Soigner l'enfant d'un confrère, une consultation différente ? Entretiens auprès de médecins généralistes et de pédiatres

Aude Arsicaud

▶ **To cite this version:**

Aude Arsicaud. Soigner l'enfant d'un confrère, une consultation différente ? Entretiens auprès de médecins généralistes et de pédiatres. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01257068

HAL Id: dumas-01257068

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01257068

Submitted on 15 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015 N°152

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Soigner l'enfant d'un confrère, une consultation différente ? Entretiens auprès de médecins généralistes et de pédiatres

Présentée et soutenue publiquement

le 6 octobre 2015

Par

Aude ARSICAUD

Née le 28 novembre 1986 à Niort (79)

Dirigée par Mme Le Professeur Frédérique Noël

Jury :

M. Le Professeur Luigi Titomanlio ..... Président

M. Le Professeur Jean-Christophe Mercier ..... Membre

M. Le Professeur Henri Partouche ..... Membre

Mme Le Docteur Isabelle Lavallée ..... Membre

Except where otherwise noted, this work is licensed under
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Luigi TITOMANLIO de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci également pour tout ce que tu m'as appris et tous ces bons moments passés aux urgences.

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe MERCIER d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Merci pour tous vos bons conseils et votre bienveillance pendant mon stage de pédiatrie.

A Monsieur le Professeur Henri PARTOUCHE d'avoir accepté d'être membre de mon jury.

A Madame le Docteur Isabelle LAVALLEE de venir me soutenir pour ce moment important dans ma vie de médecin.

A Madame le Professeur Frédérique NOEL d'avoir dirigée cette thèse. Merci pour tes conseils pertinents et ton implication tout au long de mon travail.

Aux 20 médecins qui ont accepté de participer à cette thèse. Merci pour votre spontanéité et d'avoir pris le temps de me recevoir. Sans vous, cette thèse n'aurait pas eu lieu.

A tous mes co-internes qui m'ont soutenu pendant la construction et la rédaction de cette thèse. Merci à Louise G., Marion, Stéphane, Mehdi, Morgane, Mélanie et Louise B.

A Aline. Merci pour tes relectures.

A mes amis de toujours, Bibi, Mélanie, Laurence, Blandine, Amélie et Thomas. Merci de me soutenir et d'avoir su me changer les idées lorsque j'en avais besoin. Je vous adore !

A Jon, Sara, Romain, Antoine et Céline. Merci d'être là pour moi, merci pour tous les fous rires mais surtout pour votre amitié durable et votre patience lorsque l'écriture de ma thèse ne me permettait pas de vous voir aussi souvent que je l'aurais voulu.

A Pascale et Alain mes beaux-parents, merci de m'avoir accueilli dans votre famille aussi chaleureusement.

A ma mère. Merci pour ton soutien actif pendant ces 11 longues années d'études, pour ton investissement dans cette thèse, merci d'être là tout simplement.

A l'homme de vie, Matthieu. Merci pour ce coaching de tous les jours durant cette année difficile, sans toi cette thèse n'aurait jamais vu le jour. Merci d'avoir su me changer les idées quand j'en avais le plus besoin. Merci pour ton aide précieuse et tes conseils dans l'élaboration de cette thèse. Merci de comprendre aussi bien la vie et le métier que j'ai choisis. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 2
TABLE DES MATIERES 3
1. INTRODUCTION 5
1.1 Etat de la question 6
1.1.1 Le parent, un personnage clé de la consultation pédiatrique 6
1.1.2 Des parents plus anxieux pour la santé de leur enfant 7
1.1.3 L'évolution de la relation médecin patient en médecine générale 7
1.1.4 Thèses 8
1.1.5 En résumé 12
2. MATERIEL ET METHODES 14
2.1 Type d'étude 14
2.2 Sélection des médecins interrogés 14
2.2.1 Echantillon 14
2.2.2 Choix des entretiens semi-dirigés 15
2.2.3 Guide d'entretien 15
2.2.4 Les entretiens 16
2.2.5 La transcription 16
2.2.6 L'analyse des données 16
3. RESULTATS 18
3.1 Le déroulement de l'enquête 18
3.1.1 Caractéristiques des entretiens 18
3.1.2 Caractéristiques de la population interrogée 18
3.1.3 Patientèle de profession médicale des médecins interviewés 19
3.2 Analyse des données recueillies 21
3.2.1 Le savoir du parent médecin 21
3.2.2 Le confrère 39
3.2.3 Etre parent avant médecin 45
3.2.4 L'abstraction du médecin 51
3.2.5 Aides et conseils 53
3.3 Résumé des résultats principaux : 59
3.3.1 Le savoir du médecin parent 59

3.3.2 Le confrère 60
3.3.3 Etre parent avant médecin 60
3.3.4 L'abstraction du médecin 60
3.3.5 Aides et conseils 61
4. DISCUSSION 62
4.1 Forces et faiblesses de l'étude 62
4.1.1 Forces 62
4.1.2 Faiblesses 63
4.2 Discussion des résultats 64
4.2.1 L'offre et la demande 64
4.2.2 Trop ou pas assez 66
4.2.3 Les différences entre les spécialités 68
4.2.4 Refus de suivi 68
4.2.5 La place de l'enfant 69
4.3 Perspectives 69
5. CONCLUSION 70
BIBLIOGRAPHIE : 71
ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN 75
RESUME 77

1.INTRODUCTION

Lorsqu'un enfant naît, la question se pose rapidement, avec l'arrivée des premiers vaccins, de savoir qui va être son médecin. Lorsqu'un médecin devient parent, il est amené à se poser cette même question. Pour ce parent, la question est plus difficile puisque lui-même a la possibilité d'être ce médecin. De nombreux confrères ont déjà adopté cette solution et semblent s'en accommoder. (1)

De plus, légalement, rien ne l'interdit. Selon l'article du Code de la sécurité sociale : L-162-5-3 : lorsqu'un praticien est inscrit au conseil de l'Ordre des Médecins, il peut devenir médecin traitant et ce, quelle que soit sa spécialité, pour qui que soit, pour lui-même et sa famille. (2) (3)

Cependant, certains parents médecins choisissent, pour tout le suivi de leur enfant, ou pour les premières années ou même pour un avis, de confier la santé de leur enfant à un confrère. Il s'agit donc d'un choix. (4)

Or, il est souvent dit que la médecine n'est pas un métier, mais une vocation. Est-ce qu'un médecin peut oublier son savoir et ce qui l'identifie dans la société, être médecin, lorsqu'il prend le rôle de parent ? Est-ce qu'il peut effacer complètement son « côté médecin » parce qu'il est « de l'autre côté du bureau » ?

Est-ce que le fait que le parent soit médecin peut modifier la consultation ?

Est-ce que le parent, même s'il est médecin, se pose les mêmes questions que les autres parents ? Est-ce qu'il consulte pour les mêmes raisons ? Est-ce que son attitude est la même que celle d'un autre parent? Ou bien, est-ce qu'il essaie d'intervenir dans les choix diagnostiques et thérapeutiques du médecin soignant ?

Que dire du médecin qui reçoit cet enfant ? Lui n'a pas choisi de soigner l'enfant de son confrère et donc de l'avoir comme interlocuteur à la place d'un parent « classique ».

Le serment d'Hippocrate que nous prêtons en début d'exercice dit « J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. »(5) Il renforce l'idée que le médecin ne peut pas ignorer que la personne en face de lui, même s'il est parent, est un confrère avant tout.

Est-ce que le fait que le parent de l'enfant qu'il soigne soit médecin change quelque chose dans sa prise en charge, son ressenti ? Est-ce qu'il peut conserver son objectivité lorsqu'un confrère lui confie la santé de l'être qui lui est le plus cher?

Toutes ces inconnues peuvent se résumer en une seule problématique. Quelles sont les particularités de la consultation lorsque le patient est enfant de médecin ?

1.1 Etat de la question

Nous n'avons pas trouvé d'article ou de projet de recherche étudiant directement la consultation d'un enfant de médecin du point de vue du soignant. Il s'agit pourtant d'une situation vécue par bon nombre d'entre nous.

Le seul moyen d'obtenir des informations était indirect.

1.1.1 Le parent, un personnage clé de la consultation pédiatrique

Dans la population générale, dans une consultation où le patient est un enfant, l'interaction médecin-patient sera différente de celle d'une consultation d'adulte. Cette consultation comporte un troisième intervenant : le parent. (6) Certes le patient est l'enfant mais le parent est aussi une personne clé dans la conversation. Il est investi de la responsabilité de son enfant et attend du médecin généraliste qu'il lui apporte une réponse adaptée et personnalisée à ses questions et angoisses. (7)

Traditionnellement, l'avis des enfants n'était pas demandé pendant la consultation. Le discours entre les adultes et l'enfant n'est pas symétrique. Ceci est lié à leur différence de statut sociologique mais aussi à leurs capacités intellectuelles incluant celle à s'exprimer. Depuis plus de 40 ans, se développe une approche centrée sur le patient avec un partage des informations et des prises de décisions. Pourtant, la participation de l'enfant lors de la consultation évolue peu depuis les années 70. Sa contribution lors de la consultation reste autour de 10% selon les différentes études. (8)(9)

La participation de l'enfant à la consultation est liée aux capacités des deux adultes (le médecin et le parent), à l'inclure dans la discussion. Dans la plupart des consultations (72%), parent et médecin n'incitaient pas l'enfant à participer à la conversation et à s'expliquer. (10) Parfois, même avec la sollicitation des deux adultes, l'enfant ne souhaitait pas s'exprimer.

Depuis plusieurs dizaines d'années, le médecin s'adressait de plus en plus à l'enfant au moment de raconter le motif de consultation, de l'examen clinique et de la réassurance. Mais, lorsqu'il s'agissait de donner une information ou de discuter de la conduite à tenir, les médecins s'adressaient aux parents. (11) Dans 54% des cas, quand l'enfant s'adressait au médecin, il était interrompu par le parent qui corrigeait l'enfant. (9) L'avis des parents était souvent très sollicité dans le sens où il apportait des informations utiles au médecin tandis que l'enfant (la plupart du temps âgé de moins de 10 ans) était considéré comme inapte à comprendre les explications médicales. (12)

Nous pouvons constater que le parent est au premier plan dans la consultation pédiatrique et donc se demander si le fait que le parent soit lui-même médecin a une influence.

1.1.2 Des parents plus anxieux pour la santé de leur enfant

Toute maladie, tout symptôme est une source d'angoisse pour les parents et indirectement pour l'enfant et sa famille. Les soignants doivent tenir compte de cette angoisse lors de la consultation. Au fil des années, les parents sont de plus en plus anxieux malgré le fait que les enfants vont de mieux en mieux. Ceci est lié à la place de plus en plus importante de l'enfant dans sa famille et dans la société. Tout doit être fait pour sa réussite, son épanouissement et sa bonne santé. Des écarts à ses valeurs sont inacceptables et intolérables pour les parents. Outre les inquiétudes sur la maladie et ses conséquences sur le bon développement de l'enfant, les gestes invasifs ou douloureux sont des situations angoissantes pour les parents ainsi que le manque d'information. (13)

Parallèlement, les informations médicales diffusées dans de nombreux médias laissent croire que les capacités de la médecine et donc du corps médical sont très larges. Les parents, très exigeants, demandent des moyens techniques complets, des réponses immédiates et surtout une amélioration rapide de l'état de santé de leur enfant. Ceci provoquant une augmentation des consultations aux urgences quand le médecin traitant de l'enfant ne peut pas répondre aux attentes des parents. (13)

Nous pouvons nous demander si le fait d'être médecin influence l'anxiété des parents. Pendant nos études de médecine, nous apprenons à raisonner de manière scientifique et objective. Mais que devient cette objectivité lorsqu'il s'agit de la santé de notre propre enfant ?

1.1.3 L'évolution de la relation médecin patient en médecine générale

Aujourd'hui, le patient n'est plus réduit à l'état d'impuissance et d'ignorance mais il possède une grande marge de manœuvre et profite de chaque opportunité qui lui est offerte pour négocier dans le cabinet médical. Face à cette négociation de la part de son patient, le médecin va adopter une attitude ouverte de négociation, afin d'obtenir une adhésion du patient aux traitement et mesures hygiéno-diététiques tout en gardant une bonne relation. (14) La relation médecin-patient est basée sur la foi et la confiance de la part du patient et l'autorité du médecin. Accorder sa confiance c'est compter sur la stabilité d'un comportement que l'on a apprécié à un moment donné. Si le patient continue à aller chez son médecin, c'est qu'il a confiance en lui, qu'il partage avec lui des points de vue sur la maladie et son traitement, reconnaissant qu'il est incompétent pour juger par lui-même de l'action médicale. (15)

Nous pouvons nous demander si le parent qui lui aussi est médecin, va autant donner sa confiance qu'un autre patient compte tenu de son savoir ou s'il va tenter plus de négociation sur les diagnostics et choix de prise en charge. Tout simplement nous pouvons nous demander si la relation entre le médecin et le parent est différente.

1.1.4 Thèses

Il existe de nombreuses thèses sur la prise en charge de la santé des enfants de médecins, interrogeant les parents.

Il existe également quelques travaux sur les particularités de la consultation lorsque le patient est médecin, du point de vue du soignant. Il est possible qu'il soit différent de soigner un médecin ou son enfant. Néanmoins, ces travaux ont permis de définir des axes de recherche.

1.1.4.1 Thèses sur le sujet : enfants de médecins

Parmi les différentes thèses sur le sujet « être le médecin de ses enfants ou de sa famille », peu abordaient la consultation chez un autre médecin. Pourtant, une insatisfaction lors de la consultation avec un confrère était souvent l'un des motifs de prise en charge par le parent médecin. (16)

En 2008, le Dr Olivier Huré, dans le cadre de sa thèse (4), réalisait une étude intitulée « Etre ou ne pas être le médecin de ses enfants ». Dans cette étude qualitative menée par des entretiens semi-dirigés, il abordait plusieurs aspects de la relation médecin-soignant/parent-médecin dans le cadre de consultations de suivi ou d'hospitalisations.

Tout d'abord, nous apprenons que le choix du médecin traitant se faisait comme pour d'autres parents : proximité géographique, conseil d'un ami ou de la famille, prise en charge leur ressemblant. La disponibilité jouait un rôle important dans ce choix. Il était surprenant de constater un refus de la part de certains médecins généralistes, l'un ayant même dit à la conjointe du médecin, que l'enfant serait mieux soigné par son père. Les médecins interrogés consultaient plus souvent un pédiatre qu'un médecin généraliste, même si cela n'était toujours pas leur premier choix.

Il rapportait une différence de comportement de la part du parent-médecin par rapport aux autres parents non médecins, qui discutaient les prescriptions ou les diagnostics.

Parallèlement, les médecins-soignants pouvaient également avoir un comportement différent : Cela pouvait être en déléguant implicitement une partie de la prise en charge. Par exemple, le médecin-soignant laissait le parent faire la surveillance d'un traumatisme crânien. Cela pouvait également être un excès de confiance. Il se disait que si le parent médecin a emmené son enfant, ce devait être grave ou inhabituel et réalisait plus d'examens complémentaires ou prescrivait plus de médicament. Enfin, plusieurs parents se sont plaints d'un discours trop médical de la part du médecin-soignant alors que ce qui les intéressait était de savoir si leur bébé allait vivre ou mourir, s'il aurait des séquelles.

Ce changement de comportement du fait de la profession du parent a pu amener un des parents médecins à cacher sa profession.

En ce qui concernait la prise en charge, la plupart des parents s'occupaient des pathologies aiguës jugées bénignes, parfois par peur de « déranger pour rien », souvent par facilité. Globalement, le suivi par le médecin soignant s'arrêtait vers l'âge de 5 ans et le parent prenait le relai.

Dans une autre étude qualitative menée avec des entretiens semi-dirigés sur la prise en charge médicale de la famille du médecin généraliste, le Dr Sandrine Boscherel interrogeait 10 médecins et 10 conjoints de médecins (17). Elle expliquait pourquoi certains médecins faisaient suivre leurs enfants par d'autres médecins. Il s'agissait parfois d'une difficulté de gestion de l'anxiété, une peur de mal faire. Cela pouvait être l'aboutissement d'une réflexion concluant à une incapacité à prendre suffisamment de recul, une volonté de ne pas mélanger le rôle de parent et de médecin. Elle décrivait également un refus de réaliser des actes potentiellement douloureux comme les vaccins ou les sutures.

Comme dans la thèse du Dr Olivier Huré, certains parents rapportaient que les spécialistes leur déléguaient des soins qu'ils n'auraient pas délégué à d'autres parents, parce qu'ils étaient parents.

Les parents soignant leurs enfants disaient éviter une surconsommation médicale.

Dans une troisième thèse qualitative menée par focus groupe, le Dr Marie-Emilie Bouquet-Lautie étudiait les déterminants de la prise en charge de ses proches (18).

Les médecins interrogés rapportaient une implication affective dans cette prise en charge. Ils se disaient moins lucides, moins objectifs, plus angoissés et inquiets. Ils éprouvaient plus d'appréhension et de doute sur la prise en charge.

Malgré ces réflexions aboutissant à une prise en charge par un autre médecin, ils disaient réexaminer leurs enfants après le médecin traitant. Parfois même, ils modifiaient la prescription.

Cette étude mettait en évidence la différence entre ce que les médecins pensaient être le mieux en théorie : une prise en charge complète par un autre médecin ; et la réalité : une prise en charge quasi complète par le parent.

Le Dr Aude Jean Lobstein, pour sa thèse, a étudié le suivi médical des enfants de médecins généralistes à l'aide d'un questionnaire. Il s'agissait cette fois d'une étude quantitative (1).

Elle montrait, en comparant deux groupes de médecins, les différences de prise en charge entre ceux se disant médecin traitant de leurs enfants et ceux disant ne pas l'être.

Parmi les médecins interrogés, 69% étaient le médecin traitant de leurs enfants, cependant 98% des médecins avaient déjà soigné leur enfant au moins une fois. Ce qui était surprenant, c'était de voir que finalement, que l'on se dise médecin traitant ou non de ses enfants, la prise en charge différait peu. Les pathologies chroniques étaient suivies par un confrère dans 45% des cas, quel que soit le groupe (médecin traitant de son enfant ou pas). En dehors de ce suivi annuel de pathologie chronique, les non médecins traitants assuraient autant le renouvellement d'ordonnance que les médecins traitants. Cet acte était considéré comme minime et non anxiogène.

Néanmoins, 90% avaient déjà fait appel à un confrère au moins une fois pour une pathologie aiguë. Par exemple, la petite traumatologie était gérée par un confrère. Les arguments évoqués étaient une crainte de l'esthétique et de la douleur. De même, tous consultaient un confrère en cas d'évolution non favorable en 4 jours, lors d'une pathologie aiguë.

Dans le groupe « non médecin traitant », les causes de ce choix étaient similaires à celles retrouvées dans la thèse du Dr Sandrine Boscherel : minimisation des symptômes, manque d'objectivité, peur de diagnostiquer une maladie grave et de ne pas savoir gérer ses émotions.

Dans la thèse du Dr Bérangère Joffre-Berthomme, une autre étude quantitative, nous retrouvions les mêmes résultats (16).

92% des médecins avaient pris en charge leur enfant au moins une fois. Une nouvelle notion évoquée pour cette prise en charge, était l'absence de confiance envers les autres médecins.

1.1.4.2 Thèses sur le sujet : soigner un médecin

Les thèses suivantes étudiaient la relation médecin-patient lorsque le patient est médecin. Il ne s'agit pas exactement de la même relation qu'une consultation où le parent est médecin puisque, ici le médecin est lui-même patient, mais elles peuvent déjà donner des idées sur les comportements particuliers des deux parties.

Le Dr Madeleine Lhote, dans sa thèse de médecine, étudiait cette relation par des entretiens dirigés auprès de 20 médecins (19). Il est à prendre en compte que seulement quatre d'entre eux étaient des médecins généralistes. Il existait une différence nette entre la théorie et la pratique réelle des praticiens.

En théorie, les médecins-soignants étaient nombreux à penser qu'il était nécessaire de soigner un médecin comme n'importe quel autre patient, qu'il fallait oublier qu'il était médecin. Il fallait faire une consultation standard avec interrogatoire, examen clinique, dossier médical et prescription en ayant un regard professionnel et objectif. Il fallait définir d'emblée la relation et pondérer, voire neutraliser, les tentatives du patient d'intervenir dans la prise en charge. Il ne fallait pas oublier que le médecin-patient avait une peur identique à celle d'un patient « classique » face à la maladie.

En pratique, un médecin n'était pas un patient comme les autres. Le patient avait des connaissances et arrivait souvent en consultation avec une idée du diagnostic et de la prise en charge. Ceci pouvait être générateur de stress, notamment par crainte de jugement. En parallèle, du fait des points communs, il y avait une identification à l'autre : le médecin soignait son confrère comme il aurait aimé être soigné lui-même. Il existait souvent une perception de proximité, d'affection. Dire « non » n'était pas facile, mettre des barrières non plus. Les médecins soignants acceptaient des horaires de consultation plus souples, donnaient leur numéro de portable ou leur mail.

Ils éprouvaient des difficultés à « effacer » une attitude de médecin chez leurs patients. Certains rapportaient un retard de prise en charge du fait d'une automédication, d'une multiplication des examens complémentaires avant de consulter. Ils rapportaient également le sentiment que les médecins-patients présentaient une difficulté à faire confiance, à lâcher prise. Les médecins interrogés rapportaient une peur majorée de l'erreur et une attitude jusqu'au boutiste ou au contraire plus souple en tenant compte de l'avis et du ressenti du médecin-patient.

Pour la communication, les connaissances du patient permettaient d'utiliser des termes médicaux et donc, d'avoir un langage précis mais pouvant parfois masquer une partie du problème : les termes techniques éludaient le problème global.

Pour terminer, les médecins interrogés conseillaient d'éviter de soigner ses proches collaborateurs ou leur famille, l'affectif entrant plus facilement en jeu. Ils conseillaient également de ne pas se laisser enfermer dans les attentes du patient, ne pas « consulter entre deux portes », ne pas autoriser l'autoprescription.

Enfin, ils donnaient fréquemment le conseil de partager le vécu notamment dans des groupes de pairs et d'avoir de bonnes connaissances théoriques.

Les mêmes résultats étaient retrouvés dans la thèse du Dr Aurélie Bauguion (20). Elle a également réalisé des entretiens semi-dirigés mais cette fois, uniquement auprès de médecins généralistes.

Elle décrivait également un patient différent des autres. Le lien entre le médecin et son patient était décrit comme plus intense du fait d'une identification plus aisée. Tout comme les médecins soignants dans la précédente thèse, on retrouvait deux comportements

contradictoires chez le médecin-soigné : soit un comportement négligent teinté de déni, soit au contraire une anxiété massive et une peur que leur médecin ne leur dise pas toute la vérité sur leur santé. Elle décrivait également une automédication importante et une difficulté à accepter le rôle de patient. Les différences sur le ressenti de la consultation et sur la prise en charge étaient similaires à la thèse précédente. La durée des consultations était plus importante du fait d'une fréquence moindre.

Les conseils et stratégies pour maîtriser la relation étaient les mêmes que dans la thèse du Dr Madeleine Lhote. Il était ajouté qu'il est important d'être patient soi-même pour mieux se mettre à la place de ses patients.

1.1.5 En résumé

Les thèses sur le sujet « enfant de médecin du point de vue des parents » montrent que les parent médecins se plaçaient en tant que parent avant tout lorsqu'ils choisissaient de ne pas soigner leur enfant. Ils se comportaient donc comme les autres parents quand il s'agissait de trouver le médecin de leur enfant. Ils attendaient du médecin traitant qu'il leur donne des conseils et qu'il ait un discours identique à celui qu'il aurait pour d'autres parents. Mais, contrairement aux autres parents, ils géraient les pathologies aiguës à la maison, consultant principalement lorsqu'ils n'étaient pas satisfaits de l'évolution de la maladie ou pour des gestes jugés douloureux ou techniques. Certains avouaient réexaminer leur enfant après la consultation ou modifier les ordonnances.

Ils rapportaient des médecins qu'ils avaient consultés, un changement d'attitude avec un discours plus médical, une confiance plus élevée, les conduisant parfois à déléguer une surveillance au parent médecin ou à modifier leur prise en charge. Certains médecins avaient refusé de prendre en charge un enfant parce qu'un des parents était médecin.

Les thèses sur le sujet « soigner un médecin » montrent que la consultation est différente de celle d'un patient classique en plusieurs points.

Le patient médecin arrive souvent avec une idée du diagnostic et de la prise en charge et l'exprime à son médecin traitant. L'automédication était plus fréquente et le médecin patient réalisait souvent des examens complémentaires avant de consulter son médecin traitant. Ils pouvaient avoir une difficulté à avoir confiance en leur médecin, à lâcher prise. Ils pouvaient avoir un comportement négligent teinté de déni ou au contraire une anxiété massive accompagnée d'une peur que leur médecin ne leur dise pas toute la vérité sur leur santé.

Le médecin amené à soigner un confrère pouvait également avoir un comportement ou un ressenti différent de celui d'une consultation « classique ». Ils pouvaient se montrer plus disponibles pour leurs confrères, à qui ils s'identifiaient et avouaient un manque d'objectivité. Par crainte de l'erreur, ils pouvaient avoir une attitude jusqu'au boutiste ou au contraire par crainte de conflits, avoir une attitude plus souple, laissant au médecin

soigné, le choix de sa prise en charge. Les consultations étaient plus longues car plus fréquentes.

En conclusion, il reste de nombreuses inconnues sur la consultation d'un enfant de médecin. Quelle est la relation entre ce médecin-soignant et ce parent-médecin ? Est-ce que la prise en charge est différente ? Quels sont le vécu et le ressenti du médecin soignant ?

L'objectif de notre étude est de définir les particularités de la consultation d'un enfant de médecin du point de vue du soignant.

2.MATERIEL ET METHODES

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative observationnelle reposant sur des entretiens semi-dirigés, centrée sur l'expérience des médecins. Nous avons choisi la méthode qualitative car il existe, à ce jour, peu d'informations sur le sujet. La réalisation d'un questionnaire à réponses fermées permettant une étude quantitative était donc délicate. La méthode qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle permet de répondre aux questions « comment ? » et « pourquoi ? » en élaborant des hypothèses par induction. Ces hypothèses sont basées sur l'analyse de données recueillies lors des entretiens. Cette méthode nous paraissait également plus adaptée pour évaluer l'expérience et le ressenti.

2.2 Sélection des médecins interrogés

2.2.1 Echantillon

2.2.1.1 Critères d'inclusion

Tous les médecins généralistes ou pédiatres volontaires exerçant en Ile de France, installés, soignant des enfants de médecins âgés de moins de 15 ans pouvaient participer à l'étude. Nous avons choisi d'interroger uniquement des médecins travaillant en libéral et réalisant des consultations de suivi afin d'être au plus près à la consultation de médecine générale. Les pédiatres sont les spécialistes les plus consultés, pour le suivi des enfants en Ile de France. (21) Dans sa thèse, le Dr Olivier Huré, (4) même s'il s'agit d'une thèse qualitative, indique que les médecins franciliens vont plus souvent consulter un pédiatre qu'un médecin généraliste pour le suivi de leur enfant. Afin d'obtenir une grande richesse d'information grâce à une population variée, nous avons donc inclus toutes les spécialités susceptibles de faire le suivi général d'un enfant : les médecins généralistes et les pédiatres.

2.2.1.2 Critères d'exclusion

Nous avons exclu les médecins non thésés, non installés et retraités. Dans un souci d'impartialité et de confidentialité, les membres du jury étaient également exclus.

2.2.1.3 Mode de recrutement

Nous avons contacté par téléphone des médecins généralistes et pédiatres travaillant dans différents secteurs d'Ile de France. Pour contacter les médecins, nous avons réalisé une recherche par arrondissement dans les Pages Jaunes. Tous les médecins de la liste

ainsi obtenue étaient contactés jusqu'à l'obtention d'une réponse positive. Nous avons renouvelé la démarche pour l'arrondissement et villes suivantes. Après quelques entretiens, nous avons sélectionné les médecins selon le sexe et la spécialité, pour qu'ils soient représentés de façon équitable. Nous leur avons demandé s'ils soignaient des enfants de médecin et si tel était le cas, s'ils souhaitaient participer à l'étude après une brève description. Les médecins ne correspondant pas aux critères étaient mis à contribution en nous indiquant, si possible, les coordonnées de confrères pouvant correspondre à l'étude. Quatre médecins ont été recrutés de cette façon. Un des médecins a été recruté sur conseil d'un autre médecin interrogé. Il est difficile de dire exactement combien de médecins ont été contactés. En général, 10 à 40 appels étaient nécessaires pour obtenir un entretien. Aucun des médecins interrogés ne faisait partie de nos connaissances personnelles ou professionnelles.

2.2.1.4 Détermination du nombre de médecins à inclure

Dans une étude qualitative, le critère utilisé pour la détermination du nombre d'entretien est celui de la saturation théorique. En pratique, pour une thèse de médecine générale, il est accepté que cette saturation soit atteinte au bout de 20 entretiens environ. Nous avons choisi d'interroger 10 pédiatres et 10 médecins généralistes, équitablement répartis par sexe, exerçant dans différents arrondissements parisiens et villes de proche banlieue. L'objectif était d'obtenir une grande richesse d'information grâce à une population variée.

2.2.1.5 La méthode

2.2.2 Choix des entretiens semi-dirigés

Le recueil de données auprès des médecins participant à l'étude a été effectué au moyen d'entretiens semi-dirigés individuels. Ce type d'entretien est caractérisé par l'existence d'un guide d'entretien constitué de questions ouvertes à partir des thématiques issues de notre analyse de la littérature et de notre approche du sujet. Il consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laisse guider par le flux de l'entrevue dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. (22)

2.2.3 Guide d'entretien

Il a été élaboré avec les données de la littérature sur les sujets « soigner un confrère médecin » et « soigner ses enfants ». Il a servi de trame en évoquant plusieurs thèmes différents à l'aide de questions ouvertes. D'autres questions, plus fermées, servaient à compléter les réponses données. Ces différentes parties pouvaient être abordées spontanément par l'interviewé ou guidées par nos questions. Il était précédé d'une introduction expliquant brièvement le sujet de l'étude et le type de réponses attendu : le plus exhaustif et détaillé possible, sans craindre d'être « hors sujet ».

Il comporte 6 axes :

- remémoration d'une consultation ou d'une prise en charge marquante,
- les modifications éventuelles de la prise en charge,
- les attentes particulières des parents ou la différence de comportement en comparaison avec d'autres parents non médecins et en insistant sur les éventuelles différences entre les spécialités,
- les raisons d'un éventuel refus de prise en charge,
- quelques questions personnelles afin de caractériser la population interrogée
- et pour finir, deux questions de conclusion où le médecin était amené à donner des conseils pour ses confrères n'ayant pas vécu cette expérience.

Le guide d'entretien est présenté en Annexe 1.

Avant la réalisation des entretiens, le guide a été testé auprès de deux de nos collègues internes afin d'en évaluer sa pertinence et de nous familiariser avec cette méthode pour laquelle nous étions novices. Il a été peu modifié par la suite.

2.2.4 Les entretiens

Après contact téléphonique, un rendez-vous était organisé. L'entretien était réalisé au cabinet du médecin participant. Le recueil des données a été réalisé à l'aide du guide d'entretien. Ils étaient enregistrés sur dictaphone après accord du médecin interrogé. Les médecins étaient informés des caractères confidentiel et anonyme des informations obtenues.

2.2.5 La transcription

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, mot par mot, fidèles au langage parlé en essayant au maximum de respecter le rythme de la conversation grâce à la ponctuation. Afin de respecter l'anonymat, les médecins interrogés sont nommés d'un M suivi du nombre correspondant à l'ordre de réalisation de l'entretien et tous les noms propres ont été modifiés.

2.2.6 L'analyse des données

Pour la première partie de l'analyse, nous avons décrit la population interrogée. Ces résultats sont présentés en première partie du chapitre résultats et résumés sous forme de tableau.

Pour la deuxième partie de l'analyse, nous avons relu plusieurs fois chaque transcription dans son intégralité et dans l'ordre des entretiens. Ces lectures ont permis de trouver les thèmes et sous thèmes abordés par les médecins pour répondre à la problématique. Ces thèmes ont été reportés dans un tableau. Des citations correspondants à ces thèmes et sous thèmes ont été extraites des entretiens et reportées dans le tableau. Il n'y a pas eu de triangulation des données.

Le plan de la deuxième partie des résultats a été réalisé suivant les thèmes et sous-thèmes abordés par les médecins interrogés. Il est présenté au début du chapitre « Analyse des données recueillies. »Au cours de la rédaction, chaque thème ou sous-thème abordé et interprété a été illustré par un extrait d'entretien.

3. RESULTATS

3.1 Le déroulement de l'enquête

3.1.1 Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 26 mars au 1er juillet 2015.

La durée des entretiens variait de 12 minutes à 1 heure et 31 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes. Les entretiens se sont tous déroulés au cabinet du médecin, sur rendez-vous, après contact téléphonique. L'intégralité des entretiens est disponible dans un livret séparé.

3.1.2 Caractéristiques de la population interrogée

3.1.2.1 Description de la population

Nous avons interrogé 20 médecins. L'échantillon comprenait 10 pédiatres et 10 médecins généralistes, cinq hommes et cinq femmes par spécialité.

Ils étaient âgés de 36 à 80 ans. Leur moyenne d'âge était de 56 ans.

Tous les médecins interrogés avaient des enfants. Ceux-ci étaient âgés de 2 à 55 ans. Leur moyenne d'âge était de 29 ans.

Parmi les médecins interrogés 15 (huit pédiatres et sept médecins généralistes) soignaient eux-mêmes leurs enfants en prenant quelques avis extérieurs en cas de doute. Parmi ceux-ci, six avaient consulté un pédiatre pour le suivi des enfants jusqu'à 2 ans. Parmi les cinq médecins n'ayant pas réalisé le suivi de leurs enfants, quatre les soignaient pour les pathologies aiguës et un a dû réaliser, une fois, un diagnostic grave.

3.1.2.2 Installation et activité

Tous les médecins interrogés étaient installés. Ils l'étaient depuis 2,5 à 48 ans. La durée moyenne d'installation était de 24 ans.

Ils étaient installés dans 13 des arrondissements de Paris ainsi qu'en banlieue proche (Versailles, Les Lilas, Bourg la Reine, Créteil et Asnières).

Parmi les 20 médecins interrogés, 13 (six pédiatres et sept médecins généralistes) exerçaient uniquement en libéral. Les autres avaient une activité hospitalière, en crèche, en PMI ou d'enseignement associée à leur activité libérale.

L'activité pédiatrique des médecins généralistes variait de 20 à 50%.

Parmi les médecins interrogés, 10 (cinq pédiatres et cinq médecins généralistes) ont pratiqué des remplacements avant de s'installer. Les autres avaient une activité hospitalière ou en PMI.

3.1.3 Patientèle de profession médicale des médecins interviewés

Parmi les médecins interrogés, 16 (10 pédiatres et six médecins généralistes) recevaient des parents médecins exerçant toutes spécialités. Deux médecins ne recevaient pas de médecins généralistes.

Parmi les médecins, 14 (huit pédiatres et six médecins généralistes) recevaient des enfants de tous les âges. Sept médecins soignaient principalement ou uniquement des petits (0 à 3 ans). Deux médecins soignaient uniquement des adolescents.

Le nombre de familles de médecins suivies était très variable. Il était de une à 200 familles par médecin.

L'intégralité des caractéristiques de la population interrogée est représentée dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques de la population intérrogée

	DATE	DUREE ENTRETIEN	SPECIALITE	SEXE	AGE	LIEU D'EXERCICE	DUREE D'INSTALLATION	MODALITE EXERCICE	PROPORTION DE PEDIATRIE	HISTOIRE AVANT INSTALLATION	AGE ENFANTS	PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	SPECIALITE DES PARENTS	ENFANTS SUIVIS	NOMBRE D'ENFANTS
M1	26/03/2015	11.52	Médecin généraliste	Femme	34 ans	Paris XV	4 ans	100% libéral	50%	Remplacements	2 et 6	Médecin généraliste puis pédiatre, elle-même pour pathologies aiguës	Internes medecine générale	Bébés	Peu
M2	09/04/2015	30.03	Pédiatre	Femme	36 ans	Lilas	3 ans	Hopital et libéral	100%	Hopital (hématologue) et remplacements pendant l'internat	9, 7 et 7	Pédiatre et elle-même pour les pathologies aiguës	Toutes spécialités	Tous les âges, principalement des petits	20
M3	14/04/2015	13.51	Pédiatre	Femme	46 ans	Paris XV	2,5 ans	100% libéral	100%	Remplacements	7 et 3	Pédiatre et elle-même pour les pathologies aiguës les 2 premières années puis elle seule	Toutes spécialités	Nourrissons	4-5
M4	20/04/2015	22.42	Pédiatre	Femme	52 ans	Paris XI	23 ans	100% libéral	100%	Remplacements	25, 22 et 18	Pédiatre puis elle-même (2 ans)	Toutes spécialités	Tous les âges, principalement de 0 à 2 ans	200 familles
M5	21/04/2015	39.12	Médecin généraliste	Femme	62 ans	Paris XII	35 ans	100% libéral	"En fait tous les jours"	Remplacements	27	Elle-même, une amie pour les vaccins	Toutes spécialités	Peu de tous petits	Peu
M6	15/05/2015	16.48	Pédiatre	Homme	66 ans	Paris VII	36 ans	100% libéral, a travaillé longtemps en maternité et néonatalogie à mi-temps	100%	Pédiatrie en maternité	33, 32 et 25	Lui-même, un avis extérieur	Toutes spécialités pas de médecins généralistes	Tous les âges, principalement de 0 à 3 ans	2-3 par semaine
M7	15/05/2015	14.42	Médecin généraliste	Homme	60 ans	Versailles	29 ans	100% libéral	"En faisait beaucoup, maintenant moins"	Dispensaires	33, 29 et 26	Pédiatre et lui-même pour les pathologies aiguës les 2 premières années puis lui seul	Psychiatre, médecins généralistes, médecin scolaire	A partir de l'adolescence	Quelques uns
M8	19/05/2015	50.12	Pédiatre	Homme	55 ans	Paris X	17 ans	100% libéral	100%	Remplacements+ PMI	22, 20 et 15	Lui-même, quelques avis extérieurs	Toutes spécialités	Tous les âges	Plus de 25
M9	22/05/2015	16.50	Médecin généraliste	Homme	50 ans	Paris XVII	20 ans	100% libéral	?	3 ans de médecine d'urgence entre deux installations	21, 17 et 16	Lui-même, quelques avis extérieurs	Toutes spécialités	Tous les âges, beaucoup de petits (2-3 ans)	4-5
M10	28/05/2015	41.21	Pédiatre	Homme	62 ans	Paris VIII	28 ans	Hôpital, libéral	100%	Réanimation pédiatrique	27 et 25	Lui-même, quelques avis extérieurs	Toutes spécialités	Tous les âges	Plus de 45
M11	28/05/2015	19.02	Pédiatre	Homme	58 ans	Paris XVIII	25 ans	Crèche, hôpital, libéral	100%	?	28, 25 et 21	Lui-même, quelques avis extérieurs	Toutes spécialités	?	?
M12	01/06/2015	37.07	Pédiatre	Femme	80 ans	Paris V	48 ans	100% libéral	100%	Hôpital, Afrique, camions de PMI	55, 51 et 51	Pédiatre puis elle-même	Toutes spécialités	Tous les âges	"Pas mal"
M13	03/06/2015	22.42	Médecin Généraliste	Femme	65 ans	Paris XIII	32 ans	PMI, libéral	PMI et au cabinet	Hématologie, remplacements	45	Elle-même, quelques avis extérieurs	Toutes spécialités	Tous les âges	?
M14	10/06/2015	26.07	Médecin généraliste	Homme	55 ans	Bourg la reine	25 ans	100% libéral	30%	Remplacements	30, 27 et 22	Pédiatre puis lui-même	Toutes spécialités	Tous les âges, principalement après 2 ans	"Peu"
M15	15/06/2015	25.02	Médecin généraliste	Femme	57 ans	Paris XIX	28 ans	100% libéral	"Pas mal"	?	25, 22 et 19	Pédiatre puis elle-même (2 ans)	Toutes spécialités	Tous les âges	"Pas énormément"
M16	19/06/2015	50.53	Médecin généraliste	Femme	53 ans	Paris XIII	20 ans	Enseignante à la fac, libéral	50%	10 ans de PMI	27, 21, 17 et 15	Pédiatre, elle-même pour pathologies aiguës	Toutes spécialités	Tous les âges	"Pas mal"
M17	19/05/2015	27.26	Pédiatre	Femme	64 ans	Lilas	29 ans	Consultation hospitalière, libéral	100%	Remplacements	38, 36, ? et ?	Elle-même, quelques avis extérieurs	Toutes spécialités	Tous les âges	Entre 10 et 20
M18	25.06/2015	24.22	Médecin généraliste	Homme	53 ans	Créteil	23 ans	100% libéral	"Pas mal"	4 ans de SAMU	19	Lui-même uniquement	Médecins généraliste et ophtalmologue	Tous les âges	4-5
M19	29/05/2015	25.24	Médecin généraliste	Homme	53 ans	Asnieres	23 ans	Consultation hospitalière, libéral	20%	Remplacements	15 et 12	Pédiatre, lui-même pour pathologies aiguës	Médecins biologistes	12 et 15	2
M20	01/07/2015	01.31.40	Pédiatre	Homme	64 ans	Paris XIV	28 ans	100% libéral	100%	Maternité	32, 30, 28 et 22	Pas lui, sauf pour un diagnostic	Toutes spécialités	Tous les âges	2-3 par mois

3.2 Analyse des données recueillies

On observe finalement que le médecin soignant était confronté à deux facettes du parent médecin : le médecin avec son savoir et le parent qui délègue les soins au confrère. L'une des deux facettes ressortait plus selon le désir du parent à s'impliquer dans les soins de son enfant. Parallèlement, l'attitude du médecin soignant était variable selon qu'il considérait en face de lui, plutôt le confrère ou le parent. Ceci représente les quatre thèmes principaux des résultats obtenus.

3.2.1 Le savoir du parent médecin

Tous les médecins interrogés rapportaient que lorsqu'un parent médecin emmène son enfant en consultation, il lui est parfois difficile de faire abstraction totale de ses connaissances.

3.2.1.1 Le manque d'objectivité

Le manque d'objectivité du parent certes, n'était pas présent chez tous les parents mais suffisamment marquant pour être exprimé chez bon nombre des médecins interrogés.

« Ils n'ont pas forcément une objectivité médicale absolue quand c'est leur propre enfant. »M11

3.2.1.1.1 Des parents plus anxieux

L'anxiété du parent était fréquemment décrite par les médecins interrogés. Elle était liée à ses connaissances, imaginant souvent le pire, du fait de son expérience et de ses connaissances théoriques :

« …parce qu'on sait que forcément les parents ils savent des trucs que les autres ne savent pas. »M1

Cette anxiété majorée par rapport aux autres parents était également décrite par M2 lorsqu'elle racontait sa première consultation avec un parent médecin. Il s'agissait d'un généraliste qui avait remarqué un ganglion dans le cou de sa fille :

« …alors que le patient normal vient, il dit, il a une boule, il a un ganglion là, qu'est-ce que c'est ? Le médecin généraliste, lui, il arrive en disant : je crois que ma fille a une leucémie. »

Elle pouvait être liée à leur expérience professionnelle :

« Donc, la pauvre, elle est anxieuse parce qu'elle voit des enfants mourants, des enfants sous chimiothérapie ou des enfants avec des pronostics difficiles. » M4

M9 ajoutait même une situation similaire dans sa propre histoire de parent :

« La première fois que ma fille a eu de la fièvre, je ne savais plus ce qu'il fallait faire. Elle était toute rouge, c'était un gros truc rouge, j'ai dit à ma femme « Appelle un médecin ! » J'étais stressé. »

Elle n'était pas forcément justifiée :

« C'est perçu comme une urgence, mais ce n'est souvent pas une urgence. »M9

Le médecin M1 expliquait la difficulté de la consultation, liée à cette anxiété.

« Le petit qui a eu le fort reflux, c'est vrai que du coup ce n'est pas forcément plus facile parce que les parents, ils imaginent tout de suite le pire. »

Cette anxiété pouvait également être liée au manque d'expérience du jeune médecin :

« Si c'est une généraliste qui est en cabinet, qui a fini ses études, qui a un certain plan-plan, je pense qu'elle va être plus à l'écoute que des jeunes internes. Ceux-là sont plus anxieux.»M4

Cette anxiété majorée pouvait amener les parents à demander une consultation en urgence.

« …la seule chose qu'ils se permettent quand ils sont amis ou confrères, c'est de […], m'appeler le soir à la maison ou le matin très tôt chez moi, quand ils ont une inquiétude. »M15

« Et puis ils disent « Je suis le Dr Machin, est-ce que vous pouvez voir mon fils ? Ça ne va pas du tout. » Bon, on l'a tous fait hein. »M9

Ils peuvent également être amenés à accompagner l'enfant alors qu'ils ne le feraient pas pour une consultation de suivi comme le dit M2 quand nous l'interrogeons sur le parent qui accompagne l'enfant.

« Quand ils sont inquiets pour quelque chose, quand il y a un motif de consultation particulier, c'est le parent qui est médecin. »

Ou à poser plus de questions :

« …et là je vois venir les questions médicales pas utiles « Mais est-ce que ça risque d'évoluer Docteur, en méningite? » »M4
« …ils sont plus là à poser des questions que les autres ne posent pas, parce que la complication X ou Y, ils y pensent. »M14

Ceci pouvait déstabiliser le médecin soignant :

« Parce que dans la façon dont ils me posaient des questions, ils me poussaient dans mon raisonnement et tout d'un coup […] Je me disais « Peut-être que je ne raisonne pas de la même façon. » »M12

M12 décrivait également une anticipation du parent médecin, de la douleur liée aux soins, notamment aux vaccins :

« Si vous voulez je dédramatise le côté « Mon pauvre amour tu vas souffrir ! » Ça, ils l'ont souvent les médecins. »

3.2.1.1.2 Entendre leurs inquiétudes

Face à cette anxiété, les médecins soignants montraient qu'ils entendaient et comprenaient les inquiétudes des parents :

« De temps en temps, quand j'ai vraiment un parent qui me dit « Je suis inquiet, » moi je ne le suis pas forcément. Je vais lui dire, si vous continuez à être inquiet vous ferez la prise de sang. […]Mais j'essaie quand même de leur dire que moi j'y crois pas. »M2

3.2.1.1.3 Expliquer

Les médecins soignants prenaient plus de temps pour expliquer au parent les étapes du diagnostic, de la pathologie et du traitement :

« Je pense à une petite qui avait des migraines. Une fille de médecin, une gynécologue, en plus là c'est le papa qui est venu. Donc j'ai dit là on fait ça mais si ça ne va pas on ira vers le scanner. J'en ai parlé alors que je ne l'aurais peut-être pas dit à un autre. »M3

Parfois même en devançant les questions :

« Bah parce que la maman va peut-être penser à certaines choses donc c'est pour devancer ses questions en disant voilà si ça ne va pas on verra après. »M3

3.2.1.1.4 Des parents faciles à raisonner

Certes, certains parents étaient anxieux mais faciles à raisonner :

« …ils sont accessibles au raisonnement, mais ils ont vraiment besoin qu'on leur dise. De la même manière que j'ai besoin qu'on me dise de temps en temps que tout va bien. »M2

Notamment parce qu'ils avaient confiance en leur médecin :

« Oui, parce qu'ils reconnaissent qu'ils ne savent pas. Et que s'ils viennent me voir c'est qu'ils ont confiance»M4

3.2.1.1.5 Besoin d'être réajustés

Souvent le parent médecin consultait parce qu'il a besoin d'être rassuré, de prendre un peu de recul par rapport à son inquiétude comme le disait M2 au sujet d'une maman inquiète de la potentielle maladie cœliaque de sa fille :

« « Bah alors je vous le redis, ça vous fait du bien, alors je vous le redis. » […]En fait, s'ils me les amènent c'est qu'ils sont plus inquiets. »

M10 racontait une de ses gardes aux urgences pédiatriques quand il était interne :

« Et je vois arriver un monsieur très chic, avec son petit fils qui dégueulait tripes et boyaux. Et qui se présente « Je suis le Professeur Schtroumpf », […] qui vient avec son petit fils qui dégueulait. Il dit « Je préfère vous l'amener pour qu'on le perfuse ». Nous à l'époque, on donnait du Coca aux urgences. Je lui ai dit « On va peut-être commencer par le Coca », en plus c'était un gamin de 7 ans. Donc le grand-père me regarde comme ça il me dit « Du Coca ?! », je dis « Bah oui, c'est pour casser le cercle vicieux et puis vous allez voir que ça suffit. » Donc je lui fais un petit verre, je dégaze mon truc et puis je lui en donne ça, puis ça, puis ça. Et puis au bout d'une heure, il ne dégueulait plus. Et puis le grand-père m'a regardé, et il m'a dit « Ben, je suis vraiment un vieux con ». Et puis il est reparti avec son petit fils. »

M16 expliquait qu'il faut donner un cadre ferme et sûr au parent qui est parfois perdu entre l'affectif et les connaissances :

«Ils flottent entre leurs propres émotions. Leur situation de parent anxieux comme tout un chacun et leurs connaissances. […]C'est dans ce sens-là que c'est important de se poser quand même en cadre. On pose un cadre, on réassure et ça d'une façon assez ferme, assez sûre. »

Cette anxiété était expliquée par les émotions du parent :

« C'est pas qu'ils ne sont pas compétents, ils sont compétents mais c'est l'ajustement qui est difficile parce qu'ils sont sous l'emprise de leurs propres émotions. »M16

Ce qui pouvait déstabiliser l'enfant :

« Et ça déstabilise l'enfant dans tout ça. Pour l'enfant du coup c'est pas mal qu'on aille voir quelqu'un d'autre. »M16

M4 notait qu'ils étaient rassurés à la fin de la consultation:

« Je pense qu'ils sont rassurés comme moi je l'ai été quand les enfants étaient petits et que je les ai emmenés pour un avis pédiatrique. »

Une fois rassurés, les parents ne revenaient pas forcément consulter pour le suivi de la pathologie aiguë :

« C'est-à-dire que je leur propose toujours de les revoir. […] mais la plupart du temps ils ne viennent pas parce qu'ils ont été rassurés et ils ont une ligne de conduite qui leur parait plus claire. Ils sont réajustés. »M16

3.2.1.1.6 Des parents moins anxieux

A l'inverse, certains parents étaient moins anxieux, leurs connaissances ou expériences leur apportant plus de recul.

« …je n'ai pas l'impression qu'ils soient plus stressés les parents médecins enfin, je n'ai pas cette impression-là. Peut-être même moins. »M3

Ceci était retrouvé même dans les situations d'urgences, comme le disait M8 lorsqu'il adressait des enfants aux urgences :

« Ils ne sont pas paniqués, forcément, mais ils y vont. »

Ou parfois, leurs connaissances leurs permettaient d'y aller seuls sans l'aval de leur médecin traitant :

« …ils sont quand même assez bien situés dans les soins. Quand c'est très aigu, ils vont directement aux urgences. »

Leurs inquiétudes étaient également plus ciblées :

« Les inquiétudes sont plus ciblées, elles sont plus intelligentes en général.»M6

D'autres parents étaient décrits comme « pas assez anxieux », discutant les examens complémentaires prescrits par leur médecin :

« Alors ce qui est délicat à gérer, c'est soit la maman ou le papa médecin qui n'est pas assez anxieux, ça m'embête. Il a 39.8°C, ça fait 3 jours, je trouve un examen normal, je dis « Il faut aller au labo », « Oh ouais, on ne peut pas attendre demain ? »»M4

D'autres pouvaient consulter parfois trop tard :

« Et quand ils se décident enfin à me l'amener, il est parfois déjà tard. »M8

Ou adapter une prescription. M10 donnait l'exemple de parents ayant parfumé le soluté de réhydratation orale avec du sirop pour qu'il ait meilleur goût. L'enfant est arrivé aux urgences dans le coma :

« Et ils avaient bourré la solution de grenadine, parce que le bébé n'aimait pas le goût de l'ADIARIL® […] Il est arrivé dans le coma hyperosmolaire ou je ne sais plus quoi. »

Certains parents pouvaient même être jusque dans le déni par rapport à une pathologie :

« Il y en a un qui est venu 4 jours après une chute […]…et qui avait une fracture du tibia.» M10

Un autre papa n'avait pas vu une hernie alors qu'il était chirurgien :

« Je l'examine, il avait 11 ans, je le mets debout et je vois un gros truc qui pendouille et je dis à la mère « Mais vous n'avez rien vu ? », « Ah ben je me demandais ce que c'était que ce truc mais mon mari m'a dit que ce n'était rien. »»M10

« C'est un peu les médecins qui disent « Prends du DOLIPRANE® et va te coucher. » Alors qu'il y a un problème plus grave.»M10

3.2.1.2 Des parents qui consultent moins

Du fait de leur savoir médical, la plupart des parents consultent moins que les autres.

3.2.1.2.1 Des consultations de suivi

Certains vont consulter les médecins soignant principalement pour un suivi, gérant les problèmes aigus à la maison :

« Ils viennent me voir en disant ce serait bien que de temps en temps, qu'ils voient un pédiatre. […] ils se rendent compte que oui, c'est bien que ce ne soit pas le papa ou la maman qui regarde, qui pèse et qui mesure. »M3

En respectant néanmoins les échéanciers imposés par le médecin traitant :

« Je pense que la plupart du temps, ils sont très disciplinés, c'est-à-dire qu'ils viennent aux échéances classiques des visites de pédiatrie.»M11

Le suivi est plus fréquent pour les nourrissons et les adolescents, âges plus délicats pour le parent médecin :

« *Quand il s'agit de petits nourrissons, parce que c'est souvent ça qui effraie mes collègues, je pense. […] et puis après ça peut être adolescents et puis, ils peuvent venir d'eux-mêmes, hein. Parce qu'il y a une relation sympathique qui se créé entre nous et ils me font confiance. […] Après effectivement, dès qu'ils ont 4-5 ans, je pense qu'ils reprennent le flambeau. »M15*

3.2.1.2.2 Moins de consultations pour les pathologies aiguës

Souvent, les pathologies aiguës infectieuses sont soignées par le parent médecin :

« Bah ils ne vont pas consulter pour un rhume quoi. »M1

« Parce que par exemple la petite urgence est gérée par les parents. Genre l'otite ils la gèrent tout seuls. »M2

Ainsi que la « bobologie » :

« Heureusement que quand les fesses sont rouges ils ne me font pas chier toutes les 5 minutes.»M5

Et ce notamment si l'enfant avait déjà eu la même infection :

« Je dirais que la seule différence qu'il peut y avoir, c'est que quand on arrive à la troisième gastro-entérite […] on ne le verra plus. Parce que là, les parents ont compris, et s'ils ont besoin de médicaments, ils ont l'ordonnancier à la maison.»M8

Ceci dépendant du degré d'implication du parent dans les soins de son enfant :

« Soit ils viennent pour tout et n'importe quoi comme les autres enfants parce que le père ou la mère ne veut pas s'en occuper ou ne sait pas. Ou effectivement, ils s'en occupent un peu et on ne voit pas le tout-venant. »M14

Parfois le parent médecin appellait le médecin traitant pour avoir l'autorisation de ne pas venir en consultation :

« …parfois j'ai juste les coups de fils « Allo, il a ci, il a ça, vous pensez que j'ai droit ou que c'est bien si je lui mets du CLAMOXYL® ? »M4

Ou il informait le médecin traitant lors de la consultation suivante :

« Ils ne vont pas forcément m'appeler, après ils vont me le dire à la visite suivante. »M3

En le marquant parfois dans le carnet de santé :

« Souvent oui, c'est marqué. »M3

M2 faisait la même chose avec ses propres enfants :

« Mais j'ai mal à l'oreille j'ai de la fièvre, je regarde, il y a une otite, je traite. Et les médecins généralistes font la même chose et je trouve ça normal.»

L'un des parents qui était ami avec le médecin interrogé l'a même informé au fur et à mesure de la consultation aux urgences à propos d'une bronchiolite:

« Et puis il m'a tenu au courant au fur et à mesure, combien de sat aux urgences, etc… »M16

Lorsque l'évolution de la pathologie aiguë n'était pas satisfaisante, le médecin traitant pouvait être consulté pour un deuxième avis :

« « Allo, oui, j'aimerais bien que vous regardiez les oreilles parce que là vraiment, je ne sais plus quoi voir. » C'est des mots comme ça qu'on entend. »M16

« Je dirais, dès que les parents se sentent un peu dépassés ou qu'ils sont trop inquiets, qu'ils trouvent que ça dure trop longtemps.»M13

Ce deuxième avis pouvait être justifié :

« Non en général c'est pour des vrais trucs. Des histoires de dos un peu curieuses […] Ou des histoires un peu plus psychologiques. Ou alors psychiatrique, où les parents sont un peu débordés.»M5

Ou pour une inquiétude particulière :

« Une suspicion d'allergie aux protéines de lait de vache ou alors une suspicion de… ou le ganglion ou des trucs un peu… qui les stressent. »M2

Parfois, le médecin soignant jouait uniquement un rôle de deuxième avis dans le suivi de l'enfant :

« Donc c'est un peu plus des flashs, ce ne sont pas des mômes que tu connais, que tu suis régulièrement donc c'est un petit peu différent là aussi.»M5

« Parce qu'ils l'emmènent en général, quand eux ne sont pas sûrs. […]C'est une sorte de deuxième avis, en général. […]Alors, quelque fois ils sont suivis par un pédiatre qui fait les vaccins, quelque fois c'est eux-mêmes.»M9

Il pouvait également être consulté pour les sujets délicats :

« …je pense qu'elle avait une de ses filles qui avait une période difficile à traverser et je pense qu'elle avait du mal à l'accepter parce qu'elle était médecin et psychiatre en plus. »M13

« Par exemple je pense à une ado, genre petite infection vaginale, par exemple, des choses comme ça, ils délèguent plus facilement. »M18

« Donc ils viennent plus… beaucoup pour des problèmes sexuels, de leur sexualité. […] Mais pour me parler de leurs difficultés, comment ça va se passer ? »M12

Ou les soins douloureux :

« Ils ne veulent pas les vacciner les parents et ça je les comprends. »M13

Ou des soins techniques comme le disait M18 quand nous lui demandions les différents motifs de consultation :

« Ça peut être des points de suture aussi.»

Parfois, les parents pouvaient avoir des scrupules à consulter pour une pathologie aiguë :

« Ils ont toujours peur de téléphoner pour rien. Pensant qu'ils auraient pu se débrouiller tout seuls plutôt que de me déranger. »M12

3.2.1.2.3 Compréhension du médecin traitant

Le fait que le parent médecin soigne en partie son enfant ne dérangeait pas le médecin traitant pour une pathologie aiguë :

« Alors après, qu'ils ne viennent pas pour de la bobologie, ça ne me gêne pas. »M8

Ce qui pouvait même être envisagé comme un avantage pour des médecins qui étaient débordés :

« Heureusement qu'ils gèrent eux-mêmes les otites ou la rhino de leurs gamins […]…c'est un petit bonus ça. »M2

Ils n'étaient pas dérangés non plus par le « décalage » des consultations de suivi :

« Non, ce n'est pas grave si les vaccins sont décalés, ça n'a aucune importance, […] et je ne compte pas les culpabiliser là-dessus.»M4

Sauf un :

« Moi, la seule chose qui m'importe, c'est le suivi de pédiatrie générale obligatoire. Qui doit être absolument fait.»M8

Par le non-respect des prescriptions comme le disait M12 lorsque je l'interrogeais sur le respect des prescriptions :

« Mais peut-être qu'ils ne les respectent pas, je ne sais pas. […] Et s'il guérit tout seul et qu'on n'aurait pas eu besoin de lui mettre un traitement antibiotique ben, c'est que j'ai eu tort. »

« Je vous dis, ils prennent ce qu'ils ont besoin de prendre pour s'ajuster. Et moi je dis ce que j'ai besoin de dire pour jouer mon rôle de médecin traitant, de famille et de confrère. Après ils font ce qu'ils veulent. »M16

Ou par l'arrêt des consultations lorsque les enfants grandissent :

« Non, je ne les vois plus. J'ai des nouvelles mais je ne les vois plus. Ça ne me dérange pas, c'est normal. »M15

3.2.1.3 Le savoir, un avantage

Les connaissances du parent pouvait être perçues comme un avantage pour le médecin soignant et rendre la consultation plus facile.

3.2.1.3.1 Une même langue

La plupart des médecins interrogés utilisaient des termes médicaux pour s'exprimer face au parent médecin :

« Pour l'interrogatoire, effectivement j'aurais plutôt tendance à employer des termes médicaux.»M2

Ceci permettait un gain de temps :

« On gagne du temps.»M2
« Disons qu'on a une base commune, ce n'est pas rien. Ça permet quelques échanges très faciles. » M7
Sans modifier le contenu du discours :

« …même si j'emploie le terme médical, je vais dire exactement […] le même contenu que pour un autre patient. »M2

La consultation pouvait être perçue comme plus facile :

« …c'est une relation un peu facile quoi. […] Et c'était un discours comme si je parlais à un confrère à propos d'un patient qui en l'occurrence était sa fille. »M7

L'utilisation du langage médical et les connaissances du parent permettaient aussi une meilleure compréhension de la pathologie :

« « Bonjour madame, qu'est-ce qu'il a, machin. Bon, ben il va falloir l'hospitaliser d'urgence. » C'est toujours un traumatisme. […] mais ça passe quand même mieux quand c'est un médecin à qui on peut expliquer, même si elle est dermatologue et que son mari est chirurgien orthopédique. »M8

Pouvant éviter la prescription d'examens complémentaires:

« C'est pareil, là j'ai eu une épidémie d'Osgood Schlatter, dans le tas il y avait un enfant de médecin. […]Je n'ai pas fait de radio à tout le monde quand le diagnostic était absolument évident. Je ne l'ai pas faite à l'enfant de médecin.»M8

Et des prescriptions de médicaments jugées inutiles :

« …parce qu'ils sont aussi moins demandeurs de choses magiques qui peuvent tout soigner donc ils sont un peu plus réalistes. »M1

Ou permettait parfois au médecin de connaître l'activité du parent comme M8 le disait quand nous demandions comment il connaissait la profession des parents :

« Soit parce qu'un des parents le dit assez vite, soit parce que les termes utilisés pour décrire la pathologie de l'enfant sont tellement dans notre jargon, que ça ne peut pas être autre chose…»

Certains médecins auraient préféré néanmoins un langage plus neutre,

« Bien souvent, on se trouve devant des parents qui vont verbaliser la pathologie de leur enfant comme quelque chose de très technique. […] Moi je n'ai pas envie d'entendre « Il a une rhinopharyngite, » j'ai envie d'entendre « Il a le nez qui coule, il est grognon, il chouine » »M16

Parce qu'il les déstabilisait dans leur rôle de médecin :

« Mais ils arrivent parfois avec un langage trop emprunté au langage médical […], qui peut mettre le médecin mal à l'aise parce que c'est plutôt au médecin de faire un diagnostic avec un langage médical.»M16

M20 racontait l'histoire d'une erreur diagnostique liée au fait que le père était médecin :

« Il m'a mis dans une merde pas possible et à son insu. Parce qu'ils se mettent à utiliser le langage médical, ils se mettent à parler comme vous. »

3.2.1.3.2 Un partage de connaissances

Certains médecins disaient utiliser les connaissances du parent médecin :

« …, je leur demande un peu ce qu'ils en pensent ou ce qu'ils ont pensé avant de venir me voir. »M12

Ceci permettant une discussion avec le parent sur le diagnostic et la conduite à tenir :

« Alors que quand on a quelqu'un qui est médecin en face de soi, on a tendance à pouvoir peut-être discuter avec. »M13

Sans pour autant les laisser prendre des décisions qui revenaient au médecin traitant :

« Je ne leur demande jamais « Qu'est-ce que vous feriez ? Mais je leur demande « Qu'est-ce que vous en pensez ? » »M12

3.2.1.3.3 Moins de conseils

Certains médecins donnaient moins de conseils, sur des choses qui paraissent évidentes :

« …peut-être qu'il y a certaines choses que je trouve évidentes et que je ne me sens pas obligé de rabâcher.»M7

M9 confirmait cette idée quand nous lui demandions s'il donnait les mêmes conseils qu'à d'autres parents :

« Je ne vais pas leur dire « Vous donnez le DOLIPRANE® toutes les 3 heures ou toutes les 4 heures », ils savent très bien comment donner le DOLIPRANE®.»

Ceci pouvait dépendre de la spécialité du parent médecin :

« Et puis ce n'est pas non plus tout à fait la même profession, ils ne sont pas généralistes donc…un biologiste vous avez le droit de lui dire ce qu'il faut faire pour les enfants, un psychiatre aussi. »M19

3.2.1.3.4 Le médecin à domicile

Souvent, les médecins traitants faisaient confiance aux parents pour réévaluer leur enfant à domicile lors d'une pathologie aiguë et éviter une consultation de contrôle :

« …la réévaluation que je peux proposer par exemple pour un petit, vous revenez me voir d'ici 3-4 jours si vous le sentez pas etc… je ne vais pas forcément le proposer aux médecins généralistes. Je vais dire « Si vous trouvez que dans 3-4 jours il n'est pas terrible vous faites ça, ça, ça, ça. »»M2

Apportant un certain confort :

« Ça permet aussi, si l'enfant est malade de savoir que la personne aura un œil plus juste peut être sur l'état de santé de son enfant. »M2

Sans les décharger de leurs responsabilités :

« Mais ça ne m'empêche pas de donner une ordonnance pour faire des examens complémentaires à court terme s'il y a une évolution particulière. Je ne me décharge pas. Mais c'est le discours qui est un peu plus nuancé avec un capital confiance un peu plus grand. »M7

Et permettait parfois d'éviter des examens complémentaires :

« Dans le bilan infectieux, si on informe bien les parents sur ce qu'il faut rechercher, sur ce qu'il faut surveiller, on peut faire moins d'ECBU, moins de radio de thorax. »M8

Ou pour les adresser aux urgences sans consultation préalable comme le disait M2 quand je l'interrogeais sur sa disponibilité envers les parents médecins :

« Mais à la limite ça m'est déjà arrivé même de rappeler pour dire « Est-ce que vous ne voulez pas directement aller aux urgences ? Vous me dites que vraiment il respire mal ; vous êtes

d'accord, vous avez fait de la VENTOLINE® ça marche pas. Vous êtes bien d'accord que je ne vais pas pouvoir faire mieux que vous là et qu'il a besoin d'aérosols. » Mais ils ont besoin de l'entendre.

Un médecin laissait également les parents faire le vaccin oral ROTARIX® pour éviter un déplacement aux parents :

« Je dis « Il y a un ROTARIX® le mois prochain à faire, vous pouvez le faire vous,…»M4

3.2.1.4 La rivalité entre les deux médecins

3.2.1.4.1 Une discussion autour de la prise en charge

Parfois, le parent médecin discutait le diagnostic ou la prise en charge comme l'expliquait M4 à propos du vaccin contre l'hépatite B :

« C'est toujours l'éternel problème, quand on présente le programme vaccinal et quand les gens entendent dans le programme vaccinal diphtérie, tétanos, polio, coqueluche, méningite, hépatite B. Oh, ils captent : hépatite B. Alors l'avocat a dit « Avec tous les procès qu'il y a eu contre… » et le médecin « Ah mais je croyais qu'on ne vaccinait plus contre l'hépatite B » […] Et la complication c'était ça, ce jour-là en tous cas, entre un père qui est avocat et qui lui a en tête des procès, des histoires en fait des indemnisations qui ont été faites dans le doute puisque aucun lien n'a été prouvé et une mère qui est médecin et qui s'inquiète de « Mais est-ce que ce bébé que j'amène, qui a à peine 3 mois, il faut le prémunir contre une maladie qui est principalement sexuellement transmissible ». »

Ce que confirmait M10 :

« De temps en temps, ils me rajoutent un truc en me disant « Tiens, est-ce qu'on ne peut pas rajouter ceci ou cela ». […]Ben je leur dis, « Si vous le voulez je le mets, mais je ne vois pas l'intérêt,… »»

Ou des posologies :

« Les posologies d'amoxicilline […], on est à 100mg/kg ou pas loin, on est entre 80 et 100 alors qu'un généraliste il est souvent resté à 50. Oui, oui, ça les titille, ils voudraient comprendre pourquoi. »M4

Sans agressivité :

« Oui, ils ne discutent pas forcément agressivement mais ils me disent « Vraiment vous pensez que ? » ou bien « La posologie mais ça ne va pas lui donner de mycose ? » »M4

Cela pouvait être pour montrer qu'ils avaient réfléchi avant de consulter leur médecin :

« Souvent ils veulent vous donner l'idée qu'ils ont réfléchi un peu avant de venir vous emmerder. »M10

Comme s'ils devaient savoir parce qu'ils étaient médecins. M16 l'expliquait à propos d'une interne en groupe Balint :

« …peut-être qu'on sous-entend qu'ils doivent savoir. Ou alors eux ils se sentent dans l'obligation de savoir. J'ai une interne qui me disait […] Comme si on me faisait croire que je ne saurais pas. » Donc ça les mets en défaut. »

Ou pour bien comprendre la pathologie et la prise en charge :

« « Pourquoi vous mettez la pénicilline ? Pourquoi vous mettez… ? » […] Je dirais que ça c'est logique, puisqu'ils veulent savoir pourquoi on met un antibiotique et pourquoi est-ce qu'on est sûr que ce n'est pas viral.»M13

Ceci pouvait être perçu comme une rivalité entre les deux médecins :

« …finalement c'est de la rivalité en fait. […]C'est-à-dire qu'on n'a plus un parent, on a un médecin et ça c'est gênant, qui nous apporte un diagnostic qui n'est pas le nôtre.»M16

Et pouvait déstabiliser le médecin soignant.

« …et on n'est pas tellement habitué à ça dans nos consultations. […]…ça peut être désagréable. C'est sûr. »M16

Qui ressentait la consultation comme plus difficile :

« C'est à dire qu'ils font très attention à tout. […] C'est une consultation plus difficile quand même. […] c'est dans le rapport plus d'un échange intellectuel sur leur enfant ou un échange médical, plus qu'une vraie consultation.»M9

Ou comme une aide à la prise en charge :

« Et puis des fois ça m'aide. Des fois ils me disent des trucs et je leur dis « Mais vous avez raison, oui on va faire ça plutôt que ça ». C'est toujours intéressant d'entendre ce qu'ils proposent. »M4

3.2.1.4.2 Coordonner

Face à un parent se trouvant face à eux, avec toutes ces connaissances médicales, certains médecins n'imposaient pas la prise en charge de l'enfant :

« On essaie peut-être d'expliquer plus ce qu'on va faire et que le collègue soit d'accord avec ça. »M19

Ils coordonnaient :

« C'est des prescriptions évidemment, partagées. C'est-à-dire que je n'impose pas, on discute. Vous voyez, on ordonne un médicament. Là, on va coordonner. »M16

Mais finissaient tout de même par trancher, reprenant leur rôle de médecin traitant :

« On m'a choisi comme, on va dire, médecin traitant. Donc je me pose quand même comme médecin traitant. […] Ils ont quand même besoin d'avoir un référent qui pose un peu des cadres. »M16

« On se met d'accord non, parce que c'est moi qui décide. »M9

3.2.1.4.3 Ne pas vexer

Il était parfois difficile pour le médecin traitant, de définir les connaissances exactes du parent, de lui donner suffisamment d'informations sans pour autant le vexer :

« …parce qu'on est beaucoup plus attentif à ce qu'on va dire, à ce que ce soit compris, à ce que ça ne soit pas mal interprété. […] qu'ils n'aient pas l'impression qu'on leur fasse une leçon. [...] parce qu'on ne sait pas trop ce que l'autre sait en face. Ce qu'il a oublié, ce qu'il sait, ce qu'il ne sait plus. »M13

3.2.1.4.4 Plus de stress

Se retrouver face à un parent médecin pouvait être vécu comme une situation stressante :

« C'est toujours plus long, c'est toujours plus stressant. […] Et c'est toujours des consultations difficiles. »M9

Ce pouvait être dû à leur manque d'expérience

« J'étais peut être un peu plus stressée parce que c'était la première fois que j'avais un enfant de médecin que je ne connais pas et qui venait me voir pour un avis vraiment spécialisé hémato,… »M2

Ou à une situation grave,

« A l'hôpital ça m'a déjà stressée d'avoir des enfants de médecin parce que je me dis waouh, je vais leur dire des choses affreuses, et donc ils vont comprendre les sous-titres, parce qu'ils sont médecins.»M2

A la peur d'être jugé :

« …je peux me sentir un peu jugée quand c'est un médecin. Alors que les autres je les sens plus naïfs vis-à-vis de ce que je peux faire.»M17

« …quand on va conduire un diagnostic, on sait que la personne en face, elle réfléchit comme vous. Elle va avoir les mêmes raisonnements. Alors, on se sent peut-être légèrement moins à l'aise… »M15

Notamment face à un spécialiste. M20 racontait son malaise alors qu'il regardait le tympan d'un enfant d'ORL :

« Et je me dis à ce moment-là, « Qu'est-ce qu'il doit penser sur ma manière de tenir mon truc. » Lui qui a l'expérience […] Il doit se dire « Mais comme ça on ne voit rien. » »

Pouvant les amener à réfléchir différemment comme me le racontait M20 à propos d'une découverte de souffle cardiaque:

« Moi par exemple j'avais un grand-père ici, qui était chef de service de cardiologie. Il m'amène le petit bébé chez qui j'ai cru découvrir un souffle. [...]Et moi comme un petit con, je suis devant un bébé et je suis en train de me dire « Mais je ne parle pas à n'importe qui ! » [...] Et moi qui suis là, je fais quoi ? Je dis qu'il a un souffle ? Je ne dis pas qu'il a un souffle ? Peut-être qu'il sait déjà ? Il a un souffle ! Mais est-ce qu'il le sait déjà ? Peut-être qu'il attend que je lui dise qu'il a un petit souffle. Et puis si je lui dis souffle, il faut que je sache de quoi je parle. C'est un patron ! [...]. Et puis peut-être que j'ai peur d'être jugé, de passer pour un mauvais. Parce qu'il est lui médecin, il connaît.»

Souvent, cette sensation disparaissait au cours du suivi :

« Mais après, quand je suis la personne depuis longtemps, il y a une relation qui s'établit, je n'y pense même plus. »M15

Ou avec l'expérience :

« Quand j'étais tout jeune, il y a un chef de service de médecine interne qui est venu me voir. Là, ça m'a un peu stressé. C'était le premier en plus. Maintenant je m'en fous. C'était il y a 25 ans. »M6

3.2.1.4.5 Pourquoi ont-ils besoin de consulter ?

Certains médecins ne comprenaient pas pourquoi les parents venaient consulter, alors qu'ils avaient les mêmes connaissances :

« *Et ça m'a fait bizarre qu'un pédiatre me demande de suivre ses enfants parce que moi j'ai suivi les miens.»M17*

Ceci pouvait les déstabiliser :

« Ah oui, c'est complètement différent parce que vous avez l'impression que s'ils viennent c'est soit qu'ils sont complètement dépassés, soit que le gamin ne veut pas faire ce que les parents lui disent, soit que les parents se sentent coupables de quelque chose parce qu'il n'a aucune raison de ne pas soigner son gamin. [...] la consultation, elle est biaisée et on ne sait pas par quoi.»M13

3.2.1.5 Les différences entre les spécialités

Certains médecins ont pu observer des différences entre les spécialités :

Le médecin généraliste avait une certaine culture pédiatrique, facilitant la compréhension de la pathologie et de la prise en charge :

« Je dirais que les généralistes, ont une certaine culture pédiatrique que n'ont pas les autres spécialités puisque les autres spécialités ne s'occupent pas des enfants. C'est plus facile d'expliquer à un généraliste la pathologie de son enfant qu'à un spécialiste.»M8

« Ben le médecin généraliste, c'est vraiment quand même les cousins très germains du pédiatre de ville. […] Mais, encore une fois, on essaie de faire comme s'ils ne connaissaient pas la pathologie pédiatrique. Alors, qu'à mon avis, ils doivent voir presque autant de gamins que moi.»M11

Le pédiatre consultait moins que les autres :

« A part les rares cas où les parents sont eux-mêmes pédiatres, où là carrément je ne les vois que pour des examens systématiques, parce que là les parents soignent les petits bobos et les maladies intercurrentes.»M8

Les autres spécialistes consultaient souvent autant que des parents non médecins. M18 l'expliquait quand nous lui demandions s'il y avait une différence entre les généralistes et les autres spécialités :

« Oui clairement. Il y a des spés par exemple, je les vois pour n'importe quoi. […]Je soigne la fille d'une ophtalmo, ça va du bouton sur le nez, jusqu'à l'angine, la toux,… »

M2 confirmait l'ignorance des spécialistes autres que médecin généralistes et pédiatres :

« Même le calendrier vaccinal ils ne le connaissent pas. Je leur explique tout. Le médecin généraliste je dis on va faire L'INFANRIX® et le PREVENAR® mais c'est quelque chose qu'il sait. Alors que les autres ils le découvrent. »

Le psychiatre était plus en retrait dans la prise en charge de ses enfants :

« Et c'est plus simple avec les psychiatres. Parce qu'ils se défont complètement du somatique. »M5

Lorsqu'ils s'investissaient, ils pouvaient paraître « trop cool » :

« Ils sont peut-être plus dans l'explicatif autre que la médecine ou ils pensent savoir et vraiment les psychiatres ils savent pas du tout, surtout la pédiatrie. »M4

3.2.2 Le confrère

Plus qu'un médecin qui amenait son enfant, il s'agissait d'un confrère comme le disait M16 quand je lui demandais s'il existait des particularités dans sa prise en charge :

« Il y en a, oui. Parce qu'avant tout ce sont des confrères. [...]Parce qu'on ne se situe pas dans les soins comme le patient lambda. »

Avec une histoire commune :

« … c'est un peu une confrérie les médecins. On sait comment on a été formés, on sait à côté de quoi on est passé. On a connu les salles de garde. On a connu les angoisses aux urgences, enfin on est un peu de la même famille quoi. »M17

L'un des médecins trouvait que soigner un enfant de médecin revenait à soigner quelqu'un de sa famille :

« Cela dit moi je trouve que ça rejoint quand même, le fait de soigner sa famille.»M5

3.2.2.1 Une confrérie

3.2.2.1.1 Le réseau

Même si ce n'était pas systématique, le parent médecin choisissait souvent le médecin qu'il consultait grâce aux conseils de ses confrères :

« Il y en a beaucoup, des gens qui sont hors contexte médical, ils viennent au pif ou ils sont envoyés par leur gynéco après leur accouchement. […]Mais les médecins qu'on voit, en

général ils arrivent, ils ont fait une enquête auprès de médecins. […]...pour moi, les patients les plus fidèles, sont les médecins. »M10

« Il y a quand même beaucoup de recommandations.»M8

3.2.2.1.2 La confiance

En arrivant chez le médecin, les parents étaient en confiance :

« Dès lors que les médecins vous choisissent, pour suivre leurs enfants ou leurs petits-enfants, c'est qu'il y a une confiance déjà, qui est prévue.»M10

Ils différenciaient cette situation de la consultation aux urgences :

« …vos collègues à l'hôpital, c'est totalement différent de ce qui peut se passer dans un cabinet médical. C'est vrai que dans une situation d'urgence, il y a un stress terrible. »M15

3.2.2.2 L'envie de bien faire

3.2.2.2.1 Pas d'erreur

De nombreux médecins évoquaient une certaine culpabilité face à l'erreur quand il s'agissait d'un confrère :

« Ce n'est pas toujours évident, quand on n'est pas sûr, on se dit « Il ne faut pas que je fasse de connerie non plus ». […]Ben, parce que passer à côté de trucs vis-à-vis d'un confrère, ça la fout mal. »M14

«Peur est un mauvais mot. On ne se le pardonnerait pas en tout cas, enfin moi je ne me le pardonnerais pas. »M18

Sans forcément avoir d'explication logique :

« Bah parce que c'est un collègue, parce que c'est un confrère. Parce que voilà, c'est idiot. Mais c'est vrai.»M5

Du fait de la confiance qui leur était donnée :

« D'autant plus que la confiance est totale que tu ne dois pas te planter. »M5

Parce que le parent se démunissait de son savoir médical en entrant dans le cabinet :

« C'est-à-dire qu'il s'est démuni de quelque chose qui était à lui, un facteur de vigilance qui était le sien. Puisqu'il est médecin, il sait des choses. Il s'en est départi. Et d'une certaine manière vous le trahissez, vous le décevez. »M20

Le médecin soignant se sentait alors doublement fautif :

« C'est que vous êtes doublement fautif. D'abord vous êtes fautif parce que vous n'avez pas fait le diagnostic et fautif vis-à-vis de quelqu'un qui vous a fait confiance et qui savait. »M20

Le médecin soignant admettait parfois un manque d'objectivité :

« Parce que je me dis toujours que je vais peut-être passer à côté de quelque chose et je n'ai peut-être pas la même objectivité avec un enfant de médecin, qu'avec un enfant non de famille médicale.»M12

En sachant qu'il n'avait pas la bonne distance :

« Tu n'as tout simplement pas la bonne distance. Soit tu en fais trop, soit tu n'en fais pas assez.»M5

Un des médecins, à l'opposé de tous les autres, trouvaient que les enfants de médecins étaient plus facilement atteints de maladies graves :

« C'est-à-dire que quand il y a une catastrophe c'est avec les médecins ou avec les gens que vous connaissez en général.»M20

3.2.2.2.2 Des médecins plus attentifs

Cette envie de bien faire les rendait plus attentifs :

« Même si c'est dur de dire qu'on fait plus attention mais je pense, oui. C'est-à-dire que les autres on fait moins attention.»M14

Dans leur prise en charge, les médecins faisaient plus de vérifications quand il s'agissait d'un enfant de médecin :

« Par exemple avec un enfant de médecin je vais plus facilement… […] prendre le Vidal pour m'assurer que je mets la bonne posologie»M12

Et prenaient plus de temps pour ces enfants-là :

« Je prends peut-être plus de précautions, oui. Je prends déjà beaucoup plus de temps. »M12

Ils pouvaient être plus exigeants dans l'observance thérapeutique :

« …je suis très dur dans mes recommandations et dans mon relationnel avec les médecins.»M20

Ou lorsqu'ils les adressaient aux urgences :

« Si j'ai un doute c'est Trousseau, mais là tu le dis un peu fort tu vois. Tu le dis un peu fort aussi pour les débiles mentaux, enfin tu vois, je les traite un peu comme des débiles mentaux finalement les parents médecins.»M5

Cette attention particulière pouvait être étendue à toute la famille du médecin :

Mais ce n'est pas spécifique aux enfants. C'est toutes les familles médicales.»M18

3.2.2.2.3 Une prise en charge différente

Pour éviter l'erreur certains médecins admettaient une prise en charge différente :

« Il faudrait répondre non à cette question mais en réalité c'est oui.»M18

Ils pouvaient faire un interrogatoire ou un examen clinique plus poussé :

« Ouais plus l'interrogatoire pour voir les petits signes qui pourraient passer inaperçus. »M14
« Mais je fais sûrement un examen clinique beaucoup plus attentif»M5

Prescrire plus d'examens complémentaires :

« Donc c'est vrai que lui il a eu l'écho parce que la sténose du pylore […], qu'on aurait peut-être pas fait si la maman n'était pas médecin. »M1

« Tu fais des prescriptions, sûrement injustifiées. »M5

Ou revoir l'enfant plus facilement :

« Et dans ces cas-là moi ce que je fais, c'est que je demande à ce que l'enfant soit revu.»M20

3.2.2.2.4 Une consultation plus difficile

La consultation pouvait également être perçue comme plus difficile par crainte de l'erreur :

« C'est plus difficile parce que tu es plus tendue,… […]C'est plus casse gueule. »M5

Certains médecins décrivaient une anxiété majorée :

« C'est plutôt moi qui étais plus anxieuse avec des enfants de médecins »M12

3.2.2.2.5 L'erreur évitable ?

Deux des médecins interrogés, se souvenaient d'erreurs qu'ils avaient commises avec des enfants de médecins, justement parce qu'ils ne voulaient pas en faire :

« Mais tu te dis, « Il ne faut pas que je fasse de connerie c'est tout. » […] Et comme tu te dis ça terriblement, tu finis par en faire une. Une petite, je n'ai jamais fait de grosse connerie.»M5

Ou par excès de confiance envers le parent médecin :

« … et c'est avec les médecins que vous ratez votre coup. […]On m'amène un gosse de 18 mois ou de 2 ans, pour otite. C'est un lundi matin, il me dit « J'ai appelé le médecin vendredi soir, c'est SOS médecin et il a vu une otite. » Je dis « Oui, et alors ? » « Voilà, je l'ai mis aux antibiotiques mais il hurle toute la nuit. » Donc je regarde son tympan qui n'est pas si inflammatoire. Il doit être en train de guérir. Mais il m'a mis le nez dans l'otite. Il me dit « J'ai revu le médecin dimanche, mais il a hurlé toute la nuit, mais je ne comprends pas, il est sous AUGMENTIN®, des antalgiques, des antipyrétiques mais il a toujours mal, il hurle, il hurle. » Ben moi je regarde l'enfant je dis « Ça ne fait que 48 heures qu'il est sous antibiotiques, donnez-lui toutes les 4 heures les antalgiques et puis on va voir et puis je regarderais les tympans, mais franchement l'otite n'est pas si évidente. Mais il était sous AUGMENTIN®. Et comme un con, je n'ai pas fait l'examen en entier. […]…il m'a parlé d'otite donc toute mon attention, à mon insu est tombée sur l'otite. […] Ce gosse avait une fracture de la clavicule, que je n'ai pas vue. […]La honte. [...] il est venu avec son discours de docteur, il m'a embrouillé avec son discours médical. Et je n'étais plus le médecin qui examine un enfant, j'étais l'objet du papa. »M20

« Elle vient, elle a de la fièvre, elle n'est pas bien. […]Et je vois 3 cloques et je me dis, ça peut être la varicelle. […] Nous menons une enquête et nous appelons sa mère. Sa mère médecin dit « Elle a eu la varicelle, c'est sûr. » Donc du coup moi, je pars sur d'autres pistes, tu vois. Parce que moi je me méfie des mères qui disent sans voir le carnet de santé, que leurs enfants ont eu la varicelle. Mais une femme médecin, une mère médecin, je ne me suis pas méfiée. Et en fait la môme, elle consulte un toubib en Bretagne, elle a la varicelle. » M5

3.2.2.3 Une consultation plus sympathique

3.2.2.3.1 Une bonne ambiance

Tous les médecins interrogés ne mettaient pas en avant la difficulté de la consultation liée à la confraternité. Souvent la consultation était vécue comme plus agréable, la conversation devenant plus intime :

« C'est plus long parce qu'on se raconte notre vie.» »M2

« …elle est différente dans le sens ou on va peut-être plus dans la vie de chacun.»M12

Et l'enfant étant moins stressé :

« Comme si le terrain était préparé, quoi. Ils savent ce que c'est de se faire examiner, etc… »M7

3.2.2.4 Traitement de faveur

3.2.2.4.1 De nouveau une prise en charge différente

Les médecins interrogés pouvaient modifier leur prise en charge pour éviter tout conflit avec le parent médecin :

« Et il se peut que je demande un ECBU alors qu'en fait, j'aurais pu attendre 3 jours,… […]…elle est médecin et je ne voudrais pas que elle-même se dise, « Quoi ! Elle ne m'a pas demandé un ECBU ! »»M4

Et garder une bonne ambiance lors de la consultation :

« Probablement parce que je n'ai pas envie de m'affronter avec un collègue,…»M8

Ce pouvait être aussi en le faisant participer à la prise en charge :

« …comme ce sont des confrères, généralement dans l'interrogatoire, je demande avant « Qu'est-ce que vous en pensez, qu'est-ce que vous savez, qu'est-ce que vous…»M16

3.2.2.4.2 Plus disponibles

Les médecins soignants se montraient souvent plus disponibles envers leurs confrères :

En laissant leur numéro de téléphone :

« Mais je laisserais peut-être plus facilement mon portable à un confrère qu'à un non confrère.»M7

Ou en acceptant de voir l'enfant en consultation plus rapidement :

« …on essaie, même si on n'a pas beaucoup de place, de faire un effort.»M7

Même si le parent n'était pas forcément demandeur, par confraternité :

« Non c'est moi qui offre parce que je n'ai absolument pas envie qu'ils attendent 3 heures dans la salle d'attente. Pour eux quoi,…»M5

« …je leur donne plus facilement mon numéro de portable. Vous voyez cette confraternité quand même. »M16

Ou par empathie :

« …je me dis le pauvre. Je n'ai pas plus confiance mais je me dis le pauvre, il va stresser, il va se faire des diagnostics de purpura fulminans toute la nuit, je vais le voir quand même. »M4

3.2.2.4.3 Un tarif différent

Beaucoup de médecins interrogés faisaient payer la consultation moins chère quand il s'agissait d'un confrère :

« On fait un tarif confraternel, toujours. »M2

Voir, ne les faisaient pas payer du tout :

« Alors non, en général je ne les fais pas payer moi. Par esprit de confraternité.»M5

Malgré les réticences des parents :

« Je leur propose de ne pas payer, d'abord. Et si ils me disent « Ah non, non, non ça ne va pas le faire », je leur dis « bah écoutez, on va faire comme les autres, je vous fais un tarif conventionné comme ça vous serez à l'aise… »M6

3.2.3 Etre parent avant médecin

Souvent, le médecin qui amenait son enfant, était avant tout un parent. Il choisissait de ne pas soigner son enfant et souhaitait être considéré comme les autres parents.

3.2.3.1 Une confiance à 100 %

3.2.3.1.1 La confiance

Le parent donnait sa confiance à un confrère.

M20 racontait que les parents médecins, comme les autres parents, ne se souvenaient pas du nom de la vitamine D qu'ils donnaient ou du nom du lait :

« C'est-à-dire qu'ils sont habités par les mêmes émotions que nous tous et que leur préoccupations ce n'est pas le nom du médicament et le nom de la boite de lait. »

Ils se déchargeaient de son savoir pour être le parent et non le médecin :

« Ils arrivent direct « Je suis médecin mais je vous fais confiance » […] On peut l'entendre comme effectivement, un report de confiance sincère… »M16

Chargeant le médecin soignant d'une pression supplémentaire :

« …mais on peut l'entendre aussi comme, « Je pourrais ne pas vous faire confiance, mais je vous fais confiance » […] …qui sous-entendent qu'évidement la relation n'est pas neutre puisqu'ils ont des connaissances. »M16

3.2.3.1.2 Une délégation à 100%

Les parents déléguaient à 100% la prise en charge de leur enfant, pour être là en tant que parent avant tout :

« Ouais en général ils me le disent : « Ecoutez, […] comme je n'y connais rien, je m'en remets à vous » »M6

Les parents consultaient parfois même pour des pathologies bénignes

« Moi j'ai 2 familles de cardiologues boulevard Malesherbes. Dès qu'elles ont un pet de travers, ils viennent. Ils n'essaient même pas de réfléchir. »M10

3.2.3.1.3 Moins de stress

En confiant leur enfant, les parents médecins se déchargeaient d'une certaine responsabilité et étaient plus sereins :

« C'est pour ça que les parents, ils sont contents de se débarrasser du souci et d'aller voir un médecin qui va gérer leur truc. Ils confient leurs gamins et puis ils sont sereins. »M10

M16 expliquait qu'elle-même n'était pas objective avec ses enfants :

« Donc on n'est pas objectifs non plus dans cette relation qu'on a avec nos enfants. On a besoin de déposer ça quelque part. […] Moi ça me fait du bien d'aller voir un autre médecin que moi ou le papa pour nos enfants. »

3.2.3.2 Pas plus d'exigence

Les parents médecins qui consultaient, n'avaient finalement, souvent, pas plus d'exigences que les autres parents et n'attendaient pas forcément d'être reçus comme des VIP :

« Les pédiatres que j'ai sont d'une humilité incroyable. […] C'est comme les mamans que vous rencontrez au bac à sable. Les mêmes, c'est étonnant.»M20

3.2.3.2.1 Une prise de rendez-vous classique

Même si les médecins traitants se montraient souvent plus disponibles, les parents prenaient leurs rendez-vous comme les autres parents, en passant par le secrétariat :

« Non, ils ne cherchent pas à s'imposer. Ils ne sont pas surpris si en téléphonant à 11h du matin pour un enfant malade, je n'ai pas de place avant 19h30»M8

Et attendaient comme les autres dans la salle d'attente si le médecin avait du retard :

« Vraiment. Ils attendent, j'ai une heure de retard ils attendent.»M20

3.2.3.2.2 Des motifs de consultations identiques

Ils consultaient pour les mêmes motifs que les autres parents :

« Quand les parents sont médecins, non pédiatres, ils me les amènent pour les mêmes genres de maladies que pour les autres. »M8

« Mais ils viennent me parler des dents, quel gel mettre sur les dents…vous voyez c'est basique. […] Franchement c'est étonnant. »M20

Même pour une otite :

« Regarder une oreille d'enfant, ce n'est pas facile hein ! Et ils n'y connaissent rien de rien ! Ils sont nuls. Ils sont nuls mais moi je ne sais pas faire un électrocardiogramme! »M6

Même s'ils étaient pédiatres :

« …et elle vraiment, je me dis qu'elle a oublié un peu la pédiatrie générale quoi. Parce qu'elle me l'emmène pour tout. »M17

Et avaient la même assiduité pour les consultations de suivi :

« Oui, avec la même assiduité. »M12

3.2.3.2.3 Les parents médecins accompagnent l'enfant

Les parents accompagnaient l'enfant comme les autres :

« Non, ils viennent comme les autres. Franchement ils sont comme les autres.»M20

Souvent c'était la maman qui accompagnait, même si c'était elle le médecin :

« Médecin ou pas, 70-80% des enfants sont accompagnés par la mère. »M4

3.2.3.2.4 Les mêmes conseils

Ils étaient désireux de conseils :

« Elles me disent « Faites comme si je n'étais pas médecin, dites-moi tout. » »M3

3.2.3.2.5 Pas de discussion

Les parents médecins ne discutaient pas les prescriptions :

« Ils sont très gentils, très respectueux de la parole et de la prescription donnée et ils ne vont pas me dire « Ah mais pourquoi vous lui donnez de la DALACINE® et pas je ne sais pas quoi, et pas du CLAMOXIL® ».»M11

Ils recherchaient une impartialité de la part du médecin traitant en venant consulter :

« Je crois qu'ils attendent de l'impartialité. Parce que justement, eux n'arrivent pas à avoir ce recul et donc ils attendent de moi que justement moi j'ai ce recul et que je traite comme un autre enfant. »M2

Et ne demandaient pas de médicaments miracles :

« Alors que ceux qui ne sont pas médecins, souvent veulent du perlimpinpin, vous voyez les tisanes, la CALMOSINE®, ces trucs, gel de polysilane, enfin que sais-je mais…non ils ne sont pas exigeants. »M12

3.2.3.2.6 Respect des prescriptions

Les parents médecins respectaient les prescriptions :

« Je trouve qu'ils sont plus assidus que moi, ils sont pas mal. »M4

« Ils respectent non seulement mes prescriptions, mais ils respectent aussi mes recommandations. C'est-à-dire quand […] je les envoie à ce moment-là à des spécialistes, ils y vont.»M8

Ce qui paraissait logique du fait de leur démarche :

« …je pense qu'un médecin qui fait la démarche d'aller voir un autre médecin, pour sa propre prise en charge ou celle de ses enfants, ça paraîtrait un peu curieux qu'il mette en doute la personne qu'il va voir, ça ne paraît pas très logique quoi.»M11

3.2.3.2.7 Ils voulaient payer

Les parents demandaient à payer la consultation comme les autres :

« Alors en plus ils veulent payer, […] parce qu'ils veulent pouvoir me téléphoner, m'emmerder à chaque moment de la journée, comme les autres. »M6

3.2.3.3 Oubliez que je suis médecin

3.2.3.3.1 Considérez moi comme les autres parents

Les parents médecins souhaitaient être considérés comme les autres parents :

« C'est à nous de faire parce que c'est nous qu'ils ont choisi comme soignant pour l'enfant donc on fait les choses,… »M16

Ils se posaient les mêmes questions que les autres parents :

« …en fait, on a l'impression que s'ils ne sont pas pédiatres qu'ils sont comme les autres parents. Ils se posent les mêmes questions. »M17

Et étaient à la recherche de la même information :

« La maman elle n'attend pas que je lui sorte un truc scientifique. […] Elle voulait écouter juste un truc sensé, qui l'informe et ça lui suffit. »M20

Les parents l'exprimaient d'ailleurs clairement :

« …et ils me le disent d'ailleurs souvent « Quand j'arrive chez vous je ne suis plus médecin, vous êtes médecin moi je ne suis plus médecin.» »M12

Ils ne montraient pas plus de pudeur :

« Et puis ils me répondent sans gêne.»M20

Et n'étaient pas forcément plus inquiets :

« Après c'est chaque caractère. Je ne suis pas sûr que ce soit le côté médecin qui joue.»M14

Et quand nous leur demandions si les médecins étaient plus anxieux :

« Non, je dirais que ça dépend de l'anxiété intrinsèque de la personne, pas parce qu'elle est médecin ou non médecin. »M13

3.2.3.3.2 Le médecin incognito

Parfois, les parents ne disaient pas qu'il était médecin quand ils consultaient pour la première fois :

« …ce que je remarque moi, c'est que les mamans ne me le disent pas forcément tout de suite.»M3

Ils utilisaient parfois le même langage que les autres parents :

« Ils ne vont pas me dire « Il est pâle, il est gris, il a le temps de recoloration cutané ou il a une cyanose péribuccale. » Ils ne vont pas parler comme ça,… »M20

Avec un raisonnement de parents :

« Ils viennent parce qu'il doit avoir les dents qui lui font mal. Elles me disent ça. Ou alors, « Il a les fesses rouges… »»M20

Probablement pour avoir la même prise en charge que les autres :

« …, peut être justement, pour se dire je me fonds dans la masse. Je ne veux pas avoir de discours particulier qui fausserait le discours de la part de mon confrère. »M11

Un des médecins interrogés avait discuté ce sujet en groupe Balint quelques jours auparavant. Une interne expliquait pourquoi elle ne disait pas qu'elle était médecin :

« Parce qu'ils se sentent eux, mal à l'aise. C'est-à-dire que ce qui ressortait c'était que s'ils ne le disent pas, c'est pour être eux, plus cool. Pour ne pas avoir à dire justement qu'ils ont une idée de ce qu'ils ont ou pour avoir l'impression qu'on leur explique comme à tout patient lambda. C'est un peu la revendication « Je suis un patient avant d'être un médecin. » Donc on doit me considérer comme un patient. »M16

Ce même médecin expliquait qu'il fallait être très vigilant à la réaction que l'on va avoir lorsque le parent avoue qu'il est médecin :

« …, je crois que pour la première consultation, il y a un moment où il y a un déclic où le parent dit je suis médecin ou je suis soignant. […]…j'ai l'impression que s'ils entendent de la part du médecin : « J'entends que vous êtes soignant, j'ai bien entendu, je prends en compte »Là je dirais, je « confraternise », mais je vous accueille aussi comme un patient lambda avec votre nez qui coule et pas votre rhinopharyngite on va dire, à ce moment-là l'alliance se fait. Et à ce moment-là, ça se détend et, l'alliance peut se faire aussi plus facilement avec l'enfant. […]Et par contre, […], si à ce moment-là, il y a quelque chose dans la relation qui bloque. Peut-être parce que le médecin n'a pas envie d'avoir un autre médecin en face de lui. Et ben, là ça va être difficile, je pense. Et ça risque d'être difficile jusqu'à la fin. Ça va aller crescendo. »M16

3.2.4 L'abstraction du médecin

Finalement, pour répondre à cette démarche, tous les médecins interrogés essayaient de faire abstraction du médecin et considéraient qu'ils avaient un parent comme les autres en face d'eux.

3.2.4.1 Une même prise en charge

Leur prise en charge était donc identique à celle des autres patients :

« Je m'astreins à faire une consultation qui se déroule exactement de la même manière que pour les autres enfants. D'ailleurs, je pense que c'est pour ça qu'ils m'apprécient parce que je fais comme s'ils ne connaissaient pas ce que je vais leur dire. »M11

Elle ne l'était pas forcément en intégralité pour tous les médecins. Ce pouvait être lors de l'interrogatoire :

« Les mêmes questions et j'essaie même dans la mesure du possible de ne pas jargonner, d'utiliser les mêmes mots que pour quelqu'un d'autre.».M8

De l'examen clinique :

« Je vais l'examiner de la même façon, je vais prendre à peu près le même temps. »M19

De la prescription d'examens complémentaires :

« …je ne vais pas surmédicaliser le patient sous prétexte que c'est un enfant de confrère.»M18

Ou de médicaments :

« Oui, strictement. C'est-à-dire que moi je prescris très peu.»M20

Du discours :

« …pour essayer que les choses restent les plus objectives possibles, je m'oblige à tenir un discours comme si je m'adressais à des non médecins. Donc il faut que je « me surveille » un petit peu plus qu'avec d'autres consultations.»M11

Des conseils :

« Et j'explique pareil que les autres c'est-à-dire il peut faire de la fièvre après les vaccins, même si je sais qu'ils le savent mais j'essaie de dire la même chose que pour d'autres parents. En fait à ce moment-là, j'estime qu'ils sont parents et pas médecins. »M2
Certains ne se montraient pas plus disponibles :

« Non et puis franchement, moi il n'y a pas de passe-droit. »M18

Il les reconvoquaient de la même façon pour le suivi:

« Les vaccins, c'est tous les mêmes dates, tous les mêmes rythmes, le calendrier vaccinal il est là, je leur mets sous le nez, je leur dis « on a ce rythme-là » »M4

Ou pour le contrôle d'une pathologie aiguë :

« Ah oui parce que je considère, non pas qu'ils sont incapables mais en tout cas ils me disent qu'ils sont incapables en pédiatrie donc je vais faire avec eux, pareil. »M17

Certains les faisaient payer comme les autres :

« La famille des médecins, après je fais payer comme ça c'est plus clair. […]Au moins on s'occupe de vous, comme il faut, comme d'habitude.»M19

Ou ne leur laissaient pas le rôle du médecin.

Que ce soit à la maison :

« Ils ont un rôle de parent et je veux très peu qu'ils aient un rôle de médecin et je leur dit « C'est moi qu'il faut appeler. Vous, vous allez patouiller et chercher ou quoi ». Je leur laisse très peu le rôle de médecin. »M4

Ou pendant la consultation :

« Donc souvent ce que j'essaie c'est de mettre le parent à l'aise et de lui dire « Non mais dites-moi vraiment comment vous le sentez, à votre avis, qu'est-ce qu'il a ? Et dans le sens pas médical du terme on va dire, dans le sens du ressenti.»M16

3.2.4.2 La même charge émotionnelle

Les médecins traitants n'étaient pas forcément plus stressés :

« Je ne me souviens pas d'avoir été plus inquiète pour un enfant médecin que pour un enfant d'un patient lambda. Je pense que je m'inquiète en général quand ils sont graves. Que ce soit un enfant de médecin généraliste ou d'un autre parent. »M1

Ou plus attentifs :

« Il ne faut pas faire de conneries, de toutes façons, que ce soit la gardienne d'à côté ou la fille du Pr Machin. »M10

Aucun des médecins interrogés n'a refusé de prendre en charge un enfant de médecin :

« Non, jamais au contraire. Moi je trouve que c'est un plaisir. »M15

3.2.5 Aides et conseils

3.2.5.1 Ce qui les a aidés

3.2.5.1.1 C'est naturel

Pour certains médecins, prendre en charge un enfant de médecin comme les autres enfants était naturel :

« Je crois que je ne me suis jamais posé la question.»M2

3.2.5.1.2 Les considérer comme les autres :

Un des médecins s'est convaincu qu'il fallait les considérer comme les autres :

« « […] ils sont bien plus savants que moi. Ils prennent en charge des choses bien plus compliquées. » Donc la seule façon de s'en sortir, c'est de se dire « Il ne connaît rien à la pédiatrie, il vient me voir parce qu'il pense ne rien connaître à la pédiatrie » et j'essaie de faire toujours comme les autres. »M17

3.2.5.1.3 Avoir des enfants

Pour d'autres, le fait d'avoir des enfants les a aidés à comprendre ce que pouvait ressentir le parent médecin :

« D'abord élever mes enfants, ça aide vachement. Je crois qu'être pédiatre c'est aussi beaucoup élever ses enfants. »M4

3.2.5.1.4 Réflexion sur soi

Certains ont réalisé une réflexion sur eux-mêmes :

« Alors avant tout la psychanalyse, j'ai quand même une formation psychanalytique, je fais des groupes Balint, j'organise des groupes de parole donc oui bien sûr. »M16

3.2.5.1.5 L'expérience

Pour d'autres c'est l'expérience qui les a aidés :

« Alors au début, ça m'impressionnait. Et puis en fin de compte, non. Après non. Qu'est ce qui y'a ? On est un peu plus rigoureux parce qu'ils sont enfants de médecins et qu'on se dit qu'il y a comme une espèce de contrôle qui est fait à la maison, évidemment. Mais voilà, ça ne m'impressionne plus du tout. »M7

« D'ailleurs les remplaçants sont très stressés par les gosses de médecins et par les médecins qui viennent consulter. Ils sont très stressés. »M9

Ou tout simplement de vieillir :

« Bon il y a l'âge, je pense que le fait d'avoir des cheveux blancs, va donner une impression de sérieux, d'image un peu paternelle, un peu d'expérience [...] Je peux être leur père. Et on est plus au même niveau. Donc je ne me sens pas concerné ni par leur jugement, ni par leurs attentes.»M20

3.2.5.2 Les conseils

Pour conclure les médecins interrogés étaient amenés à donner des conseils à leurs confrères qui n'auraient pas l'habitude de prendre en charge des enfants de médecins.

3.2.5.2.1 Etre soi-même

Le conseil revenant le plus souvent était de rester soi-même :

« C'est de rester soi-même. […]Je reste comme je suis moi, c'est-à-dire avec les mêmes réflexions, le même raisonnement, j'ai un rythme dans ma consultation, j'ai un organigramme,…»M4

De se dire que ce sont les mêmes enfants :

« D'être le plus naturel possible et de considérer que c'est la même chose. […] C'est vrai qu'au début on est quelques fois un peu affolé, quoi. Mais surtout pas, ce sont les mêmes enfants et ce sont les mêmes parents. Il ne faut pas se tracasser. [...]Et puis s'ils vous jugent et bien ils vous jugeront de toute façon. Si vous, vous avez l'impression d'avoir bien fait votre boulot, ça passera. »M13

Les médecins interrogés conseillaient de ne pas faire de différence entre les parents médecins et non médecins :

« C'est-à-dire de plus en plus se départir du fait que lui est médecin et que vous avez une attitude différente avec lui, il ne faut pas avoir une attitude différente avec lui. Parfois on y échappe pas, mais en tout cas faire l'effort de le considérer comme lambda. »M20

M1 avait elle-même caché sa profession pour éviter cette différence :

« Quand je suis allée pour ma deuxième, je suis allée voir un pédiatre parce que déjà je voulais voir ce qu'ils avaient de plus que nous. Et je ne voulais pas lui dire que j'étais médecin. Parce que je voulais justement qu'elle me traite comme une maman normale. Et elle ne l'a su qu'à partir de 3-4 mois. »M1

Ne pas se « mettre la pression » :

« Mais les prendre comme tout le monde, ne pas se mettre une pression dingue parce que c'est un enfant de médecin. »M14

3.2.5.2.2 Garder la bonne distance

Les médecins interrogés conseillaient également de garder le rôle de médecin et de ne pas copiner.

« Il y a une règle, il faut vraiment être des médecins. On n'est pas là pour séduire quand on est médecin. On est là pour soigner et pour donner les bons conseils.»M10

« On ne doit pas chercher à faire la conversation sous prétexte qu'on fait le même métier avec un parent médecin. [...]Et puis ce n'est pas comme ça qu'on va forcément attirer, ni la sympathie, ni le respect, ni la confiance qui fait que le parent adhérera mieux au diagnostic et au traitement. »M8

M16 racontait une consultation avec une fille de psychiatre :

« On ne doit pas être le confrère ou le copain avec qui on parle médecine. Et généralement et ça je pense à hier très fort parce qu'à la fin de la consulte, on en est venu à parler

psychanalyse avec le papa. Et bien la petite fille, elle n'en pouvait plus. Elle tenait la porte d'une main et touchait son père de l'autre [rire] et donc à un moment moi j'ai dit « On en parlera peut-être une autre fois » mais elle n'en pouvait plus. [...]Parce que souvent quand les médecins sont contents, à la fin, ils ont envie de parler d'eux mais non c'est la consultation de l'enfant avant tout. »M16

Ne pas rompre le charme :

« Moi en tant que patiente, […] Il y a une chose que je n'apprécie pas, c'est quand le médecin en face de moi commence à me raconter sa vie, ses difficultés, etc... […] Parce que c'est comme si ça rompait le charme. […] et tout s'écroule. Ce n'est même plus la peine. […] C'est-à-dire qu'il faut se dire que l'on ne peut pas tellement copiner avec le médecin. […] Si on veut garder notre position de soignant,… »M16

Tout en sachant qu'il est difficile de garder la bonne distance, de ne pas s'identifier :

« …se dire que tu sais que tu n'as pas la bonne distance. Et avec ça, faire ce que tu peux selon ta personnalité, tes compétences, ta disponibilité, ton niveau d'investissement avec les parents toubibs,…»M5

Ne pas se laisser influencer :

« Il faut réanalyser la symptomatologie du début jusqu'à la fin et puis voilà. Il y a plein de gens qui font des commentaires tout le temps « C'est peut-être les dents, c'est peut-être machin ». Il était au foot, c'est peut-être qu'il a pris trop chaud ». Il y a plein d'informations, d'interprétations ou de rapports de cause à effet. Ça n'a jamais rien donné ça. »M10

« Ne pas se laisser emporter par le discours dans lequel il vous emmène, parce que ça fait beaucoup de mal ça. »M20

Montrer qu'on est sûr de soi :

« On exerce une spécialité dans laquelle, l'anxiété n'a pas lieu d'être. C'est-à-dire que quand vous racontez quelque chose à une femme, il faut que vous soyez crédible, sûr de vous. Si vous la faites flipper et que vous dites « Oui, ça peut être ça aussi, ça peut être ça, ça peut être ça », elle part affolée hein, elle va voir quelqu'un d'autre. »M6

« Ben je crois que si vous êtes dans cette situation, je crois que tout dépend de comment vous êtes vis-à-vis de vous-même. C'est-à-dire qu'une maman qui est agressive avec vous, lui dire « Ben c'est comme ça. Si c'était ma fille voilà ce que je ferais. » […] Je vous le propose, vous n'en voulez pas, il y a tellement de médecins à Paris, à Marseille, où que vous soyez. Changez, moi ça m'est égal, que vous alliez voir un autre médecin.»M12

3.2.5.2.3 Se remettre en question

Etre humble :

« Voilà, pour être un bon médecin il faut être humble. Il faut savoir remettre les choses à plat, ne pas rester le nez dans le guidon. […] On a de l'intuition. 9 fois sur 10, je sais ce qu'a l'enfant qui rentre, sans même l'examiner. Je vérifie que ce que je pense et que ce que je constate, ne restent pas au pif comme ça. C'est comme ça qu'on fait de la bonne médecine je pense. Et puis, il faut prendre son temps quand on doit prendre son temps.»M10

Etre attentif quand l'histoire est compliquée :

« Mais bon, moi je fais un peu plus attention si c'est un peu compliqué quoi. »M14

Savoir passer la main :

« Et puis on est tous confrontés à ça. Sans se croire omnipotent, on sait que quand on ne sait pas, on passe la main. C'est tout. »M18

3.2.5.2.4 Comprendre l'inquiétude des parents

Comprendre que parfois, l'agressivité est liée à l'inquiétude du parent que l'on a en face de soi :

« De savoir vraiment, donner une autre dimension aux réflexions de premier abord qui pourraient être vécues comme de l'ordre de la rivalité où on vous signifie plus ou moins que vous êtes incompétent. […]…c'est souvent l'inquiétude du parent qui est là en premier et qui va avoir du mal à se formuler d'une façon juste. »M16

Ne pas négliger cette inquiétude :

« Alors, il y a une manière de répondre à ça, maintenant. C'est de dire, j'entends ce que tu dis, on va juste surveiller mais j'entends ce que tu dis. Je ne passe pas par-dessus ce que tu as dit, je l'ai bien entendu, c'est peut-être un Kawasaki, on n'est qu'au deuxième jour, il manque tel et tel signe. On va voir, on va surveiller. Mais je lui ai montré que même si je n'y pense pas une seule seconde, je vais lui montrer que j'ai entendu et que un jour, je peux venir à penser la même chose que lui. Il ne faut pas fermer la porte. »M20

3.2.5.2.5 Rester confraternel

Etre disponible :

« Dans ce rapport et puis…Oui, être dispo quoi. »M14

Garder une bonne relation avec le parent médecin :

« Pour commencer il faut rester très cool et très zen. Il faut avoir une bonne relation avec la personne, c'est tout. »M9

« Et puis par la discussion, de voir si tout le monde est bien d'accord.»M19

3.2.5.2.6 Ne pas oublier l'enfant

Ne pas se laisser obnubiler par le fait qu'on a un parent médecin en face de soi :

« Là où il faut faire très attention dans une consultation avec des parents médecins, c'est que la parole ne soit pas qu'entre les deux médecins. Et il faut laisser la place à l'enfant, […] On le garde au centre. On a envie qu'il revienne et qu'il trouve un lieu d'écoute pour lui. C'est important de garder cette alliance aussi avec l'enfant. »M16

3.3 Résumé des résultats principaux :

Même si ce n'est pas dans son intégralité, la consultation d'un enfant de médecin différait toujours de la consultation d'un autre enfant.

Parmi les réponses des médecins interrogés, quatre thèmes ressortaient pour décrire la consultation d'un enfant de médecin ; deux concernaient l'attitude du parent et deux autres l'attitude du médecin soignant. Les deux thèmes concernant le parent étaient son savoir médical et sa volonté d'être un parent avant tout. Les deux thèmes concernant le médecin soignant étaient sa considération pour son interlocuteur comme étant un parent comme les autres ou un confrère. Même s'ils étaient finalement tous présents dans chaque consultation décrite, chaque thème pouvait être plus ou moins représenté, selon l'investissement du parent médecin dans la prise en charge médicale de son enfant et selon que le médecin soignant considérait plus le confrère ou le parent.

3.3.1 Le savoir du médecin parent

Le manque d'objectivité du parent était fréquemment décrit par les médecins interrogés. Ils pouvaient être soit trop anxieux, soit pas assez. Plus fréquemment, les médecins interrogés décrivaient une anxiété majorée. Celle-ci était due à leur savoir, ils imaginaient toujours le pire. Face à cette inquiétude, ils se montraient compréhensifs et prenaient plus de temps pour expliquer le diagnostic et la prise en charge. Les parents étaient faciles à raisonner, ils avaient simplement besoin d'être rassurés.

Globalement, les parents médecins consultaient moins que les autres parents, notamment pour les pathologies aigües qui étaient gérées à la maison. Souvent, ils consultaient pour le suivi programmé de l'enfant ou une inquiétude particulière sur un diagnostic, en cas d'évolution non favorable d'une maladie, pour des consultations délicates ou pour des gestes jugés douloureux ou techniques. Parfois, le médecin traitant était consulté uniquement pour un avis.

Le savoir du parent pouvait être considéré comme un avantage. Les deux interlocuteurs parlaient « la même langue » ce qui facilitait la compréhension et permettait de gagner du temps. Les connaissances du parent pouvaient parfois aider le médecin soignant dans son diagnostic, lui permettre de différer des examens complémentaires ou traitements ou d'éviter de reconvoquer un patient pour une réévaluation de pathologie aigüe.

Ce savoir pouvait aussi être considéré comme un inconvénient. Les parents pouvaient discuter le diagnostic ou la prise en charge évoqués par le médecin soignant. Ceci apportait un stress supplémentaire au médecin soignant qui pouvait se sentir jugé. Enfin, il était parfois difficile de juger quelle information donner au parent, de lui en donner suffisamment sans le vexer.

Les pédiatres consultaient moins que les autres spécialités, les psychiatres plus. Les médecins généralistes avaient une certaine culture pédiatre, facilitant la compréhension de la pathologie et de sa prise en charge.

3.3.2 Le confrère

Plus qu'un médecin qui emmenait son enfant, il s'agissait d'un confrère qui avait une histoire commune au médecin soignant. Les médecins soignant étaient souvent choisis par le bouche à oreille ». Ainsi, le parent médecin venait consulter en toute confiance. Le fait de soigner un confrère apportait un certain degré d'anxiété au médecin soignant, il avait peur de l'erreur. Même s'il n'avait pas forcément d'explication logique à cette crainte, il admettait parfois un manque d'objectivité, une attention particulière, une prise en charge différente pour ne pas faire d'erreur.

La consultation pouvait également être vécue comme plus sympathique, le parent médecin ayant parfois droit à des traitements de faveur comme une plus grande disponibilité, un tarif de consultation différent ou une prise en charge « à la carte » dans le but de garder une bonne ambiance.

3.3.3 Etre parent avant médecin

Souvent, le médecin qui emmenait son enfant se posait avant tout en parent et souhaitait donc être considéré comme les autres parents.

Il faisait confiance au médecin soignant, lui déléguant les décisions et les soins à 100%, et ne montrait pas plus d'exigences que les autres parents. Il prenait les rendez-vous comme les autres parents, les motifs de consultation étaient identiques, ils étaient désireux des mêmes conseils, ne discutaient pas les prescriptions et voulaient payer comme les autres. Ils le disaient même clairement « Oubliez que je suis médecin. » Parfois, pour être considéré comme les autres parents, le parent cachait sa profession au médecin soignant.

3.3.4 L'abstraction du médecin

Finalement, pour répondre à cette démarche, tous les médecins interrogés essayaient de faire abstraction du médecin et considéraient qu'ils avaient un parent comme les autres en face d'eux. Même si les parents avaient droit à quelques traitements de faveur et que le vécu de la consultation était différent, la prise en charge de l'enfant ne différait pas des autres enfants. La consultation globalement, se déroulait de la même façon.

3.3.5 Aides et conseils

En fin d'entretien, les médecins interrogés étaient amenés à décrire ce qui les avait aidés dans la prise en charge de ces patients et de leurs parents particuliers et à donner des conseils à leurs confrères n'ayant pas encore été confrontés à cette situation.

Pour certains, considérer le parent médecin comme les autres parents leur paraissait naturel, d'autres avaient besoin de s'en persuader. Certains ont eu besoin de faire des réflexions sur eux-mêmes, de participer à des groupes de pairs. Pour d'autre encore, c'est simplement leur expérience.

Le conseil le plus fréquemment donné par les médecins interrogés était de rester soi-même, d'oublier que le parent était médecin et de ne rien changer à sa consultation. Il fallait garder la bonne distance, ne pas trop « copiner », se remettre en question, comprendre l'inquiétude des parents, rester confraternel et finalement ne pas oublier l'enfant.

4. DISCUSSION

4.1 Forces et faiblesses de l'étude

4.1.1 Forces

4.1.1.1 Originalité du sujet

Quelques études abordaient la relation entre un médecin soignant et un parent médecin qui consulte pour son enfant. Notre étude est la première à étudier le point de vue du médecin soignant dans cette relation. Elle apporte donc de nouvelles informations sur cette consultation particulière.

4.1.1.2 Choix de la méthode

La méthode qualitative par entretiens semi-dirigés a permis d'obtenir des réponses plus personnalisées et spontanées. Elle a permis de créer une ambiance propice à la confidence où le médecin ne se sentait pas jugé comme il aurait pu l'être en répondant à un questionnaire ou lors d'une méthode de focus groupe. Ainsi, cette méthode a permis de répondre à la question posée.

Cette méthode a permis également d'obtenir des réponses sur l'expérience, le ressenti et le vécu du médecin, chose qui aurait été plus difficile à exprimer au travers d'un questionnaire à questions fermées. Elle permettait également d'approfondir le raisonnement du médecin interrogé en rebondissant sur ses réponses.

Enfin, les questions ouvertes du guide d'entretien ont permis d'obtenir des réponses très riches auxquelles nous n'aurions pas forcément pensé en rédigeant un questionnaire.

4.1.1.3 Population interrogée

Nous avons interrogé des médecins généralistes et des pédiatres, hommes et femmes, de lieu d'exercice différent afin d'obtenir une plus grande richesse de résultats. Cette population n'est pas représentative de la population de médecins mais ce n'est pas l'objectif de cette méthode. Le nombre de 20 médecins est ce qu'on retrouve classiquement dans une étude qualitative dans les thèses d'exercice de médecine générale. Il est suffisant pour obtenir une richesse d'informations.

La plupart des autres études prenaient en compte la relation avec des médecins hospitaliers. Notre étude n'a interrogé que des médecins libéraux. Cette étude permet d'étudier la vie au cabinet, celle de tous les jours au plus proche de la réalité même si le recrutement des médecins était plus difficile.

4.1.1.4 Recrutement des médecins

Les médecins contactés étaient choisis au hasard en fonction du premier nom apparaissant dans la liste des pages jaunes. Tous les médecins de la liste étaient contactés consécutivement jusqu'à obtention d'une réponse positive. Ceci a permis de limiter le biais de sélection.

4.1.2 Faiblesses

4.1.2.1 Bibliographie

La recherche bibliographique ne comporte pas d'article traitant directement du sujet. Malgré une recherche poussée avec l'aide de la bibliothécaire de la faculté, nous n'avons pas retrouvé d'article sur le thème « enfant de médecin ». Ceci était en partie lié au fait que Pub Med ne différencie pas « enfant de médecin » de « enfant et médecin », rendant la recherche très complexe.

4.1.2.2 Choix de la méthode

Lors de la réalisation des entretiens semi-dirigés, nous avons pu, de par nos connaissances, notre personnalité, nos opinions et les réponses que nous avions déjà reçues des précédents entretiens, poser les questions de manière subjective. Néanmoins, les médecins interrogés ne cherchaient pas à être d'accord avec nous mais à exprimer leur propre opinion telle qu'ils la ressentaient.

Etant novice dans le domaine des entretiens semi-dirigés, nous avons acquis de l'expérience au fur et à mesure de leur réalisation. Le premier et le dernier médecin n'ont donc pas eu la même qualité d'écoute et de guidage.

Cette méthode utilise des données qui sont déclaratives et ne sont pas vérifiables. Certains médecins ont pu omettre certaines données volontairement ou non et modifier la réalité.

4.1.2.3 Choix du lieu d'exercice

Cette étude reste une étude parisienne où la culture des médecins est de consulter un pédiatre. Cette culture est moins puissante dans les régions plus rurales, moins dotées en pédiatres (près d'un tiers des pédiatres sont installés en Ile de France) (21) et il est probable que les réponses auraient étés différentes en interrogeant des médecins d'une autre région. Il est certain que ce biais est l'un des plus importants de ce travail.

4.1.2.4 Recrutement des médecins

Les médecins ayant accepté de répondre aux questions étaient soit intéressés par le sujet soit réalisaient un acte confraternel en aidant « une consœur ». Il pouvait donc y avoir un biais de recrutement. A noter que seulement trois médecins, parmi les centaines contactés, présentaient les critères d'inclusions et ont refusé de participer à l'étude. Néanmoins je ne peux pas exclure que certains médecins contactés aient répondu qu'ils ne soignaient pas d'enfant pour éviter de me recevoir.

4.1.2.5 Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens n'a pas été effectuée par triangulation.

4.1.2.6 Résultats

Le contenu des résultats peut paraître un peu long mais correspond à la richesse des résultats.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 L'offre et la demande

4.2.1.1 La demande du parent

Le médecin qui consulte un confrère pour prendre en charge la santé de son enfant le fait par choix. Il a choisi d'être le parent et de ne plus être le médecin. Il donne sa confiance au médecin qu'il consulte. Il se comporte donc comme un parent « classique » la plupart du temps : il prend des rendez-vous comme les autres parents, n'intervient pas dans les décisions du médecin, ne montre pas plus d'exigences, est désireux des mêmes conseils, respecte les prescriptions et veut payer la consultation au même prix que les autres.

Nous retrouvions cette notion dans la thèse du Dr Olivier Huré (4) où les parents se plaignaient d'un discours trop médical de la part du médecin qu'ils consultaient. L'un des médecins avait caché sa profession lors de la prise en charge de son enfant dans le but d'être considéré comme les autres parents. La volonté de ne pas mélanger le rôle de parent et de médecin était également très forte dans cette thèse ainsi que dans celle du Dr Sandrine Boscherel (17).

4.2.1.2 L'offre du médecin traitant

Dans notre thèse le médecin traitant répond bien à cette demande. La prise en charge globale de l'enfant diffère finalement peu. Même s'il est plus ouvert à la discussion, le

médecin traitant garde son rôle de médecin et prend les décisions, puisque c'est le rôle qu'on lui a donné. Il fait abstraction du médecin dans sa prise en charge, du moins en partie. La capacité d'abstraction et la charge émotionnelle liée à cette consultation était différente d'un médecin à l'autre. Certains étaient indifférents, d'autres vivaient la consultation comme plus difficile ou plus facile.

Pourtant, la prise en charge de l'enfant n'est jamais identique à celle d'un patient « classique » et ce, à des degrés différents en fonction du médecin interrogé.

Pourquoi une telle différence alors que la demande des parents est justement qu'il n'y en ait pas ?

Certains médecins interrogés le disent. Ils ne veulent pas se tromper. Ils s'en voudraient de faire une erreur. Depuis le début de nos études, nous apprenons l'esprit de confraternité. Le médecin n'est pas seulement une personne exerçant la même profession que nous. C'est un confrère. Un peu comme un membre de notre famille, nous avons appris ensemble, nous avons grandi ensemble. Comme M17 le disait, « *…on a connu les salles de garde. On a connu les angoisses aux urgences…* »

Et donc, même si les médecins interrogés disent globalement faire la même prise en charge, faire abstraction du médecin, il y a un petit quelque chose qui change, ils sont plus attentifs. Cela peut être au niveau de l'interrogatoire qui est plus poussé, de l'examen clinique, d'une posologie qui sera vérifiée ou de la prescription d'examens complémentaires, une arrière-pensée. Le but étant de ne pas passer à côté de quelque chose.

Ce sentiment est d'autant plus fort que le parent médecin qui confie son enfant se décharge de son savoir. C'est-à-dire que lui aussi pourrait avoir la capacité de faire ce diagnostic ou cette prise en charge mais se décharge auprès de son confrère, parce qu'il lui fait confiance, il se défait de quelque chose. Donc l'erreur pourrait être double, la première serait médicale, le médecin n'a pas fait le diagnostic ou s'est trompé dans la prise en charge, la deuxième serait une rupture de confiance, le médecin ne se sent pas à la hauteur de la confiance apportée par son confrère. Deux des médecins interrogés disaient que c'est justement parce qu'ils sont plus attentifs et qu'ils ne veulent pas faire d'erreur, qu'ils en font. Bien souvent elles sont anodines mais traumatisent le médecin soignant.

La notion d'un lien plus intense entre un médecin soignant et un médecin soigné était également décrite dans la thèse du Dr Aurélie Bauguion. Et la notion de crainte de l'erreur est retrouvée dans la thèse du Dr Madeleine Lhote. Un autre aspect de la réaction confraternelle, est la sympathie. Effectivement le lien entre le médecin et le parent est plus intense. La consultation est plus sympathique, le médecin se montre majoritairement plus disponible, plus souple sur le respect des dates de consultations ou des prescriptions, ne fait pas payer la consultation ou la fait payer moins cher. Il donne son numéro de téléphone, accepte des horaires de consultation inhabituels, coordonne les prescriptions

qu'il fait, tout cela, ils le disent, dans le but de garder une bonne ambiance. Ils ne veulent pas se disputer avec un confrère.

Cette confraternité était très fortement exprimée dans les thèses sur le sujet « soigner un médecin », il existait une différence entre la théorie : soigner le médecin comme les autres patients « classiques » et la pratique : soigner le confrère : être plus disponible et plus ouvert à la discussion. (19) (20)21

4.2.2 Trop ou pas assez

Le parent qui vient consulter est également un médecin qui vient avec son savoir de médecin. Et même s'il veut être un parent avant tout, il ne peut pas se défaire totalement de ce savoir et le médecin traitant non plus.

Lors d'une pathologie aiguë, le parent était rarement décrit comme objectif vis-à-vis de la maladie de son enfant au premier abord. En réinterrogeant le médecin soignant, ces situations étaient finalement peu fréquentes mais beaucoup des médecins interrogés y avaient été confrontés.

4.2.2.1 Majoration de l'anxiété

Le parent pouvait être très anxieux. Ce phénomène était décrit par de nombreux médecins interrogés. L'explication est qu'il imagine le pire. Ceci vient également du fait que dans nos études, nous apprenons à toujours raisonner en termes de gravité alors qu'en consultation de médecine générale, y est associé la prévalence. Il faut éliminer ou traiter le pire pour chaque patient, pour chaque symptôme. Pourquoi ne pas raisonner de la même façon quand il s'agit de son enfant ? Le facteur émotionnel lié au fait que la personne malade n'est pas un patient « classique » mais un être cher, rajoute une charge émotionnelle.

Pour exprimer cette anxiété, le parent médecin va être plus exigeant. Il va demander plus de disponibilité de la part du médecin traitant, demander plus d'examens complémentaires et discuter les ordonnances. Cette situation était souvent retrouvée dans le cas de pathologies aiguës pour des parents qui sont investis dans la prise en charge de leur enfant et gèrent d'habitude les situations aiguës par eux-mêmes. Ils consultaient pour un deuxième avis.

Dans la thèse du Dr Madeleine Lhote étudiant la consultation du médecin lui-même, (19) il arrivait que les médecins consultent après s'être autoprescrit des examens complémentaires pour faire avancer le diagnostic. La prescription d'examens complémentaires par le parent médecin n'a été décrite qu'à une seule reprise dans notre étude. Les autres parents posaient certes, plus de questions et discutaient les prescriptions mais ne les réalisaient pas d'eux-mêmes. Cette différence est probablement

due au fait que les examens complémentaires sont considérés comme très invasifs et souvent inutiles en pédiatrie.

Face à cette modification du comportement, le médecin traitant pouvait se sentir déstabilisé, jugé et stressé. Certains ne comprenaient pas pourquoi ils étaient consultés puisque le parent médecin avait les mêmes connaissances qu'eux. En fait ce parent consulte probablement parce qu'il a besoin d'être réassuré. Même s'il a les connaissances, il ne sait pas être objectif avec son enfant et a besoin d'un regard extérieur.

Ce ressenti de consultation plus stressante et la peur d'être jugé étaient également décrits dans la thèse du Dr Madeleine Lhote chez les médecins soignants(19).

Pour répondre à cette différence de comportement, le médecin pouvait montrer qu'il entendait les inquiétudes du parent médecin, donnait plus d'explication et parfois, modifiait sa prise en charge en prescrivant par exemple plus d'examens complémentaires. Ces examens étaient plus souvent prescrits par empathie que par réelle inquiétude.

Face à un médecin qui savait se montrer sûr de lui et en qui il avait confiance, l'anxiété cédait rapidement. Finalement les médicaments ou examens complémentaires n'étaient pas forcément réalisés une fois le parent rassuré.

4.2.2.2 Minoration de l'anxiété

D'autres parents pouvaient être décrits comme étant moins anxieux que les autres. Ils géraient les pathologies aiguës à la maison et savaient garder un certain recul même en situation urgente. Les médecins traitants pouvaient être mis en difficulté notamment quand le parent consultait trop tard ou ne comprenait pas l'urgence de certains examens. Ceci vient probablement de l'expérience des médecins, habitués à des situations plus graves qu'une « infection ORL virale » dans leur pratique quotidienne.

Cette « négligence » teintée de déni était retrouvée dans la thèse du Dr Aurélie Bauguion chez les médecins soigné. (20)

Face à ce comportement, le médecin soignant réagissait finalement de la même façon que dans la situation précédente. Il prenait le temps d'expliquer, allégeait parfois les prescriptions car il savait que la réévaluation serait faite à la maison, se montrait disponible et proposait la même réévaluation que pour les autres enfants. Et face à un médecin qui se montre sûr de lui, dans un climat de confiance, le parent suivait les consignes du médecin.

Certains médecins interrogés disaient que le fait d'être trop anxieux ou pas assez n'était finalement pas lié à la profession de médecin mais à la personnalité du parent. Il est néanmoins probable que cette personnalité soit accentuée par l'expérience, les connaissances du médecin et que le patient ne soit pas un patient « classique » mais son propre enfant.

D'ailleurs plusieurs thèses sur le thème « soigner son enfant » montraient un manque d'objectivité chez les parents médecins, raison pour laquelle les parents consultaient un confrère. (4)(17)(18)

4.2.3 Les différences entre les spécialités.

Les pédiatres et les médecins généralistes pourraient avoir un comportement différent par rapport aux autres spécialités. Ils ont les connaissances pour soigner leur enfant au même titre que ceux qu'ils voient en consultation tous les jours. Il est vrai qu'ils consultent souvent moins que les autres, gérant les pathologies aiguës à la maison mais ils n'interviennent pas forcément plus dans la consultation que les autres parents.

Dans sa thèse, du Dr Olivier Huré explique que c'est souvent par facilité. (4)

Cependant, dans notre thèse, certains pédiatres et médecins généralistes consultaient exactement de la même façon que les autres spécialités. Ceci s'explique par le fait que ces médecins, lorsqu'ils consultent pour leur enfant, ne sont plus médecins, ils sont parents. Dans la thèse du Dr Olivier Huré, les médecins interrogés exprimaient clairement la volonté de différencier les deux rôles. Le fait de consulter plus ou moins souvent, de solliciter plus ou moins le médecin traitant pour les pathologies aiguës dépendait finalement plus du degré d'implication du médecin dans la prise en charge de son enfant que de sa spécialité.

Dans notre thèse, certains parents médecins déléguaient la prise en charge de leur enfant à 100%. Le Dr Aude Jean-Lobstein, dans sa thèse quantitative, avait montré que 98% des médecins interrogés avaient soigné leurs enfants au moins une fois. Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans la thèse du Dr Aude jean-Lobstein, les médecins parents sont tous des généralistes. (1)

En revanche, les psychiatres consultent plus souvent pour les pathologies aiguës que les autres médecins. Ceci pouvait également être retrouvé dans des spécialités éloignées de la médecine générale ou de la pédiatrie avec une faible activité clinique auprès du patient. Ce manque d'expérience clinique est probablement la raison de cette décharge.

4.2.4 Refus de suivi

Aucun des médecins interrogés n'a un jour refusé de prendre en charge un enfant de médecin. Souvent, la question les étonnait. Au contraire, ils se sentaient plutôt flattés d'être consultés par un confrère. Olivier Huré retrouvait des résultats différents dans sa thèse où plusieurs parents médecins avaient essuyé des refus de la part de confrères et notamment de médecins généralistes. (4)Cette différence de résultats peut s'expliquer par le fait que les médecins interrogés soignaient effectivement des enfants de médecins.

Néanmoins, aucun des médecins interrogés ou contactés ne m'a dit avoir eu une expérience mauvaise au point de refuser de prendre en charge d'autres enfants de médecins.

4.2.5 La place de l'enfant

Il ne faut pas oublier que finalement, la personne qui doit être au centre de cette consultation, c'est l'enfant. Certes le sujet de cette thèse est la relation entre le parent médecin et le médecin soignant mais il ne faut pas en oublier le sujet principal. Une seule des médecins interrogés m'a parlé de la place de l'enfant dans cette consultation. Ceci montre quand même que le médecin soignant est obnubilé par ce parent. Pourtant la place de l'enfant est primordiale dans cette consultation. Il est important qu'il puisse se sentir dans un climat de confiance, lui aussi, pour qu'il puisse évoluer vers une autonomie dans ses soins et qu'il trouve un lieu d'écoute pour lui. Le questionnaire ne comportait pas de question spécifique à la place de l'enfant dans la consultation. Peut-être que le sujet n'a pas été abordé parce qu'il n'y avait pas de question dessus, ceci est une faiblesse de l'étude. Peut-être aussi que les médecins interrogés ne voyaient pas l'intérêt d'aborder le sujet parce que l'enfant ici, n'est pas le problème et qu'il a la même place dans la consultation que les autres enfants.

4.3 Perspectives

Cette thèse est la première à étudier la consultation d'un enfant de médecin du point de vue du médecin soignant.

Elle n'a cependant pas la prétention d'être exhaustive sur le sujet:

Comme expliqué précédemment, cette étude est parisienne. Ceci implique une région comprenant une grande densité de médecins et notamment de pédiatres. Il serait intéressant d'évaluer cette relation dans des zones plus rurales, moins riches en pédiatres. Certaines thèses sur le sujet « soigner ses enfants » ont montré que les médecins consultaient plus volontairement des médecins généralistes pour leurs enfants en dehors de Paris. On peut imaginer que la relation soit différente.

Nous avons évalué ici la consultation en milieu libéral. C'est-à-dire, une consultation de suivi où le parent médecin a fait le choix de confier son enfant à un autre médecin et a choisi ce médecin. Elle se déroule donc dans un climat de confiance. On peut imaginer une relation toute autre en contexte hospitalier, notamment dans le domaine de l'urgence. Le parent n'a alors pas fait le choix de consulter et ne choisit pas non plus le médecin. Ceci pouvant être ajouté à une situation de stress du fait du caractère potentiellement grave de la pathologie. Il pourrait donc être intéressant d'étudier cette situation.

5.CONCLUSION

Dans la consultation pédiatrique, le parent est au premier plan. Même si la consultation est centrée sur le jeune patient, la communication s'établit principalement entre les deux adultes. Dans notre étude, cette consultation est différente des autres, le parent est médecin.

Même si elle tend à ressembler à toutes les autres, la consultation d'un enfant de médecin n'est jamais anodine. Elle peut être ressentie comme difficile.

Lors de la consultation d'un enfant de médecin, deux attitudes opposées étaient observées chez chacun des intervenants. Le parent pouvait mettre en avant son côté médecin ou son côté parent. Le médecin soignant pouvait considérer qu'il avait en face de lui plutôt un confrère ou un parent comme les autres. Finalement, les quatre attitudes étaient retrouvées dans chaque consultation mais chacune pouvait être plus ou moins représentée selon l'investissement du parent médecin et le recul du médecin soignant par rapport à la situation. Le manque d'objectivité du parent médecin était fréquemment décrit par les médecins interrogés. Il pouvait être trop anxieux. L'anxiété liée à l'affectivité était majorée par son expérience professionnelle, il imaginait le pire. Il pouvait ne pas l'être assez, sous estimant la gravité des symptômes.

Au final le médecin traitant a beaucoup de facteurs à prendre en compte dans sa prise en charge. Il doit s'adapter à la personnalité du parent médecin, lui montrer qu'il entend qu'il est médecin mais en même temps le considérer avant tout comme un parent, comprendre ses angoisses et y répondre, se montrer sympathique et disponible mais rester à sa place de médecin traitant, prendre les décisions qui lui reviennent et savoir les imposer. Le tout en restant objectif, sans se laisser influencer par le manque d'objectivité du parent ou ses propres angoisses….Ne pas craindre l'erreur…

Finalement, la consultation est quasiment identique à celle d'un autre enfant. Elle est peut-être plus exemplaire. La grande force des médecins soignants c'est lorsqu'ils arrivent à oublier le « côté médecin » du parent et à faire la même consultation que pour un autre enfant. Les facteurs favorisant l'absence de différence lors de la consultation peuvent être l'âge du médecin soignant, l'expérience ou le fait d'avoir eux-mêmes des enfants et de comprendre les désirs et inquiétudes des parents.

La consultation peut être très variable selon la personnalité, l'histoire et l'expérience du parent que l'on a en face de soi. Il n'y a pas de conseil précis à apporter aux médecins pouvant être amenés à se trouver dans cette situation. Ce qui est surprenant, c'est que tout cela se fait, la plupart du temps naturellement et sans souci.

La clé est peut-être de rester soi-même.

BIBLIOGRAPHIE :

1 Aude Jean Lobstein : Audit sur le suivi médical des enfants de médecins généralistes.
Thèse de médecine : 2010, Université de Rouen

2 Code de la sécurité sociale, article L-162-5-3,
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740743&dateTexte=&categorieLien=cid,
consulté le 31/07/2015.

3 Site du conseil national de l'ordre des médecins,
http://www.conseil-national.medecin.fr/article/questions-reponses-sur-le-medecin-traitant-921,
consulté le 31/07/2015.

4 Olivier Huré : Etre ou ne pas être le médecin de ses enfants. Enquête qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de vingt médecins généralistes exerçant à Paris.
Thèse médecine : 2008, Université Paris Descartes

5 Serment d'Hippocrate,
http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311,
consulté le 31/07/2015

6 Van Dalen J, van den Eertwegh V. « Communication in the initial paediatric consultation. » Paediatr Respir Rev. 2013 Dec;14(4):209–12.

7 Mélanie Artufel Meiffret : La consultation pédiatrique en médecine générale : expériences, perceptions et attentes des parents d'enfant de 0 à 6 ans. Enquête qualitative auprès de 16 parents dans les Alpes Maritimes.
Thèse de médecine : 2013, Université de Nice

8 Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. Soc Sci Med. 2001 Mar;52(6):839–51.

9 Tates K, Meeuwesen L. "Let mum have her say": turntaking in doctor-parent-child communication. Patient Educ Couns. 2000 May;40(2):151–62.

10 Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. Doctor-parent-child relationships: a “pas de trois.” Patient Educ Couns. 2002 Sep;48(1):5–14.

11 Pantell RH, Stewart TJ, Dias JK, Wells P, Ross AW. Physician communication with children and parents. Pediatrics. 1982 Sep;70(3):396–402.

12 Fantino B. et al, Représentations par les médecins généralistes du rôle de l’entourage accompagnant le patient, SFSP 2007 ; 19 : 241-252. Etude REMEDE

13 Leblanc A. Les angoisses des parents pour la santé de leur enfant. Enfances Psy. 2009 Jun 19;n° 42(1):63–70. 21. Roca R., Genolini J-P., Neyrand G., « Les moments de négociation dans le jeu des intéractions médecin-patient en consultation médiacle »Rapports intermède, mai 2008, mars 2011 » Toulouse.

14 Roca R., Genolini J-P., Neyrand G., « Les moments de négociation dans le jeu des intéractions médecin-patient en consultation médiacle »Rapports intermède, mai 2008, mars 2011 » Toulouse.

15 Rolland C., Lang T., « La relation médecin-malade lors de la consultation de patients hypertendus en médecine générale de ville » INPES Evaluations en prévention et en éducation pour la santé 2007.

16 Bérangère Joffre-Berthomme : Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ?

Thèse de médecine : 2001, Université de Lyon

17 Sandrine Boscherel épouse Toumelin : La prise en charge médicale de la famille du généraliste (conjoint et enfants)

Thèse de médecine : 2009, Université de Rennes

18 Marie-Emilie Bouquet Lautie: Déterminants de la prise en charge de ses proches, en particulier de ses enfants, par le médecin généraliste. Etude qualitative auprès de médecins girondins par focus groupes.

Thèse de médecine : 2012, Université de Bordeaux

19 Madeleine Lhote : soigner un médecin malade : quelles spécificités ?

Thèse de médecine générale : 2011, Université Paris 7

20 Aurélie Bauguion : quand le médecin généralise soigne un de ses confrères : une consultation difficile ?

Thèse de médecine : 2013, Université de Nantes

21 J. Galli, C. Debout, L. Omalek. « Plus de recours aux médecins spécialistes en Ile de France. » INSEE.
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/themes/dossiers/sante/docs/sante_chap9.pdf
Consulté le 01/09/2015

22 B. Gauthier : Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données, 4è ed.
Québec : Presses de l'université du Québec, 2003, 296 p.

23 Nolwenn Madec: La prévention au sein de la famille du médecin généraliste, description à partir d'une enquête menée auprès de 100 conjoints
Thèse de médecine : 2010, Université de Nantes

24 Mickaël Chaillart : Les enfants de médecins généralistes de Côte d'Or : Futurs praticiens ?
Thèse de médecine : 2006, Université de Dijon
Valérie Cornec: Conciliation travail-famille chez les femmes médecins généralistes
Thèse de médecine, 2003, Université de Rennes

25 Marie Pichon-Pawelski : Etre mère et médecin généraliste : est-ce compatible ? Enquête menée auprès des femmes médecins généralistes de Lorraine
Thèse de médecine : 2007, Université de Nancy

26 Johanna Thomas Lo Presti : Conciliation de la vie professionnelle et de la vie personnelle et familiale des femmes médecins généralistes de la Somme en 2005
Thèse de médecine : 2006, Université de Amiens

27 Delphine Godard : Etre femme, mère et médecin généraliste en Franche-Comté
Thèse de médecine : 2010, Université de Besançon

28 Anne-Laure Grill-Calvano: L'enfant et la mère médecin généraliste à travers le dessin de la famille
Thèse de médecine : 2003, Université de Nantes

29 Loïc Masson : Le médecin généraliste face à la demande de soins de ses proches. Quelle est la demande ? Comment le médecin y répond-il ? Quels problèmes cela lui pose-t-il ? L'expérience de 47 médecins généraliste installés en ville nouvelle.
Thèse de médecine : 1996, Université de Paris 5, Necker

30 François Castera: Le médecin généraliste, médecin de sa famille ? Enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches.

Thèse de médecine : 2005, Université de Toulouse

31 Sophie Lasserre-Cornec : Soigner ses proches en tant que médecin généraliste.

Thèse de médecine : 2005, Université de Lille

32 Jennyfer Peltz-Aïm : Comment les médecins se positionnent ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ?

Thèse de médecine : 2012, Université de Paris 7

33 Pauline Dagnicourt : Soigner ses proches, une attitude à raisonner ? Réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative.

Thèse de médecine : 2012, Université d'Angers

34 Laura Marin Marin: Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches

Thèse de médecine : 2013, Université de Paris 7

35 Virginie Vallerand : Quand le médecin généraliste soigne sa famille : enquête en Basse Normandie

Thèse de médecine : 2009, Université de Caen

36 Isabelle Welker Mauget : Les médecins généralistes, leur état vaccinal, celui de leurs proches et leur pratique vaccinale.

Thèse de médecine : 2000, Université de Lyon

37 Valérie Bonvalot : Médecin traitant de sa propre famille : différence de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale

Thèse de médecine : 2009, Université d'Aix-Marseille

ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien :

Présentation de la thèse : Il s'agit d'une thèse de médecine générale. L'objectif est de définir les particularités de la consultation lorsque le patient est enfant de médecin. Etant donné qu'il y a peu d'informations sur ce sujet, je réalise des entretiens auprès de confrères ayant déjà vécu la situation pour bénéficier de leur expérience. Je vais vous poser plusieurs questions sur différents composants de la consultation. Essayez de répondre de la manière la plus exhaustive et détaillée possible. Si nécessaire, je complèterais les questions. L'entretien est enregistré à l'aide du dictaphone. Il est anonyme et confidentiel.

Vous soignez ou avez déjà soigné un enfant de médecin de moins de 15 ans. Y a-t-il une prise en charge en particulier qui vous vient à l'esprit ?

Quel âge avait l'enfant à la première consultation ?

Pouvez-vous me raconter ce qui a été « marquant » ? Pourquoi ?

Quel était le premier motif de consultation ?

Comment vous ont-ils choisi ?

Est-ce le parent médecin qui accompagne ?

Comment avez-vous su que le parent était médecin ?

Connaissez-vous la profession de l'autre parent ?

Quelle a été la durée moyenne de suivi ?

Ont-ils tendance à consulter plus ou moins souvent que les autres parents ?

Le fait de soigner un enfant de médecin a-t-il changé les choses dans votre prise en charge ?

- Pratique : sur l'interrogatoire ? L'examen clinique ? Sur la durée de la consultation ? Sur le discours ? Sur les conseils ? Sur la prescription d'examen complémentaire ? Sur les précautions employées ? Sur le tarif ? Sur le suivi ?
- Sur le vécu : est-ce que cela est plus facile ? Plus difficile ? Quelles sont les spécificités de la prise en charge ? De la relation ?
- Est-ce que la spécialité du médecin-parent change quelque chose ? Dans les termes employés ? Dans votre comportement ?

Selon vous, les parents ou le parent s'attendent-ils à une prise en charge particulière du fait de leur profession?

- En termes de disponibilité ?
- En termes de discours ?
- En termes de prescription ?

Discutent-ils les prescriptions ? Vous font-ils confiance ?

Savez-vous s'ils respectent les prescriptions ?

Avez-vous déjà refusé de prendre en charge un enfant de médecin ? Pourquoi ?

Questions vous concernant :

Professionnelles :

- Quel âge avez-vous ? Depuis combien de temps êtes-vous installé ? Quelles sont vos modalités d'exercice ? Faites-vous beaucoup de consultations de pédiatrie (si généraliste) ?

Personnelles :

- Avez-vous des enfants ? Quel âge ont-ils ?
- Qui soigne vos enfants ? Pourquoi ?
- Est-ce que le fait de soigner un enfant de médecin change quelque chose pour vous ? Pour la prise en charge médicale de vos enfants ?

Pour terminer,
Est-ce qu'il y a des choses qui vous ont aidées ? Groupes de pairs ?

Auriez-vous des conseils pour vos confrères ?

RESUME

Introduction : Un médecin, comme tout autre parent, doit choisir qui va soigner son enfant. Alors qu'il a les compétences et le droit de réaliser cette prise en charge lui-même, il fait parfois le choix de la confier à un confrère. Dans la consultation pédiatrique, le parent est au premier plan. Même si la consultation est centrée sur le jeune patient, la communication s'établit principalement entre les deux adultes. Certaines thèses abordaient la consultation du point de vue du parent mais aucune du point de vue du médecin. L'objectif de cette étude est de déterminer les particularités de la consultation lorsque le patient est enfant de médecin du point de vue du médecin soignant.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une enquête qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de 10 médecins généralistes et 10 pédiatres installés en Ile de France.

Résultats : Lors de la consultation d'un enfant de médecin, deux attitudes opposées étaient observées chez chacun des intervenants. Le parent pouvait mettre en avant son côté médecin ou son côté parent. Le médecin soignant pouvait considérer qu'il avait en face de lui plutôt un confrère ou un parent comme les autres. Finalement, les quatre attitudes étaient retrouvées dans chaque consultation mais chacune pouvait être plus ou moins représentée selon l'investissement du parent médecin et le recul du médecin soignant par rapport à la situation. Le manque d'objectivité du parent médecin était fréquemment décrit par les médecins interrogés. Il pouvait être trop anxieux, l'anxiété liée à l'affectivité était majorée par son expérience professionnelle, il imaginait le pire. Il pouvait ne pas l'être assez, sous estimant la gravité des symptômes. La consultation pouvait être ressentie comme difficile, le médecin soignant avait beaucoup de facteurs à prendre en compte sa prise en charge tout en essayant de ne pas s'éloigner d'une consultation « classique ».

Conclusion : Même si cette consultation peut paraître difficile, le plus souvent elle se passe bien. La clé de cette consultation est de rester soi-même.

MOTS CLES

Enquête qualitative, entretiens semi-dirigés, relation parent-médecin, consultation pédiatrique, médecine libérale, enfant de médecin, confrère.

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06