très largement s'étayer sur l'indentification à la mère, et sur la conviction d'avoir elle aussi des enfants plus tard. L'investissement de l'image du corps, articulé à la séduction, devient chez elle un moyen privilégié de réponse face à la perte (74).

Il est important que le médecin puisse prendre en compte ces différences entre les attitudes des garçons et des filles.

## **6. Conclusion**

L'objectif de ce travail était de comprendre quelle perception et quelle image les enfants ont de leur médecin généraliste. Comme nous le pressentions, celles-ci ont considérablement évolué depuis ces dernières décennies. L'évolution du mode de parentalité, les modifications sociétales, associées aux nouvelles caractéristiques et pratiques des médecins peuvent sans doute expliquer ces évolutions.

Le médecin, autrefois perçu comme un personnage puissant, inspirant crainte et admiration, a été décrit par la plupart des enfants de l'enquête, comme accueillant, sympathique et accessible. Les dessins témoignent de la possibilité de construire une relation individuelle et personnalisée avec leur médecin. En revanche, la consultation médicale a suscité des sentiments différents selon les enfants. Pour la majeure partie des garçons et un grand nombre de filles, elle pouvait être source d'angoisse, en particulier lors de l'examen clinique et de certains gestes techniques. Pour quelques garçons, l'angoisse semblait extrême ; à l'opposé, tout un groupe de filles paraissaient complètement à l'aise et en sécurité lors des consultations chez le médecin. Dans ces quelques dessins atypiques, on peut percevoir une certaine représentation fantasmatique du médecin, à coloration œdipienne. Ceci peut expliquer les différences constatées entre les dessins des filles et ceux des garçons. Les pulsions sexuelles infantiles, refoulées et sublimées lors de la période de latence, semblent, pour quelques enfants de l'étude, venir s'exprimer lors des rencontres avec le médecin.

Comprendre comment les enfants perçoivent le médecin et comment ils vivent une consultation médicale peut peut-être permettre une approche plus juste de la consultation pédiatrique. Saisir l'origine de leurs peurs, de leurs angoisses, semble essentiel si l'on souhaite apaiser celles-ci. Un médecin qui se met à hauteur d'enfant, c'est-à-dire qui prend le temps de réfléchir sur leurs perceptions des choses et des êtres qui les entourent, optimise les chances de construire une relation authentique et de qualité avec eux.

Le dessin d'enfant, outil de travail pour cette étude, s'est révélé être une mine d'or pour explorer la psyché de l'enfant. Non seulement l'enfant exprime certaines pensées ou certains sentiments, mais c'est une image totale de lui-même qu'il projette sur le dessin. Ce travail nous a ainsi permis de prendre conscience de l'intérêt des dessins d'enfant, dans les limites d'une formation minimale. En consultation, le dessin peut s'avérer être un outil précieux lorsque les jeunes patients ont des difficultés à exprimer ce qu'ils ressentent, notamment leurs craintes, leurs angoisses. Dire à un enfant « fais moi un dessin » c'est lui dire « ouvre moi ton cœur ». Or, peu de médecins semblent en faire usage. Est-ce le manque de temps lors des

consultations, ou le manque de formation dans l'observation des dessins d'enfant qui expliquent cette non utilisation ? L'exploitation de cet univers privilégié de l'enfant, univers complexe et passionnant, peut s'avérer être extrêmement intéressante et informative pour les médecins généralistes désireux de pénétrer la psychologie enfantine. Aussi, il pourrait être intéressant de proposer aux étudiants en médecine, au cours de leur cursus universitaire, une formation leur permettant de découvrir toutes les richesses et les modalités d'utilisation du dessin d'enfant en consultation.

## Annexe

### Questionnaire aux parents

- Prénom et nom de votre enfant (*ces informations permettront de faire le lien avec le dessin que votre enfant a réalisé à l'école*)
- Date de naissance
- Classe
- Votre enfant est-il suivi par un médecin généraliste ou un pédiatre ?
  - médecin généraliste - pédiatre
- Si votre enfant est suivi par un médecin généraliste, est-ce le même que le votre ?
- Est-ce le même médecin qui suit votre enfant depuis tout petit ?
- S'agit-il d'un homme ou d'une femme ? - homme -femme
- Votre enfant voit-il souvent son médecin ?
  - rarement (moins d'une fois par an)
  - peu souvent (1 à 2 fois par an)
  - souvent (3 à 6 fois par an)
  - très souvent (plus de 6 fois par an)
- Qui l'emmène le plus souvent chez le médecin ?
  - sa mère
  - son père
  - variable
  - autre
- Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes de santé ? (ex : angines, otites à répétition, asthme, opérations chirurgicales...)
- Votre enfant suit-il un traitement régulier ? Si oui, lequel ?
- A-t-il été déjà hospitalisé ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? Combien de temps ? A quel âge ?
- Y a-t-il eu une maladie grave récemment dans la famille ?

## **Bibliographie**

1. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury L. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. DREES, Etudes et résultats. août 2007;(588):1-8.
2. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2011 [Internet]. Drees. 2011 [cité 18 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat157-2.pdf>
3. Cau D. La crise de la pédiatrie. Médecine & Enfance. avr 2002;195-199.
4. Les analyses de la FAPEO. L'évolution de la place de l'enfant dans la société [Internet]. 2008 [cité 19 févr 2013]. Disponible sur: [http://www.fapeo.be/wp-content/analyses/archives/Place\\_enfant\\_societe.pdf](http://www.fapeo.be/wp-content/analyses/archives/Place_enfant_societe.pdf)
5. Brazelton TB. L'enfant et son médecin. Paris, France: Payot; 1993.
6. Cook J, Dommergues J-P. L'enfant malade et le monde médical : dialogue entre familles et soignants. Paris, France: Syros; 1993.
7. Naouri A. Les filles et leurs mères. Odile Jacob; 2000.
8. Pouchain D, et al. Médecine générale concepts et pratiques. Éditions Masson; 1996.
9. Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. Doctor-parent-child relationships : a « pas de trois ». Patient Education and Counseling. 2002;48(1):5-14.
10. Fantino B, Wainsten J-P, Bungener M. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. Santé Publique. 2007;19:241-252.
11. Un, deux, trois, un de trop?, tiré de L'enfant, son soignant et la maladie, Actes du XXIVème Congrès National Balint, Tours. Éditions Société Médicale Balint, Paris; 1993.
12. Griot E. Les consultations d'enfants en médecine générale. La revue du praticien - Médecine générale. mai 1998;12(421):24-31.
13. Lemrani Alaoui-Allam A. Représentation du médecin et éducation à la santé dans les albums illustrés pour enfants : intérêt en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université René Descartes (Paris). Faculté de médecine Necker enfants malades; 2005.



14. Oréal E. Image du médecin généraliste dans la littérature jeunesse de 1945 à 2008 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2010.
15. Israël L, Israël G. Le jeu du docteur et la relation malade-médecin. *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*. oct 1961;(9-10).
16. Guasch G-P, Carezzo M-F. La relation avec le médecin, et sa représentation dans le dessin d'enfant. *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*. sept 1967;
17. Benhamou J. La perception du médecin par l'enfant [Thèse d'exercice]. [France]: Université René Descartes (Paris). Faculté de médecine Necker enfants malades; 1974.
18. Roullier B. Dessine ton pédiatre. *Médecine & Enfance*. déc 1998;3-9.
19. Andrieu C. La représentation de la relation entre le médecin généraliste et l'enfant à travers le dessin enfantin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2005.
20. ONU. Convention internationale des droits de l'enfant.
21. Freud S. Introduction à la psychanalyse. Payot; 2004.
22. Brazelton TB, Sparrow JD. Points forts. Tome 2, de 3 à 6 ans : le développement émotionnel et comportemental de votre enfant. Paris, France: Librairie générale française; 2008.
23. Schack J, Lurçat L. Comprendre les dessins d'enfants. Marabout; 2000.
24. Widlöcher D. L'interprétation des dessins d'enfants. Liège, Belgique: P. Mardaga; 2002.
25. Nguyễn K-C. La personnalité et l'épreuve de dessins multiples : maison, arbre, deux personnes. Paris, France: Presses Universitaires de France; 1989.
26. Lefebure F. Le dessin de l'enfant : le langage sans parole. Paris ; Torino ; Budapest, France: L'Harmattan; 1994.
27. Royer J. Que nous disent les dessins d'enfants ? Revigny-sur-Ornain : Hommes et perspectives, France: les Éd. du journal des psychologues; 2005.
28. Cognet G. Comprendre et interpréter les dessins d'enfants. Dunod; 2011.
29. Davido R. La découverte de votre enfant par le dessin. Archipel; 2012.

30. Fauvet L. Les médecins au 1er janvier 2012 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Drees. 2012 [cité 19 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2012,10840.html>
31. Bourrillon A. Nos enfants sont-ils bien soignés? Les éléments clés de la consultation pédiatrique. Paris: Masson; 2002.
32. Wiener S, Durand de Bousingen R. L'enfant malade et son médecin - Considérations sur le dessin chez l'enfant malade et son utilisation en pédiatrie. *Revue Strasbourg médical*. 1969;20:689-708.
33. Du Puy-Montbrun T. Paternalisme, autonomie et respect de la personne: un dilemme? *Le courrier de colo-proctologie (II)*. mars 2001;(1):31-32.
34. Elger B, Anderes C. Le paternalisme médical : mythe ou réalité ? Aspects philosophiques et empiriques d'un phénomène persistant. *Médecine & Hygiène*; 2010.
35. Rameix S. Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients?, extrait de *Justice et Psychiatrie: normes, responsabilité, éthique* [Internet]. Toulouse: Erès; 2000 [cité 19 févr 2013]. Disponible sur: [http://www.serpsy.org/actualites/Suzanne\\_Rameix.html](http://www.serpsy.org/actualites/Suzanne_Rameix.html)
36. Vandermeulen L. La relation médecin-enfant: perception et point de vue de l'enfant. 2003.
37. Équipement | Observatoire du numérique [Internet]. [cité 14 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.observatoire-du-numerique.fr/usages-2/grand-public/equipement>
38. Remoiville M. Informatisation des médecins généraliste: qu'en pensent les patients? Enquête auprès de 150 patientes au sein de trois cabinets médicaux informatisés [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2011.
39. Bellifa F. L'informatique au cabinet du médecin généraliste : étude des conséquences sur la relation médecin-malade à partir d'une enquête auprès des patients [Thèse d'exercice]. Université de Reims; 1997.
40. Mitchell E. A descriptive feast but an evaluative famine: systematic review of published articles on primary care computing during 1980-97. *BMJ*. 3 févr 2001;322(7281):279-282.
41. Frankel R, Altschuler A, George S, Kinsman J, Jimison H, Robertson NR, et al. Effects of Exam-Room Computing on Clinician-Patient Communication. *J Gen Intern Med*. août 2005;20(8):677-682.

42. Canévet J-P, Erbacher N, Senand R. Comportements des jeunes enfants en consultation de médecin générale. *Exercer*. 2009;20(89):139-142.
43. Artis A-S. Accueil de l'enfant en médecine générale : la relation médecin-enfant malade, à propos d'une enquête réalisée auprès de 128 médecins généralistes lorrains [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2004.
44. Chapnik N. Représentation du médecin de Santé Scolaire chez l'enfant de cours moyen 2<sup>e</sup> année. Réalisation d'une enquête dans le Val-de-Marne [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine Saint-Antoine, Paris; 1984.
45. Raimbault G. Médecins d'enfants. Onze pédiatres, une psychanalyste. Editions du Seuil. 1973.
46. Prudhomme M. La pudeur chez l'enfant. *Métiers de la petite enfance*. mai 2009;15(150):17-18.
47. L'importance de la pudeur dans le développement des enfants [Internet]. [cité 18 mars 2013]. Disponible sur: [http://www.chu-sainte-justine.org/cliniques/page.aspx?Id\\_Page=10008091&item=97600](http://www.chu-sainte-justine.org/cliniques/page.aspx?Id_Page=10008091&item=97600)
48. Brunet C, Sarfati A-C. *Petits Tracas et Gros Soucis de 8 à 12 ans : Quoi dire, quoi faire ?* Albin Michel; 2004.
49. Gill D, O'Brien N. *L'examen clinique pédiatrique rendu facile*. Maloine. Paris; 2004.
50. Rufo M. *Tout ce que vous ne devriez jamais savoir sur la sexualité de vos enfants*. Anne Carrière; 2003.
51. Engel J. *Examen pédiatrique*. Berti Éditions. Paris; 1999.
52. Dajean-Trutaud S, Fraysse C, Guihard J. Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire. Elsevier. *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris; 1998. p. 1-4.
53. Dolto F. *La cause des enfants*. Pocket; 2007.
54. Dolto F, Lévy DM. *Parler juste aux enfants*. Mercure de France; 2002.
55. Ariès P. *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Seuil; 1975.
56. Clerget S. *Nos enfants aussi ont un sexe*. Pocket; 2003.

57. Naouri A. Eduquer ses enfants : L'urgence aujourd'hui. Odile Jacob; 2008.
58. Ajuriaguerra J de. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Masson; 1974.
59. Friedrich WN, Fisher JL, Dittner CA, Acton R, Berliner L, Butler J, et al. Child Sexual Behavior Inventory: Normative, Psychiatric, and Sexual Abuse Comparisons. *Child Maltreat.* 2 janv 2001;6(1):37-49.
60. Kaeser F, DiSalvio C, Moglia R. Sexual behaviors of young children that occur in schools. *Journal of sex education and therapy.* 2000;25(4).
61. Larsson I, Svedin CG. Teachers' and parents' reports on 3- to 6-year-old children's sexual behavior--a comparison. *Child Abuse Negl.* mars 2002;26(3):247-266.
62. Heino F. L. Meyer-Bahlburg Dr. rer. nat CDP. The Association of Sexual Behavior with Externalizing Behaviors in a Community Sample of Prepubertal Children. *Journal of Psychology and Human Sexuality.* 2000;12:61-79.
63. Clements G. Les comportements sexuels des enfants de 2 à 12 ans victimes d'agression sexuelle ou non: Comparaison de la nature et de la fréquence des comportements selon l'âge et le sexe. Université de Sherbrooke (Canada); 2009.
64. Langis P, Germain B. La Sexualité Humaine. De Boeck Supérieur; 2009.
65. Baxter C, et al. Approche déontologique de l'examen génital de l'enfant. *Paediatrics and Child Health.* 1998;4(1).
66. Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Gallimard; 1989.
67. Rufo M. Oedipe toi-même ! : Consultations d'un pédopsychiatre. Le Livre de Poche; 2002.
68. Widlöcher D, Laplanche J, Fonagy P. Sexualité infantile et attachement. Paris: Presses universitaires de France; 2000.
69. Roiphe H, Galenson E. La naissance de l'identité sexuelle. Presses Universitaires de France - PUF; 1987.
70. Nasio J-D. Le plaisir de lire freud. Payot; 2001.
71. Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil; 1992.
72. Ledoux M. Introduction à l'oeuvre de Françoise Dolto. Payot; 1995.

73. Tribolet S. Freud, Lacan, Dolto enfin expliqués. L'esprit du temps. 2008.
74. Arbisio C. L'enfant de la période de latence. Dunod; 2004.
75. Lugassy F. Les équilibres pulsionnels de la période de latence. L'Harmattan; 1999.
76. Bouras M. L'enfant et sa maladie Relation de l'enfant avec sa maladie. Recherche psychanalytique. Revue neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. oct 1981;10:531-536.
77. Morin C. A.L.I. : Champs spécialisés / Théorie psychanalytique / Les mains dans l'autoportrait [Internet]. 2005 [cité 22 mars 2013]. Disponible sur: [http://www.freud-lacan.com/Champs\\_specialises/Theorie\\_psychanalytique/Les\\_mains\\_dans\\_l\\_autoportrait](http://www.freud-lacan.com/Champs_specialises/Theorie_psychanalytique/Les_mains_dans_l_autoportrait)
78. Nasio J-D. L'Oedipe : Le concept le plus crucial de la psychanalyse. Payot; 2005.

**Nom :** Daumas

**Prénom :** Anne-Claire

**Titre de la thèse :**

« Dessine ton docteur »

L'image du médecin dans des dessins d'enfants âgés de 6 à 9 ans

---

## RÉSUMÉ

**Introduction :** Les consultations pédiatriques occupent une place importante dans l'exercice de la médecine générale. Elles sont caractérisées par la complexité liée à la relation tridimensionnelle avec l'enfant et ses parents. Une enquête visant à mieux comprendre quelle image les enfants ont de leur médecin généraliste a été menée, dans la perspective de mieux déchiffrer les caractéristiques de la relation médecin-patient enfant, pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.

**Matériel et Méthode :** Un recueil de dessins d'enfants âgés de 6 à 9 ans ayant reçu la consigne : « Dessine ton docteur », a été réalisé dans des écoles primaires de Loire-Atlantique. Une analyse descriptive en a été faite.

**Résultats :** L'image du médecin semble avoir évolué. Ce personnage est perçu aujourd'hui par la majorité des enfants de l'enquête comme accueillant, sympathique et accessible. Les dessins témoignent de la possibilité de construire une relation individuelle et personnalisée avec le médecin. Mais pour la majorité des enfants de l'étude, la consultation médicale peut être source d'angoisse. Pour quelques garçons, l'angoisse semble extrême ; à l'opposé, un certain nombre de filles paraissent complètement à l'aise et en sécurité.

**Conclusion :** Comprendre comment les enfants perçoivent le médecin et comment ils vivent une consultation médicale peut sans doute aider à construire une relation de qualité avec eux. Par les informations qu'il délivre sur le monde intérieur des jeunes patients, le dessin d'enfant peut être un outil extrêmement intéressant en consultation pour les médecins généralistes désireux de pénétrer la psychologie enfantine.

---

**MOTS CLÉS :** consultation pédiatrique, relation médecin-patient, dessin d'enfant, médecine générale