

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
-FACULTE DE MEDECINE-

Année 2015-2016

n° 2016 - 67

THESE
DE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'état)

Par

GOUBET Justine- Chloé

Née le 24 Novembre 1988

Présentée et soutenue publiquement le

Jeudi 23 Juin 2016

**Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants : peut-on
soigner ses enfants ?**

JURY :

Président : Professeur Louis-Michel COLLET, service de chirurgie infantile.

Directeur de thèse : Dr FRICOTEAUX Hubert.

Membres : - Professeur SEVESTRE Henri, service d'anatomopathologie.

- Professeur MANAOUIL Cécile, service de médecine légale.

- Professeur SEVESTRE Marie-Antoinette, service de Médecine vasculaire.

« Le choix d'un objet de science est presque toujours l'aveu autobiographique du chercheur »

CYRULNIK, B.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Louis-Michel COLLET,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable du CA de Chirurgie orthopédique et traumatologie pédiatrique

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Vous qui prenez soin des enfants au quotidien, et qui êtes sensibilisé à ce sujet, merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE,

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef de Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie

Adjoint au chef de l'oncopôle,

Vous avez si gentiment et spontanément accepté de participer au jury. Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Cécile MANAOUIL,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale

Vous avez accepté de juger aujourd'hui mon travail, et je vous exprime ici toute ma gratitude.

A Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI,

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier

Médecine vasculaire

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de mon jury, et je vous en remercie sincèrement.

A Monsieur le Docteur FRICOTEAUX, Hubert, mon cher directeur de thèse

Merci de m'avoir enseigné la rigueur de l'examen clinique et l'importance du sourire du médecin lors de mon stage au cabinet.

Merci pour ce voyage hypnotique à Cuba, la Havane, Varadero, tout y était !

Merci de m'avoir suivi sur ce nouveau sujet. Alors que nous devions initialement travailler sur le médecin et la prescription de sport, vous avez su comprendre qu'il m'était nécessaire de réfléchir sur ma place de médecin et de maman auprès de mes propres enfants. Merci de m'avoir fait confiance.

A toi, Benoît,

Merci pour ta gentillesse au quotidien, ton optimisme débordant, et ta patience que je mets à rude épreuve chaque jour.

Merci pour toutes ces valeurs que tu t'efforces d'appliquer au quotidien : ta ferveur au travail, ta sincérité, ta droiture, ta bienveillance envers tous ceux qui t'entourent. Je t'admire pour tout cela, et j'espère être à la hauteur de l'Homme exceptionnel que tu es.

Merci d'être le meilleur papa du monde.

A ma fille Augustine,

Merci ma Doudou de m'avoir appris à devenir maman.

Merci pour tes sourires en toutes circonstances, ton regard pétillant qui me fait littéralement craquer d'amour et ta vivacité au quotidien.

Merci d'avoir été aussi courageuse, et de t'être battue pour être avec nous aujourd'hui. Je suis immensément fière de toi et je t'aime jusqu'au bout du monde.

Parce que l'amour gagne toujours.

A mon fils Léon,

Merci mon Léon d'être aussi doux et câlin tous les jours.

Merci pour ces gazouillis et ces sourires qui rythment nos soirées.

Merci pour ce rayon de soleil et d'espoir que tu as fait rentrer dans ma vie.

Merci à tous les deux de rendre votre père si heureux.

A mon père,

Merci Papa de m'avoir transmis l'amour de la médecine générale, et de m'avoir offert les meilleures conditions pour étudier.

Merci pour ce super médecin de famille que tu es. Tu es mon modèle et j'espère un jour t'arriver au moins à la cheville.

Merci infiniment d'avoir sauvé ma fille.

A ma mère,

Merci Maman pour ta joie de vivre et ton soutien.

Merci pour tous ces mots que tu inventes et qui me font mourir de rire, mes préférés sont tes smugs et tes baroufs.

Même si tu l'exprimes peu, je sais que tu es fière de moi, et ça me suffit.

A ma grande sœur,

Merci Nat pour ta disponibilité, ton altruisme. Tu es une mère et une sœur aimante et admirable.

Merci pour ton soutien infaillible et ces précieux conseils que tu m'as délivrés lors de la rédaction de cette thèse. Par contre, tu l'auras compris, je ne suis pas une femme de la littérature. Ni une cuisinière.

A mon grand frère,

Merci Nico d'avoir supporté pendant 3 mois, mes inconditionnelles knaki-pâtes, au son de Disney.... En souvenir d'un chouette été de cohabitation à Fort-Mahon.

A mes beaux-parents,

Merci Hubert et Valérie pour votre disponibilité et votre soutien sans faille au quotidien. Votre présence à mes côtés m'a permis de concilier les stages, les gardes, la thèse tout en préservant le bien-être de mes petits.

Je n'aurais jamais pu réaliser tout ça sans vous.

A Justine, ma belle –sœur et amie,

Merci pour ta présence et ton soutien il y a quelques mois. Merci pour ton infinie gentillesse et ta douceur.

A Antoine, Louise, Constance, le 2ème Antoine, Sophia, Franckinette, mes beaux-frères et belles-sœurs,

Merci d'égayer par votre présence tous nos rassemblements familiaux.

A Lou, Jules, Tom et Léonard, ma filleule chérie et mes petits neveux,

Merci pour cette innocence et cette simplicité que vous apportez à notre monde d'adulte.

A mes grands-parents,

Merci Mayette et Mamie Andrée pour toutes ses vacances au soleil étant petite, on y retourne quand vous voulez !

Papy Michel et Papy Jean, j'aurai aimé que vous soyez avec moi aujourd'hui !

A Francou, l'éternel et infatigable Francou...

A Cédrico, Séverine, Camille, Marion, Alice, Erik, Franek, Ludo, Marc, mes amis de la fac

Merci pour tous ces souvenirs partagés, ces années passées ensemble, ces soirées super bien arrosées, ces révisions acharnées...

A toute ma famille, tantes, oncles, cousins et cousines,

Merci pour cette ambiance surnaturelle que vous êtes capables de créer lors des réunions familiales !

Au Docteur Devoldere et Docteur Gourmel,

Merci d'avoir pris en charge ma petite fille lorsqu'il a fallu que « je sois juste une maman ».

A tous les médecins qui m'ont accueilli en stage, pour me transmettre leur savoir.

A tous les médecins qui m'ont aidé à l'élaboration de cette thèse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODE.....	4
A) Objectifs :.....	4
B) Choix de la méthode :.....	4
C) Echantillonnage :.....	5
D) Entretien :.....	6
E) Recueil des données	7
RESULTATS.....	8
A) Présentation des participants de l'étude.	8
B) Déroulement des entretiens.	8
C) Le suivi de santé de son enfant.....	9
1) Organisation du suivi de santé des enfants de médecin.	9
2) Les enjeux à prendre en charge le suivi de santé de son enfant.	10
a/ Praticité et facilité d'accès aux soins.	10
b/ Un accès simplifié à l'examen clinique de l'enfant.	10
c/ Banalisation du monde médical pour l'enfant.	11
d/ Pallier aux indisponibilités des confrères.	11
e/ Complémentarité de la connaissance médicale.....	12
f/ La fierté de l'enfant.	12
g/ Un choix naturel.....	12
3) Les limites à prendre en charge le suivi de santé de son enfant.	12
a/ Manque de précision de l'examen clinique.....	13
b/ Manque de rigueur dans le suivi du calendrier vaccinal.....	13
c/ Manque de rigueur dans la tenue des carnets de santé.....	13

d/ Manque de rigueur dans le suivi staturo-pondéral.....	13
e/ Le manque d'objectivité du parent praticien.....	14
f/ Ressenti négatif de l'enfant lors des vaccins.....	14
g/ Pudeur de l'examen clinique concernant la sphère intime.....	15
h/ Aucune autonomie future de l'enfant concernant son état de santé.....	15
i/ Coût des soins jugés inutiles.....	15
j/ Aucun inconvénient pour certains médecins.....	16
D) Face à une affection bénigne de l'enfance.....	16
1) Les enjeux d'être parent-médecin dans la prise en charge du patient.....	16
a/ Réévaluation quotidienne de l'état clinique de l'enfant.....	16
b/ Faible prescription d'antibiotiques chez l'enfant du généraliste.....	16
2) Les enjeux d'être parent-médecin dans l'accès au soin.....	17
a/ Rapidité d'accès aux soins.....	17
b/ Accessibilité du soin à tout moment.....	17
c/ Accessibilité du spécialiste.....	17
d/ Facilité de l'examen clinique de l'enfant-patient.....	17
e/ Banalisation de la maladie par l'enfant.....	18
3) Les enjeux d'être parent-médecin dans l'accès aux thérapeutiques.....	18
a/ Facilité d'accès aux thérapeutiques.....	18
b/ Un recours moindre dans les services d'urgence.....	18
c/ Investissement du Parent-Médecin dans les décisions médicales.....	18
4) Les limites d'être parent-médecin face à une affection bénigne.....	19
a/ Manque de rigueur de l'examen clinique.....	19
b/ Délai rallongé de la prise en charge médicale de l'enfant.....	19
c/ Manque de disponibilité du parent-médecin.....	20
d/ Manque d'objectivité du parent-médecin.....	20
e/ Manque d'écoute de l'enfant.....	21

E) Face à l'hospitalisation ou une maladie grave de son enfant.	22
1) Les enjeux d'être parent-médecin dans la prise en charge hospitalière.	22
a/ Raccourcissement du temps de séjour hospitalier.	22
b/ Rapidité de la prise en charge à l'hôpital.	22
c/ Attention du corps médical hospitalier.	22
2) Amélioration de la relation soignant-soigné.	23
a/ Une meilleure communication soignant-soigné.	23
b/ Une relation confraternelle et de confiance entre le soignant et le soigné.	23
3) Déresponsabilisation du médecin.	24
4) Réassurance de l'enfant face à l'épreuve.	24
5) Réassurance des proches grâce à la connaissance médicale.	25
6) Amélioration diagnostique par la complémentarité de la connaissance médicale.	25
F) Les limites d'être Parent-Médecin.	25
1) Dans la prise en charge émotionnelle.	25
a/ Manque d'objectivité.	25
b/ Manque de neutralité.	26
c/ Difficulté de la gestion des émotions.	26
d/ Sentiment d'impuissance du parent-médecin.	26
e/ Intégrer la gravité de la situation face à une maladie.	26
f/ Parent ou médecin, gérer la crise identitaire.	27
2) Dans la prise en charge médicale.	27
a/ Altération du jugement médical / partialité.	27
b/ Perte de ses capacités médicales.	27
c/ Déresponsabilisation du médecin.	28
d/ Limiter l'interventionnisme pour optimiser la prise en charge de l'enfant.	28
e/ Accepter de déléguer au confrère hospitalier.	28
f/ Savoir reconnaître ses propres limites.	29

G) Médecin du reste de la famille.	29
H) Intervention du conjoint dans la décision de suivre ou non son enfant.	31
I) Un petit patient comme les autres ?.....	31
J) Et les enfants, qu'en pensent-ils ?	32
K) Peut-on être médecin de son enfant ?.....	32
DISCUSSION.....	35
A) Forces de l'étude.	35
1) Attractivité du sujet par les interviewés.	35
2) Implication affective de l'auteur.	36
B) Limites de l'étude.	36
1) Biais de l'étude qualitative.....	36
a/ Biais liés au recueil de données	37
• Biais de sélection de l'échantillon :.....	37
• Biais liés à l'enquêteur : biais d'intervention :.....	37
b/ Biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation :.....	38
c/ Biais liés au codage manuel des données :.....	39
2) Faible effectif de l'échantillonnage.....	39
3) Véracité/Objectivité des propos recueillis.....	40
4) Manque de précisions dans les termes utilisés.....	40
C) Analyse des résultats, confrontations aux données de la littérature.....	41
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE.....	57
ANNEXES.....	61

INTRODUCTION

Si le terme de Pédiatrie n'apparaît qu'à la seconde partie du XIX^e siècle, on retrouve dès l'Antiquité quelques manuscrits traitant de l'hygiène, du soin, et de l'alimentation des nouveaux nés¹. Dans le monde Grec, Hippocrate, Galien et Celse s'intéressent aux enfants. Ils décrivent dans leurs ouvrages, les affections spécifiques touchant cette population particulière et leurs traitements. C'est le début de la spécialisation en médecine infantile. Plus tard, au Moyen-Age, Rhazès le Perse, Médecin, rédige de nombreux écrits reprenant l'ensemble des connaissances médicales du X^e siècle, s'inspirant de théories Hindoues et Grecques. Ses études s'inscrivent dans le domaine de la médecine générale, sans aborder l'enfant spécifiquement.

Il faudra attendre l'émergence des Médecins philosophes du XVIII^e siècle, pour que l'Enfant soit considéré comme une entité humaine à part entière, qui mérite une attention particulière. L'Enfant doit être mieux considéré et intégré à la société, pour devenir encore plus parfait. On voit alors apparaître dans la littérature du XIX^e siècle, une explosion d'ouvrages sur l'Enfant, son développement personnel, son éducation, son alimentation... Les premières règles de bonnes conduites voient le jour, toujours dans l'espoir de rendre l'Enfant meilleur et plus robuste.

Il y a vers la fin du XIX^e siècle, une véritable prise de conscience médicale de l'importance des soins prodigués aux enfants. A cette époque, la mortalité infantile est très élevée, avec un quart des enfants qui décèdent durant la première année de vie. Pour les Etats, il est nécessaire de remédier à cette chute démographique majorée par les famines, la guerre de 1870 et les épidémies des siècles passés. Le développement industriel se poursuivant, il est nécessaire que la population s'accroisse pour assurer la main d'œuvre.

En 1874, le Docteur Théodore Roussel fait voter la loi de Protection de l'Enfance au Parlement Français. Celle-ci a pour but d'établir une surveillance administrative et médicale de tous les enfants placés en nourrice jusqu'à l'âge de 2 ans.

On observe une évolution des mentalités sociales, dans le but d'améliorer le développement de l'enfant, avec la reconnaissance du repos en fin de grossesse, les premiers

congés maternité après l'accouchement, la promotion de l'allaitement maternel, l'éducation sanitaire avec l'hygiène durant les accouchements et lors des soins aux enfants.

Il faudra attendre 1872 pour voir apparaître la spécialité pédiatrique en France et son enseignement ne sera officialisé qu'en 1878. De grands dispensaires pour enfants sont alors créés à Paris et dans les grandes villes. Ils ont pour missions de soigner les enfants malades et d'initier à l'hygiène infantile.

A la fin de la seconde Guerre Mondiale, on note une nouvelle ascension de la mortalité infantile, obligeant de nouveau les institutions publiques à protéger « l'Homme de demain ». Le gouvernement crée la Sécurité Sociale et la Protection Maternelle Infantile. Des consultations préventives de suivi de grossesse et de pédiatrie se mettent en place. Ces nouvelles mesures, prises en charge par l'Etat, associées au progrès médical, permettent une nette diminution de la mortalité infantile et un meilleur contrôle de la croissance démographique.

Toutefois, il y a trop peu de pédiatres diplômés pour assurer le suivi et la prise en charge de cette population particulière. Pour pallier à ce déficit de médecins spécialistes, le diplôme d'état de puéricultrice est créé en France en 1947. Malgré cela, le nombre de soignants spécialisés dans l'enfance reste insuffisant, alors que le taux de natalité atteint de nouveaux records. Il revient alors au médecin généraliste de soutenir le médecin pédiatrique et d'effectuer le suivi de santé de ces enfants. C'est ainsi que les premiers généralistes sont progressivement formés à la médecine pédiatrique, avec intégration dans leur cursus universitaire de stages obligatoires en service de pédiatrie.

A l'heure où le suivi de l'enfant est dicté par de nombreuses recommandations (calendrier vaccinal², examens obligatoires du nourrisson et de l'enfant³, examens de dépistage systématique...), le généraliste possède les connaissances médicales pour prendre en charge le suivi de santé des enfants.

La médecine générale est une vocation. L'homme devient médecin.

Lorsqu'il exerce son Art, le médecin exprime ses valeurs humaines, morales et psychiques. Il se met pour but d'améliorer le quotidien d'autrui, souhaite qu'il rapporte plus intimement dans sa sphère privée, auprès de son épouse, ses parents, ses enfants...

Cette quête infinie de bienveillance et de bon-soin qu'il exerce au quotidien auprès de ses patients, le médecin peut être amené à l'appliquer à sa propre famille et ses enfants. Il se

retrouve alors dans une position délicate de parent-médecin, situation pourvoyeuse d'obstacles, tant sur le plan médical que psychologique et sociale.

Jeune maman médecin ayant été confronté à la maladie de mon enfant, je souhaite réfléchir sur la place du généraliste dans la prise en charge de l'état de santé de ses propres enfants.

Médecin-maman / maman-médecin, qui suis-je ?

Si nous avons la capacité médicale de soigner nos enfants, sommes-nous réellement capables de les prendre en charge de façon optimale ?

Pour tenter de répondre à cette problématique, nous développerons dans une première partie les enjeux et limites que rencontre le médecin généraliste lorsqu'il prend en charge le suivi de ses enfants, puis lorsqu'il soigne les affections bénignes du quotidien de l'enfant.

Nous discuterons dans un second temps des enjeux et des difficultés perçues par le parent-médecin lors d'un séjour hospitalier de son enfant.

Généraliste, peut- on être médecin de son enfant ?

MATERIEL ET METHODE

A) Objectifs :

L'objectif principal de cette étude est de rechercher les enjeux et les limites à prendre en charge soi-même le suivi de santé de son enfant.

Dans un second temps, il conviendra d'identifier les bénéfices ou difficultés ressenties par le parent-médecin devant la maladie ou l'hospitalisation de son enfant.

B) Choix de la méthode :

L'ensemble de ce travail repose sur la réalisation d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes.

L'idée était de comprendre comment les médecins avaient soigné leurs enfants, les raisons de leurs motivations à le faire, et les difficultés ressenties.

Pour répondre à la question du « peut-on ? » ou « comment ? », l'approche qualitative nous a semblé plus adaptée qu'une analyse quantitative. Il ne s'agissait pas à travers ce travail, d'analyser des données statistiques de réalisation.

D'après l'ouvrage de B.Gauthier, Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données⁴, l'approche qualitative peut être abordée à l'aide de trois modes d'investigations possibles : l'observation directe, le focus-groupe et l'entretien semi-dirigé.

Nous avons choisi la méthode des entretiens individuels, pour aller à l'encontre directe des praticiens interrogés, nous permettant ainsi d'aborder dans les meilleures conditions de confiance, l'organisation intime de leur cercle familial. Le but de cette étude étant de rassembler les différentes expériences personnelles de chacun afin de comprendre le sens que chaque individu donne à ses expériences intimes.

L'entretien compréhensif est une variante de l'entretien semi-dirigé, qui émerge des études sociologiques⁵. Il permet un échange conversationnel moins « protocolisé » que l'entretien semi-dirigé individuel. La personne ou le groupe impliqué dans la recherche est traité comme

un sujet producteur de connaissances sur sa propre situation⁶. Il s'agissait donc de la meilleure méthode pour accéder à la sphère privée des interviewés.

C) Echantillonnage :

Pour les besoins de l'étude, notre enquête a été réalisée auprès de 17 médecins généralistes.

Concernant le recrutement de la population cible, certains médecins interrogés nous ont été recommandés par diverses personnes de notre entourage (famille, amis, médecin traitant...) afin d'optimiser le nombre de réponses favorables.

Le reste de l'échantillonnage a été constitué de manière aléatoire simple à partir du répertoire téléphonique, dans un rayon de 30 km autour du domicile de l'enquêteur, dans une logique de praticité de réalisation des entretiens.

Nous avons tenté de diversifier la population étudiée notamment par l'âge des praticiens, leur sexe, le nombre d'années d'installation, le mode d'exercice (en cabinet, rural, urbain, en association, remplaçant, interne) et leur nombre d'enfants.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient au préalable fixés : l'obtention d'une thèse de médecine générale et avoir au moins un enfant, quel que soit l'âge de celui-ci.

Un contact préliminaire téléphonique nous a permis de nous présenter aux interlocuteurs potentiels et de leur apporter une information succincte sur le thème abordé lors de l'entretien, à savoir « la santé des enfants du médecin ».

Nous recueillions ensuite leur assentiment à participer à l'étude et nous nous assurons alors du respect des critères d'inclusion choisis.

Un rendez-vous était fixé directement avec le médecin au lieu et à l'heure de son choix pour la réalisation de l'entretien. Une durée prévisionnelle d'entretien était annoncée de 15 minutes, afin de pouvoir disposer d'un temps de rencontre suffisant pour l'enquête et compatible avec leur emploi du temps⁴.

D) Entretien :

Les entretiens se sont déroulés de Juin 2015 à Novembre 2015.

Un script d'entretien avait préalablement été réalisé, et validé par la commission d'intervention des thèses du département de médecine générale d'Amiens. Ce script nous a servi de guide général durant les entrevues. Il était composé de 3 parties principales avec quelques questions de relance.

La première partie du script d'entretien concernait l'organisation générale du suivi de santé de l'enfant (les vaccinations, la tenue du carnet de santé, la courbe staturo-pondérale); la deuxième partie reposait sur l'organisation du praticien face à une affection bénigne de l'enfant et la troisième partie abordait le vécu du généraliste face à la maladie/ou hospitalisation de son enfant.

Cette organisation architecturale de l'entretien (de l'organisation générale des soins jusqu'au vécu personnel du médecin), permettait d'instaurer un climat de confiance au fil de l'entretien et d'améliorer l'échange avec le praticien.

Les questions étaient cependant posées au moment qui nous semblait opportun durant la conversation, sans qu'aucune chronologie ne soit formellement imposée. Le but étant de laisser libre cours à l'échange créé entre le praticien et l'enquêteur. L'entretien compréhensif se démarque ici de la rigidité des guides d'entretiens semi-directifs, Jean-Claude Kaufmann⁷ avançant à ce propos que « *la meilleure question n'est pas donnée par la grille : elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être dit par l'informateur.* »

De ce fait, à partir d'un échange conversationnel, chaque praticien était parfaitement libre de s'exprimer sur le sujet abordé, à savoir la santé de son enfant, sans aucun jugement quel qu'il soit, et dans la limite de ce qu'il souhaitait lui-même me délivrer.

Ce processus d'entretien compréhensif génère de nombreuses digressions, permettant ainsi au médecin interrogé de développer des thématiques qui n'auraient probablement pas pu être abordées à partir d'une grille figée d'entretien semi-dirigé.

A la fin de l'entretien, les praticiens se sont vus proposer un exemplaire numérique du travail de recherche que tous ont accepté.

E) Recueil des données

Les entretiens ont tous été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, après obtention de l'accord de l'intéressé.

L'anonymat des entretiens et la confidentialité des propos recueillis leurs étaient garantis en début d'entrevue.

Au retour des entretiens, une retranscription des données de type verbatim (mot à mot) a été réalisée par écoute des entretiens et retranscription manuelle sur papier libre.

Leur contenu a ensuite été analysé et découpé en différentes thématiques, à l'aide de schémas colorisés. Aucun logiciel informatique n'a été utilisé pour la retranscription ou le codage, par choix de l'auteur.

Ainsi, les 3 outils nécessaires à la validité de recueil des données ont été utilisés : l'écriture (notation et retranscription), la lecture critique puis le classement des données ; avant la rédaction finale⁸.

RESULTATS

A) Présentation des participants de l'étude.

Pour la réalisation de cette enquête qualitative, 23 médecins ont été contactés.

Parmi ces 23 médecins, 17 médecins ont été inclus dans l'étude.

Sur les 6 médecins contactés restants, on compte 2 médecins qui n'ont pu être inclus par manque de temps dans leur planning pour un entretien ou médecins en vacances, 2 médecins n'ont pu être contactés (message laissé à leur secrétaire sans rappel ensuite) et 1 refus par désintérêt du sujet.

Ils avaient entre 26 et 64 ans ; on compte 4 femmes et 13 hommes.

Tous les participants avaient soutenus une thèse de médecine générale et possédaient au moins un enfant.

Aucun des participants n'a donc été exclu.

Parmi eux, il y avait 12 médecins généralistes exerçant en libéral, 1 médecin généraliste-urgentiste, 1 médecin généraliste-gériatre, 1 médecin remplaçant, 1 médecin généraliste-psychanalyste, 1 médecin généraliste-homéopathe.

Le nombre total de participants a donc été fixé à 17 interrogés, considéré comme suffisant à la saturation théorique des données⁹.

B) Déroulement des entretiens.

Les entretiens duraient entre 5 minutes et 14 secondes et 26 minutes et 20 secondes.

Parmi les 17 entretiens, 14 ont été réalisés au cabinet médical de l'interviewé, les 3 restants se sont déroulés au domicile des médecins, par choix de ces derniers.

Tous se sont déroulés dans un climat de confiance et d'écoute, avec un intérêt certain des praticiens pour le thème abordé.

C) Le suivi de santé de son enfant.

L'approche de cette enquête se voulant exclusivement qualitative, aucune statistique ne sera rapportée ni analysée dans cet ouvrage. Les chiffres annoncés sont à titre purement indicatifs.

Il s'agit donc dans un premier temps, d'élaborer « l'état des lieux » de ce qui a été fait par les praticiens, afin d'en comprendre ensuite les différents raisonnements.

1) Organisation du suivi de santé des enfants de médecin.

Certains généralistes ont fait appel à un pédiatre durant la 1^{ère} année de vie de l'enfant, par choix personnel ou par demande du conjoint(e).

Med 1 : « j'étais encore étudiant donc le suivi était fait par un pédiatre ».

Med 3 : « c'est ma femme qui voulait qu'ils soient suivis par le pédiatre, donc vaccinations et tout, c'était la pédiatre ».

Med 5 « Les vaccinations, c'était le pédiatre ; moi j'ai fait le reste, le systématique ».

Med 7 « Les examens obligatoires, c'est le pédiatre qui les faisait ! ».

Med 13 « C'est un confrère qui faisait juste les vaccins ».

D'autres ont fait appel à un confrère pour leurs aînés, mais ils ont assurés le suivi du reste de la fratrie.

Med 2 « pour l'aînée c'était la pédiatre les 2 premières années, pour le 2^{ème} c'est moi qui ai tout fait ».

D'autres médecins ont assurés intégralement le suivi de santé de leurs enfants.

Med 6 « je me sentais capable de le faire, alors j'ai tout fait moi-même ».

Med 9 « c'est moi qui me suis occupé de son suivi, de ses vaccinations, des courbes staturo-pondérales... ».

On retiendra principalement que les généralistes qui prenaient en charge le suivi de santé de leurs enfants, le réalisaient au domicile. Seulement 2 généralistes amenaient leurs enfants au cabinet pour la réalisation des examens cliniques ou des gestes cliniques.

Med 2 « A l'époque pour mes enfants, tout était fait à la maison, mais quand je vois mes petits-enfants maintenant, je les amène au cabinet parce que je trouve qu'on fait du meilleur boulot ici ».

Med 4 « Tout est fait à la maison ».

Med 5 « quand c'est bénin, je fais à domicile / mais quand mes petits enfants viennent, on fait une petite visite ici au cabinet, c'est mieux ».

Med 6 « je fais tout à la maison, j'ai la balance ici, la toise pédiatrique et le stéthoscope pédiatrique ».

Med 7 « au domicile, tout à la maison ».

Med 8 « à la maison ».

Med 9 « j'étais remplaçant donc c'était plutôt à la maison parce que je n'avais pas de cabinet à moi ».

Med 10 « ça n'est pas toujours évident au cabinet, surtout que j'étais remplaçant à l'époque, donc je faisais tout à la maison ».

Med 14 « A l'époque le cabinet était accolé à la maison, mais je ne les emmenais pas dans la partie cabinet, on faisait ça dans la cuisine ».

Med 16 « comme j'étais remplaçant, je squattais le cabinet de papa, qui était généraliste aussi ».

2) Les enjeux à prendre en charge le suivi de santé de son enfant.

a/ Praticité et facilité d'accès aux soins.

Le principal avantage soulevé lors des entretiens, est l'aspect pratique au quotidien. Ainsi les médecins 1 – 5 – 6 mettent en avant le fait de ne « pas avoir de RDV à prendre chez le pédiatre » et « encore moins de devoir attendre dans une salle d'attente avec ton gamin pour un vaccin » parce que « tout est fait à la maison, c'est pratique ».

Med 5 « L'avantage, c'est qu'on a un accès aux soins franchement facilité ».

b/ Un accès simplifié à l'examen clinique de l'enfant.

Le fait de gérer soi-même le suivi de santé de son enfant, serait bénéfique à l'enfant.

Ainsi, le médecin 7 évoque la confiance de l'enfant envers son parent-médecin lors des gestes/examen «ils ne sont pas stressés, donc c'est plus facile pour le vaccin ; et ça met un climat relationnel rigolo entre le père et ses enfants ».

Cette confiance pure de l'enfant pour son parent semblerait dans certains cas, faciliter l'examen clinique de l'enfant.

Med 1 «les vaccins, je les faisais avec de la mise en confiance donc ça se passait très bien/ je n'ai pas eu souvenir des mouvements de révolte ».

Dans cette même vision, il met en avant la complicité naturelle entre le parent et son enfant, « c'est la continuité de pouvoir être ensemble » Soigner son enfant apporterait une dimension supplémentaire de la relation parent-enfant.

c/ Banalisation du monde médical pour l'enfant.

Le fait d'être suivi par son parent modifierait la vision que peut se faire l'enfant du monde médical.

Med 9 « ils ont un abord par rapport à la dimension médicale un peu différente de ce que les enfants peuvent vivre avec un docteur, qui est leur docteur, mais pas dans cet espace intimiste et familial ».

Med 10 « ils n'ont pas peur du médecin pour eux ».

Med 13 « Je pense qu'ils n'ont pas la phobie non plus ni des médecins ni des piqûres vu qu'ils n'ont pas été surmédicalisés ».

d/ Pallier aux indisponibilités des confrères.

Il est parfois difficile d'obtenir un rendez-vous chez le praticien, ce que déplore le médecin 5 « on pallie au manquement des autres, il faut répondre au manque de disponibilité des confrères voisins, surtout que la plupart ne peuvent plus accepter de nouveaux patients ! Donc si j'appelais pour prendre un rendez-vous pour ma fille... ce n'est pas simple et pour mes petits-enfants c'est pareil, quand mon fils n'arrive pas à avoir de RDV pour ses enfants, bah c'est papy qui gère ! Il y a un vrai manque de disponibilité des pédiatres chez eux ».

e/ Complémentarité de la connaissance médicale.

Le médecin 5, ayant fait appel à un confrère pédiatre durant la première année de vie de ses enfants, évoque la « complémentarité de connaissance médicale que j'ai pu apporter lorsque son pédiatre ne savait pas répondre aux questions de mon épouse ».

De plus, « on a tous, les compétences aujourd'hui, après notre internat pour suivre des enfants en bonne santé, grâce aux stages en pédiatrie; on est tous capable de gérer quand quelque chose va bien, les vaccinations, les courbes de poids et taille... » D'après le médecin 6.

f/ La fierté de l'enfant.

Med 13 « La grande dit que maman est une star parce que quand je vais les chercher à l'école, je croise beaucoup de patients et ils me disent bonjour. Donc pour elle, avoir une maman médecin c'est une grande fierté ! / Ils sont petits, donc ils sont contents ».

g/ Un choix naturel.

Quelques-uns des médecins interrogés n'identifient pas spécifiquement d'avantage à prendre en charge l'état de santé de leurs enfants, puisqu'il s'agirait d'une organisation familiale naturelle « je ne trouve pas d'avantage, c'était naturel, c'est tout ».

Med 15 « Les avantages... c'est assez naturel. Mon père était médecin, donc il nous suivait... On est baigné un peu par sa jeunesse, son enfance. C'est toujours mon père qui m'a pris en charge donc j'avoue que je n'ai pas eu l'impression de créer quelque chose, c'était naturel ».

Med 16 « Les prendre en charge nous-même, ça nous semblait évident en fait, on l'a fait naturellement » ; « Par exemple, si vous êtes un papa pâtissier, vos enfants en bénéficient ? Et si vous êtes un papa médecin, vos enfants en bénéficient aussi ! Moi ça me semble tellement logique ! ».

Med 17 « mon père était généraliste, et il nous a toujours soigné ; alors on a reproduit le schéma familial ».

3) Les limites à prendre en charge le suivi de santé de son enfant.

La majorité des médecins interrogés reste critique concernant le suivi de santé de leurs enfants. Ils listent spontanément les principaux inconvénients à suivre leurs propres enfants. Le médecin 3 dira que « techniquement, il n'y a que des inconvénients à soigner ses enfants ».

a/ Manque de précision de l'examen clinique.

Med 8 « c'est un suivi attentionné mais pas précis ».

Med 11 « il y a certainement un petit manque sur l'examen clinique ».

b/ Manque de rigueur dans le suivi du calendrier vaccinal.

Med 10 « un vaccin que j'ai marqué dans son carnet de santé il y a 2 ans, parce qu'il lui fallait la photocopie des vaccins pour sa licence sportive donc je l'ai marqué ...et je ne l'ai toujours pas fait ... honte à moi ! ».

Med 11 « les vaccins tu les fais un an après ».

Le médecin 3 se rappellera pendant l'entretien « je dois d'ailleurs les faire à ma fille cet été, faudra pas que j'oublie !! » [rire].

c/ Manque de rigueur dans la tenue des carnets de santé.

Med 2 « j'avoue que les carnets de santé n'étaient pas très bien remplis ».

Med 4 « je ne note pas le poids ni la taille ni les gastros...non, je n'ai rien marqué dans les carnets de santé ».

Med 7 « Mouais – rire- à peu près... Les courbes non, mais au moins les vaccinations et les problèmes de santé intercurrents, quand j'y pensais quoi ! ».

Med 10 « les carnets de santé, c'est quoi son carnet de santé ? [Rire] / C'était nettement plus sérieux quand ils étaient petits, mais là non, faudrait revoir tout ça je marque vraiment rien dedans ».

Med 16 « je pense qu'il n'y a pas grand-chose sur son carnet de santé ... » [rire].

d/ Manque de rigueur dans le suivi staturo-pondéral.

Med 3 « Je vois avec mes collègues que ça n'est pas super rigoureux en terme de suivi, on ne les pèse pas, on ne les mesure pas ».

Med 8 « La courbe staturo-pondérale... je dirai directement non... en fait, c'est parce qu'on a l'œil quand même, on est quand même du genre à voir ce qui se passe bien ou ce qui se passe pas bien ».

Med 13 « l'inconvénient, c'est que je ne le vois pas au cabinet alors je ne peux pas les mesurer comme il faut, ils ne sont pas vus en temps et en heure au niveau des courbes de croissance

notamment...J'essaie de les mesurer un peu à la maison, mais c'est toujours fait avec les moyens du bord, avec le mètre de papa par exemple. Pourtant pour les balances, ils sont pesés avec...ah non, en fait ils ne sont même pas pesés ! » [rire].

Le médecin 10 conclura cet item par « on l'a organisé très mal tout simplement, en fait il n'y a pas de suivi ni d'organisation... ».

e/ Le manque d'objectivité du parent praticien.

Le manque d'objectivité est un inconvénient qui a été rapporté de nombreuses fois durant les entretiens.

Med 7 « on n'est pas toujours objectif, c'est ça hein, on manque d'objectivité ».

Med 8 « on perd un certain degré d'objectivité ».

Med 12 « on est toujours moins objectif avec les siens qu'avec les autres ».

Med 3 « on n'est pas aussi objectif ».

Med 17 « on manque d'objectivité sur certaines choses ».

Ce manque d'objectivité se matérialise pour certains praticiens par une mauvaise appréciation de la gravité de la situation voire minimisation des situations.

D'après le médecin 8 « on ne va pas au plus grave, on n'imagine pas le plus grave pour ses enfants », idée reprise par le médecin 3 « objectivement, on ne peut pas envisager le pire, on ne peut même pas le voir ».

f/ Ressenti négatif de l'enfant lors des vaccins.

Quelques médecins mettent en avant la difficulté à vacciner leurs enfants, rapport à la douleur ressentie par l'enfant lors de l'examen :

Med 5 « Tout ce qui était agressif, je n'aimais pas faire. J'ai essayé mais j'ai trouvé que ça n'était pas bien ; quand j'ai vu la tête qu'il faisait après son vaccin, j'ai dit on arrête là ».

Med 13 « Au départ, j'ai voulu le faire moi-même, donc j'ai fait ses premiers vaccins...Puis quand elle a vu que c'était maman qui me fait mal, elle n'a pas du tout apprécié. Après le premier vaccin, elle m'a jeté un regard qui m'a fait changer d'avis ».

Med 15 « c'est un peu dur des fois le coté douleur de l'enfant pendant les vaccins, surtout pour la première, ça n'a pas été évident quand même ».

Med 16 « On était tous les 2 médecins, mais ça nous semblait plus logique quand il y avait un vaccin, que la piqûre soit faite par papa...et que ça soit maman qui console ! C'est le schéma traditionnel ».

g/ Pudeur de l'examen clinique concernant la sphère intime.

Si la plupart des enfants de généralistes sont examinés par leurs propres parents étant petits, il se pose ensuite la barrière de la pudeur chez l'enfant devenu grand, notamment lorsque la demande de soins se porte sur la sphère intime de celui-ci. Le généraliste évoque alors la difficulté d'examiner son enfant-ado, et préférera l'orienter vers un confrère.

Med 9 « Dès que ça prend une proportion plus grande- parce que ça touche son intimité par exemple- il ne faut pas y accéder en tant que médecin ».

Med 11 « Pour ma fille de 20 ans, je ne la soigne plus, je lui dis d'aller chez le gynéco ».

Med 10 « Pour ma fille, il faudra passer la main, c'est maman qui s'en occupera ».

Med 13 « Elles iront voir le gynéco lorsqu'elles seront ados et qu'il faudra renouveler la pilule ou faire un frottis ».

Med 15 « on parle sans soucis de contraception avec mes filles, mais par contre je ne pourrai pas examiner ».

h/ Aucune autonomie future de l'enfant concernant son état de santé.

C'est l'idée principale qui ressort de l'entretien du médecin 11, pour qui prendre en charge son enfant, serait un frein à son autonomisation à l'âge adulte

«Il a 25 ans mais il n'a jamais vu de médecins, donc il ne sait rien faire ! Il ne sait pas se débrouiller lui-même parce qu'il n'a jamais passé la porte d'un cabinet ; il n'a pas de carte vitale, il ne s'est même pas inscrit à sa caisse d'assurance maladie donc il a dû payer sa radiographie/ la médecine, les consultations ça ne fait pas partie de sa vie, c'est un peu bizarre ! ».

i/ Coût des soins jugés inutiles.

Med 10 « l'inconvénient c'est que ça coute cher en mutuelle alors qu'ils ont très très peu de recours aux professionnels de santé, on ne l'utilise pas ! ».

j/ Aucun inconvénient pour certains médecins.

Si la majorité des médecins a reconnu ne pas avoir été très rigoureuse sur le suivi de leurs enfants, d'autres ont organisé avec précision leur suivi. C'est le cas du médecin 6 qui « tient son carnet de santé tous les mois de façon précise avec taille et poids, et puis un petit mot à chaque fois sur l'examen » ou du médecin 5 « moi je les examinai systématiquement, et examen complet bien-sûr, poids taille... ».

Lorsqu'il est interrogé sur les inconvénients retrouvés à prendre en charge son enfant, le médecin 6 répond simplement « si tu te sens prêt à le faire, je ne vois pas d'inconvénient ».

D) Face à une affection bénigne de l'enfance.

1) Les enjeux d'être parent-médecin dans la prise en charge du patient.

a/ Réévaluation quotidienne de l'état clinique de l'enfant.

Un item revenu fréquemment lors des entretiens, est la possibilité de réévaluer l'état clinique de l'enfant. Ce qui permettrait aux généralistes de se comporter différemment qu'avec leurs autres petits patients.

Med 3 « L'avantage c'est de pouvoir réévaluer tous les soirs ; quand ils sont sous la main à la maison, je les vois tous les soirs donc je sais jusqu'où je peux aller / le seul point positif, c'est de vivre au quotidien avec eux et de voir si vraiment un moment, ils commencent à se fatiguer, s'épuiser, s'il y a des signes de surinfection... je le vois ».

Med 4 « Si ça évolue mal ou qu'une fièvre se déclenche, on traite tout de suite ; on voit l'évolution donc c'est différent / on voit rapidement s'il va mal, si ça s'aggrave on s'en rend compte et là, on agit ».

Med 16 « l'avantage c'est de l'avoir sous la main ».

b/ Faible prescription d'antibiotiques chez l'enfant du généraliste.

Cet avantage est la conséquence directe de la possibilité de réévaluation quotidienne de l'enfant.

Med 4 « c'est des gamins qui n'ont pas d'antibios à la pelle [...] ils ont moins de médocs ».

Med 11 « à 25 ans, il n'a jamais pris un antibiotique de sa vie ».

Med 13 « ça me permet de ne pas trop les surmédicaliser, ils n'ont jamais pris de sirop par exemple / ils n'ont jamais pris tout ce que je propose aux parents qui ont besoin d'être rassurés, parce que moi je connais donc je n'ai pas besoin d'être rassuré ».

Med 14 « Honnêtement, il a dû prendre 2 antibiotiques au maximum dans sa vie ».

2) Les enjeux d'être parent-médecin dans l'accès au soin.

a/ Rapidité d'accès aux soins.

La rapidité d'accès aux soins est souvent décrite comme avantage au quotidien.

Med 4 « Si il y a de la fièvre, pas besoin de prendre un rendez-vous / c'est très facile et rapide ».

Med 6 « on n'a pas à aller attendre dans une salle d'attente ».

b/ Accessibilité du soin à tout moment.

Med 6 « comme tout enfant, ça arrive toujours un soir ou un WE, donc c'est assez pratique de ne pas courir après un médecin ou un pédiatre de garde ».

Med 5 « les prendre en charge moi, en tant que papa généraliste, c'est pratique parce que ma science est tout le temps accessible » [rire].

c/ Accessibilité du spécialiste.

Med 11 « quand il a dit son nom de famille, il n'a pas attendu 6 mois pour avoir son rendez-vous dermato, forcément avec son père généraliste ! ».

d/ Facilité de l'examen clinique de l'enfant-patient.

Loin du cliché de l'enfant hurlant dans le cabinet du médecin, l'enfant en toute confiance, se laisse examiner plus aisément ; argument relevé par plusieurs médecins :

Med 7 « Ils n'ont pas peur de l'inconnu ni de la blouse blanche, donc je pouvais l'examiner sans hurlement ».

Med 11 « ils sont plus rassurés avec moi donc je les examine tympan, abdomen... tranquillement ».

Med 1 « je lui présentais l'examen des tympan comme un jeu en fait, on était tranquille dans sa chambre et du coup c'était facile ».

Med 15 « il y avait une certaine confiance de l'enfant qui nous aidait bien quand il était malade et que je devais l'examiner ».

e/ Banalisation de la maladie par l'enfant.

L'enfant pris en charge par son parent aborderait la maladie différemment d'un enfant lambda amené au cabinet, avec davantage de légèreté.

Med 1 « ils n'ont pas peur du médecin vu que c'est moi ».

Med 11 « ils sont plus rassurés de se dire – ce que j'ai ce n'est pas grave, la fièvre ou autre, ça n'a jamais été une catastrophe » ; « Je pense que du coup, ils sont moins hypochondriaques que n'importe qui ».

3) Les enjeux d'être parent-médecin dans l'accès aux thérapeutiques.

a/ Facilité d'accès aux thérapeutiques.

La facilité d'accès aux prescriptions en cas d'évolution défavorable ou d'aggravation clinique est rapportée par le med 4 « on surveille et si ça évolue, on a tout de suite les antibiotiques sous la main ; avec l'ordonnancier, c'est facile ».

b/ Un recours moindre dans les services d'urgence.

Il s'agit là d'un avantage à pouvoir soigner son enfant à toute heure et en tout lieu « quand les parents me disent qu'ils ont passés tout leur samedi soir aux urgences parce que bébé faisait 38.5°, avec les gastros et tout qui traînent dans la salle d'attente... ça forcément je n'ai jamais connu ! ».

Med 11 « On n'est jamais allé aux urgences, même quand il s'est ouvert, je l'ai suturé à la maison en rentrant de l'école, on a gagné du temps ! ».

c/ Investissement du Parent-Médecin dans les décisions médicales.

Le médecin 16 tenait à participer à l'élaboration du diagnostic médical « Si j'avais été voir un pédiatre, j'aurais juste eu la place de maman et c'est tout ; Alors que là, j'avais la place de médecin et de maman, avec mes connaissances médicales et mes propres convictions aussi ! ».

« Au moins, j'étais sûre d'être en accord avec le traitement prescrit ! ».

4) Les limites d'être parent-médecin face à une affection bénigne.

a/ Manque de rigueur de l'examen clinique.

De par le caractère « non conventionnelle de la consultation », l'examen clinique de l'enfant est souvent simplifié car finalement porté sur le symptôme rapporté exclusivement.

Med 3 « on regarde vite fait une oreille quand il a mal à l'oreille, l'examen est sommaire, même si globalement je l'examine bien ».

Med 4 « Quand il a mal aux oreilles on ne va pas ausculter ses poumons, donc par rapport à un enfant qu'on voit au cabinet, il n'aura pas un examen systématique, c'est sûr ; ça sera surtout ciblé sur le symptôme ; c'est moins carré, moins systématisé ».

On note cependant qu'il s'agit d'une approche plutôt controversée, certains médecins effectuent un examen clinique généralisé.

Med 5 « mais je l'examinais systématiquement, examen complet : poids-taille ... ».

Med 6 « je l'examine complètement ».

b/ Délai rallongé de la prise en charge médicale de l'enfant.

Un item revenu fréquemment lors des entretiens, était la notion de retard dans la prise en charge de l'enfant, souvent lié au manque de disponibilité du médecin.

Med 3 « S'ils toussent, je les laisse tousser une semaine avant de les mettre sous antibiotiques-rire ».

Med 4 « On laisse trainer avant de soigner vraiment, genre une bonne semaine quoi / On va le laisser avoir mal aux oreilles avant de regarder, on va le laisser tousser une semaine avant d'ausculter ».

Med 6 « C'était on verra après une bonne nuit ! ».

Med 11 « C'était les derniers servis, c'est-à-dire que quand ils se plaignaient d'un truc, je ne revenais pas à la maison pour les examiner, donc on voyait ça en rentrant du boulot... mais comme ils dormaient quand je rentrais... bah on voyait ça plus tard ».

Med 13 « ils ne sont pas forcément examinés dans la journée, souvent je le laisse 1 jour ou 2 – voire 3 jours quand je ne suis pas très dispo ! aïe... » ; « C'est le fait aussi qu'on soit moins

disponible, quand on rentre à 20h le soir et qu'il y a eu de la fièvre toute la journée, je n'irai pas la réveiller pour l'examiner... Il faut pouvoir leur ménager du temps dans nos plages horaires ».

Med 15 « Ma 2^{ème} fille, quand elle a fait son appendicite, je ne l'ai vu que le soir, tard, en rentrant des consultations, heureusement ma femme avait temporisé la situation ».

c/ Manque de disponibilité du parent-médecin.

Med 15 « Les inconvénients, c'est l'indisponibilité... On n'est pas toujours disponible pour ses enfants... On a tendance à s'occuper d'abord des autres, avant de s'occuper de soi ou de ses enfants » ; « j'ai un exemple précis, une de mes filles voulait me voir pour un souci de santé... elle avait 10-12 ans, elle m'en avait parlé 1 ou 2 fois et puis je n'avais pas pu la voir... et bien elle s'est installée dans la salle d'attente et elle a attendu son tour quoi ! ».

Ce manque de disponibilité peut engendrer un sentiment de culpabilité du médecin envers son enfant.

Med 5 « je me souviens de fièvre où j'allais les examiner à 5h du matin, parce que j'avais un réveil nocturne avec une grosse culpabilité de pas l'avoir examiné plus tôt... ça m'arrivait de faire des conneries comme ça ».

d/ Manque d'objectivité du parent-médecin.

Tous les médecins interrogés s'accordent à relever le manque d'objectivité dans la prise en charge de son enfant.

Med 3 « on n'est pas aussi objectif avec ses enfants ».

Med 8 « le fait d'être maman, papa et médecin, on perd un certain degré d'objectivité ».

Med 9 « Il y a un gros inconvénient, c'est qu'on a un impact émotionnel plus plus... et qu'il est primordial de passer la main dès qu'on a une interrogation quelle qu'elle soit ».

On retrouve cependant dans l'analyse de ce manque d'objectivité générale, deux réactions opposées chez les généralistes interrogés. Comme le rapporte le médecin 3 « On ne peut pas envisager le pire avec ses propres enfants, ou à l'inverse on est excessif et on ne voit que le pire ! ».

Certains médecins pensent avoir tendance à banaliser le symptôme ou la plainte de l'enfant.

Med 7 « Moi j'ai toujours tendance à dire « ça n'est pas grave, ça va passer » ».

D'autres médecins vont inversement donner à la pathologie une ampleur démesurée :

Med 1 « Je me rappelle pour sa 1^{ère} otite, j'ai recherché un ORL en urgence, un peu paniqué....C'était la première otite quoi ! ».

Med 3 « J'ai déjà emmené mon fils voir le chirurgien en urgence parce que je pensais qu'il avait une appendicite...Bon, en fait il était juste constipé » rire.

e/ Manque d'écoute de l'enfant.

Dans la continuité de l'examen clinique très ciblé et restreint, un manque d'écoute est rapporté.

Med 5 « mes enfants sont très critiques aujourd'hui quand on parle de ça, parce que je leur disais tout le temps – Allez, on verra après une bonne nuit ! ».

Med 11 « mon fils me reproche aujourd'hui de ne jamais l'avoir écouté petit ! Il y avait moins d'écoute. Je lui disais « c'est rien du tout, hop tu repars » donc je suis d'accord avec lui sur le fait qu'il y ait certainement un petit manque d'écoute... » ; « Ils n'ont pas eu l'habitude qu'on les écoute et qu'on leur dise « tu restes à la maison que je t'écoute »...oui, il y avait quand même moins d'écoute ».

Si ce manque d'écoute peut être incriminé par le manque de disponibilité du médecin parent, il pourrait aussi résulter d'une réaction réponse de l'enfant voyant son père rentrer du travail assez tard, c'est ainsi que le médecin 8 l'analyse « peut-être que les enfants aussi sont attentifs à ne pas trop nous ennuyer en se disant ' il est tout le temps dans ce monde-là '... je ne sais pas... ».

De même que lors de l'item précédent, aucune généralisation ne peut être établie sur la démarche du généraliste face à une affection bénigne de son enfant.

E) Face à l'hospitalisation ou une maladie grave de son enfant.

1) Les enjeux d'être parent-médecin dans la prise en charge hospitalière.

a/ Raccourcissement du temps de séjour hospitalier.

A l'abord de cet item, quelques médecins ont mis en avant le raccourcissement du temps de séjour hospitalier de leur enfant, sous couvert de leur statut de médecin.

Med 1 « Je l'ai récupéré au bout de 48h, au lieu d'une semaine donc il est sorti plus tôt, chose qui n'aurait pas été possible si je n'avais pas été médecin ! ».

Med 7 « Le fait que je sois médecin, comme sa fracture était peu déplacée et comme j'étais là, ils l'ont réduite sur place tout de suite pour éviter qu'il passe la nuit ici ; donc ça a amélioré la prise en charge » « ça aurait été l'enfant de Monsieur Tout-le-monde, ben il serait resté une nuit de plus et serait sorti le lendemain ».

Med 11 « Elle est sortie le soir même parce que j'étais médecin, sinon ils l'auraient gardé encore un peu ».

b/ Rapidité de la prise en charge à l'hôpital.

Le fait d'être médecin réduirait les délais d'attente en milieu hospitalier concernant la réalisation des examens, l'obtention des résultats...

Med 11 « dans la salle d'attente, on est pris plus vite que quelqu'un d'autre / on shunte le passage aux urgences et on voit directement le pédiatre ».

Med 2 « on passe quand même avant les autres ».

Med 10 « on a des portes qui s'ouvrent plus facilement et plus rapidement ».

c/ Attention du corps médical hospitalier.

Les médecins interrogés ont ressentis une attention particulière à la prise en charge hospitalière de leur enfant, du fait de leur statut de médecin.

Med 7 « la prise en charge était plus... enfin ils étaient davantage aux petits soins quoi, plus attentionnés ».

Med 10 « quand il s'est luxé le coude, c'est un ami qui l'a pris en charge au SAMU, donc forcément une meilleure prise en charge anesthésiste, sûrement plus d'attention aussi, et de rapidité dans la prise en charge » ; « on a forcément une prise en charge plus vigilante encore ».

Med 9 « c'était un confrère donc forcément on a eu un très très bon accueil ».

2) Amélioration de la relation soignant-soigné.

a/ Une meilleure communication soignant-soigné.

Les parents ayant vécu l'expérience d'un enfant hospitalisé, évoquent tous une amélioration de la communication avec le corps médical avec un échange d'informations facilité, une meilleure écoute, une transmission plus fluide des données.

Med 9 « il y avait une transmission d'informations permanente, naturelle et surtout immédiate / j'avais des échanges très réguliers avec les équipes / il y avait une dynamique de grande écoute et le fait d'être en lien direct / On était sur les mêmes connaissances, les mêmes orientations, les mêmes attentions... Donc c'est clair qu'il y a des résonances qui s'établissent plus qu'un parent qui n'est pas dans le métier ».

Med 11 « J'ai pu certainement plus vite discuter avec le médecin des urgences et voir que finalement, il n'y avait rien de trop grave / J'ai pu le rencontrer tout de suite et donc discuter plus vite avec le médecin ».

Med 13 « c'est toujours intéressant de rencontrer le collègue spécialiste et d'échanger un petit peu ».

b/ Une relation confraternelle et de confiance entre le soignant et le soigné.

Une relation confraternelle s'établit entre le parent-médecin et le soignant. La confiance et la complicité étaient les items récurrents concernant la relation soignant soigné.

Med 5 « relation très confraternelle, pas de méfiance bien au contraire ! ».

Med 6 « C'était de la confiance, de l'amitié et puis une reconnaissance de leur capacité à prendre en charge l'enfant ; parce que c'était des gens sur qui j'avais une confiance les yeux fermés ».

Med 7 « c'était relativement cordial ».

Med 9 « Je ne peux pas dire qu'il y avait un lien spécifique avec les médecins, mais je pense qu'il y avait un petit plus de part cette complicité naturelle confraternelle / il y avait une grande qualité relationnelle / c'était vraiment une relation de confiance ».

Med 1 « J'ai toujours eu moi avec mes confrères, une certaine reconnaissance et dieu merci, elle était en général réciproque ! ».

Cette relation de confraternité peut-être renforcée par le fait que parent-médecin et soignant se connaissent préalablement.

Med 6 « c'était des amis, que je côtoie encore ».

Med 8 « c'était de la confiance, parce que je le connaissais / et quand je l'ai appelé pour lui parler du problème de ma fille, il l'a immédiatement prise en charge, il savait que si je l'appelais c'est qu'il y avait vraiment quelque chose, j'étais pris au sérieux ».

Med 2 « je les connaissais pour la plupart, en fait c'était des copains, donc ça se passait très bien ».

3) Déresponsabilisation du médecin.

Certains médecins ont vécu cette « passation de pouvoir » comme finalement bienfaisante.

Med 5 « c'était finalement une tranquillité morale, le fait que ça soit un tiers qui prenne la décision, on se déresponsabilise, quelque part c'est bien... On a assez de chose comme ça en tête ! ».

4) Réassurance de l'enfant face à l'épreuve.

Le fait d'accompagner son enfant à l'hôpital, de connaître la pathologie et sa prise en charge réduirait le stress du parent, ce qui aidera l'enfant à aborder au mieux l'épreuve de l'hospitalisation.

Med 9 « C'est une pathologie que je maîtrisais très bien, donc je lui ai tout expliqué sereinement, avec ses mots d'enfants, elle a compris qu'elle ne devait pas avoir peur, car je n'avais moi-même pas peur... Alors que ma femme qui n'y connaît rien à la santé, elle était paniquée ! ».

Med 11 « elle s'est dit – tiens, c'est papa qui vient me chercher, qui m'examine et je peux repartir avec lui, donc elle a toute de suite était rassurée ! ».

Med 15 « je suis resté tout le long avec elle, donc j'ai pu lui expliquer un peu avant ce qui allait lui arriver, et dédramatiser avec elle tout ce qui pouvait l'inquiéter ».

5) Réassurance des proches grâce à la connaissance médicale.

Med 6 « j'ai pu, comme je suis médecin, vraiment bien comprendre ce qui se passait, donc j'ai pu l'expliquer à la maman pour la rassurer, et à la famille aussi ».

Med 9 « j'ai pu donc bien tout expliquer à ma femme, avec nos mots à nous ».

6) Amélioration diagnostique par la complémentarité de la connaissance médicale.

Med 9 « Elle est restée hospitalisée 15 jours en néonatal, parce qu'elle avait une variabilité glycémique trop importante ; on s'est aperçu que c'était très dépendant de l'opérateur qui faisait sa glycémie, moi j'avais déjà eu le tour pour un patient, donc j'en ai parlé au pédiatre du service, c'était effectivement ça ; une fois qu'on a éliminé ce facteur-là, elle est rentrée à la maison... Ça aurait pu durer longtemps comme ça sinon ! ».

F) Les limites d'être Parent-Médecin.

1) Dans la prise en charge émotionnelle.

a/ Manque d'objectivité.

Le manque d'objectivité du parent-médecin envers son enfant-patient est la principale difficulté rapportée par l'ensemble des généralistes. Celle-ci résulte d'une implication affective majeure et néfaste pour une prise en charge optimale de l'enfant.

Med 3 « Pour des petites bricoles, otite, gastro, ça va... Mais sur des situations plus complexes, ça n'est pas jouable / On ne sera pas un bon médecin parce qu'on ne sera pas objectif / ça serait plus compliqué de gérer ces situations-là [maladie grave] sur le plan paternel et médical, on est trop intimement lié ».

Med 4 « Il y a certainement des limites, c'est-à-dire que si une maladie grave se déclenche, là ça deviendra compliqué ».

Med 5 « C'est mieux que ça soit un tiers, y'a pas photo, on a un affect terrible ».

Med 8 « à un moment, quand ça ne va pas, l'interaction entre le fait d'être papa et le fait d'être médecin, je pense qu'on perd un certain degré d'objectivité ... ça te touche de trop près, on perd vite les pédales / Il y a le lien familial qui va plus vite que l'objectivité médicale ».

b/ Manque de neutralité.

Med 2 « Il faut plutôt que ça soit un tiers qui ne soit pas impliqué émotionnellement. C'est un peu difficile, on n'est pas neutre ».

Med 16 « A partir du moment où on est du métier, on ne peut pas être neutre ».

c/ Difficulté de la gestion des émotions.

Med 8 « Bien sûr qu'on n'est pas inhumain face à un de nos petits patients qui va être malade, qui a une leucémie, on n'est pas insensible, mais on n'a pas le droit de le montrer... le problème avec ses enfants c'est qu'on va le montrer forcément... Donc là, tu ne seras pas bon du tout ».

Med 9 « Forcément qu'en tant que parent, au contact des émotions, c'est directement la fin du monde ».

d/ Sentiment d'impuissance du parent-médecin.

Sentiment d'impuissance relatif à la souffrance de l'enfant :

Med 6 « Je suis médecin, c'est mon boulot de gérer la douleur, là je le voyais souffrir, sans rien pouvoir faire sauf attendre que ça passe, c'était dur ; donc gros sentiment d'impuissance vis-à-vis de ton fils ».

Sentiment d'impuissance relatif à la prise en charge globale de la pathologie :

Med 6 « J'avais toujours ce sentiment d'impuissance, même si je savais que j'avais fait tout ce qu'il fallait faire ».

Med 11 « dans les maladies à la con type leucémie ou autres, on se sent totalement impuissant de devoir dépendre d'un service hospitalier ».

e/ Intégrer la gravité de la situation face à une maladie.

Lorsque le parent-médecin est amené à confier son enfant à un confrère, il mesure l'importance de la situation qui, par définition, dépasse ses capacités médicales.

Med 8 « C'est d'abord une difficulté psychologique parce que si on passe la main, c'est qu'on sait que c'est grave. Donc on sent que c'est grave et ça ne va pas, c'est le papa qui parle et là, ça devient inquiétant ».

Med 11 « D'un coup j'ai pris conscience que si elle avait été transporté directement à l'hôpital sans passer par moi, c'est que c'était plus grave que ce que j'avais imaginé ».

f/ Parent ou médecin, gérer la crise identitaire.

Med 9 « il ne faut surtout pas s'investir émotionnellement car on ne peut pas être en même temps parent et en même temps thérapeute, ça n'est pas possible / si c'est une situation qui nous met –nous même- en situation de souffrance, alors c'est important de ne pas y accéder en tant que médecin, on reste parent... ça c'est difficile ».

Med 15 « A l'hôpital, on est un peu prit entre deux chaises... entre on connaît un peu comment ça fonctionne, on aurait envie que les dysfonctionnements ne s'appliquent pas à nous, mais à la fois, on se dit, on a envie d'être le patient lambda et de ne pas embêter le monde... parce qu'on connaît aussi les contraintes importantes vis-à-vis du personnel ».

Med 16 « J'ai réussi à la faire sortir de l'hôpital, j'avais retrouvé un rôle presque de soignant uniquement, ça a été une expérience étonnante ».

2) Dans la prise en charge médicale.

a/ Altération du jugement médical / partialité.

Med 9 « l'impact émotionnel va nous perturber dans l'analyse médicale et la prise de décision ».

Med 12 « Il y a obligatoirement une perte de partialité, on a une appréhension des choses qui ne sont pas vues de la même manière que quand c'est quelqu'un d'autres ».

b/ Perte de ses capacités médicales.

Med 8 « on perd rapidement les pédales / Je ne savais même plus mon code de carte bleue arrivé au distributeur ! Parce que j'étais tellement obnubilé par le fait qu'on ne savait pas ce qu'elle avait, j'étais incapable de réfléchir ».

Il terminera par « Donc je me dis qu'en tant que médecin, s'il y avait eu un geste salvateur à faire, je pense sincèrement que je n'aurai pas su le faire... Je n'aurai peut-être même pas pensé à le faire ! ».

c/ Déresponsabilisation du médecin.

Med 5 « Quand j'ai dû confier mes petits, il y avait la difficulté d'une responsabilité que je n'avais plus, que je devais passer. Mais finalement, c'est aussi ce que je ressens avec mes patients quand je dois les confier à l'hôpital par exemple... Quand ils sont hospitalisés et que je ne peux plus m'en occuper, quelque part ça me gêne ».

d/ Limiter l'interventionnisme pour optimiser la prise en charge de l'enfant.

Med 6 « une fois qu'on était pris en charge à l'hôpital, je voulais faire le papa et pas le médecin ou l'ancien interne du service. Donc je n'intervenais pas plus que les autres papas »

Med 8 « On ne veut pas être ennuyé avec une interaction différente. Donc je me suis toujours arrangé, j'ai toujours mis les limites en étant un papa et pas un médecin / Parce que c'est toujours délétère pour celui qui va prendre en charge notre enfant, c'est difficile mais je m'y efforce / il faut savoir se mettre des barrières et limiter l'interventionnisme par rapport aux équipes soignantes. C'est à la fois du respect pour l'équipe soignante et c'est le bon moyen de laisser une objectivité totale aux soignants, à qui on a laissé nos enfants ».

Med 7 « j'ai essayé de ne pas interférer, pour le bien du petit ».

Med 9 « j'avais des échanges avec l'équipe, mais je n'intervenais pas dans les questions qui ont pu se poser / temps qu'elle était hospitalisée, moi j'étais en complicité d'échange mais pas du tout en intervenant / Je n'étais pas du tout dans cette notion de faire pression pour avoir des infos, donc c'était 100 fois plus cool pour l'équipe soignante et pour moi-même de rester juste papa ».

Med 15 « L'inconvénient, c'est que en tant que médecin, on n'a pas envie non plus de la ramener, quand il y a des choses qui plaisent à moitié, on hésite un petit peu... ça serait un autre patient, on insisterait un petit peu plus, mais bon, on n'a pas envie d'être le père médecin qui embête le monde aux urgences... ».

e/ Accepter de déléguer au confrère hospitalier.

Med 9 « Il vaut mieux retrouver une distance en déléguant, pour faire en sorte que celui à qui on délègue, soit le référent / Qu'on puisse avoir au tout début une dynamique d'accompagnement, oui, mais le plus possible après c'est de passer la main ».

Med 10 « Il faut faire confiance à ses confrères ».

Med 11 « j'ai fait le diagnostic mais après je l'ai adressé vers le professionnel avec qui j'ai l'habitude de travailler habituellement, tout simplement ».

f/ Savoir reconnaître ses propres limites.

Med 6 « Le tout c'est de reconnaître que quand ça dépasse tes capacités, il faut orienter ton bébé / Il faut juste savoir passer la main quand il faut, et ça n'est pas évident quand c'est ton enfant ; et c'est ça le gros risque ».

Med 8 « le gros problème, c'est qu'il faut sentir les limites de ce que l'on peut faire... ».

Med 10 « il faut savoir reconnaître quand passer la main ».

Med 12 « il faut prendre l'avis des confrères devant toute difficulté quelque qu'elle soit, c'est difficile ».

G) Médecin du reste de la famille.

Alors que le sujet de ce travail traite uniquement de la santé des enfants du médecin, certains évoquaient spontanément le fait d'être médecin de l'ensemble de leurs proches.

Med 3 « Je commençais justement à y réfléchir par l'intermédiaire de mes proches, mes parents vieillissant tout ça, donc indirectement le problème commence à se poser pour d'autres parents proches ... et franchement je ne trouve vraiment pas ça logique de soigner ses proches, trop d'intimité, de stress...c'est pas sain ».

Med 10 « vous voyez, j'ai décidé de ne jamais prendre en charge mes proches, famille, ami... faut jamais soigner ses parents, des choses comme ça... on soigne mal ».

Le médecin 11 a longuement analysé la différence qui peut exister entre le fait de *soigner ses proches-parents-amis-conjoint* et *soigner ses enfants* « Par contre, il ne faut pas être médecin de sa famille, de ses parents...des autres membres de sa famille. Pourquoi ? Parce que normalement l'enfant n'a pas de pathologie, enfin 95% des enfants qu'on voit...Mais grosso modo, la pédiatrie c'est quand même de la surveillance, de la bobologie, des petites maladies infectieuses...Bien sûr il ne faut pas passer à côté d'une grosse patho, mais généralement c'est ça. Par contre, c'est beaucoup plus délicat d'être médecin de ses parents, parce que là, ils commencent à avoir un âge où ils peuvent avoir des pathologies différentes et où l'examen physique n'est pas évident...Parce qu'on ne peut pas examiner ses parents, ses frères et sœurs

de la même façon qu'un généraliste neutre le ferait, parce qu'il y a de la pudeur dans certains examens qu'il n'y aurait pas avec notre enfant ... Donc autant, je n'ai pas pu le faire avec mes oncles, frère sœur et tout, qu'avec mes enfants, jusqu'à l'âge de maintenant, ça ne m'a pas posé de problème ».

Med 12 « De même qu'on est mauvais médecin pour soi-même, moi j'en ai eu la preuve, je l'ai vécu... De même qu'il est toujours difficile d'être médecin de ses proches, c'est jamais un bon système ce truc-là ».

Med 13 « Autant, j'ai du mal avec d'autres proches, famille, copains, parce que je trouve qu'on n'a pas la même relation, autant pour mes enfants, ça s'est fait naturellement ».

D'autres médecins souhaitaient aborder la prise en charge de leur petits-enfants, car comme le précise en riant le médecin 5 « vu la moyenne d'âge des généralistes dans la région, vous devez en voir pas mal des papys généralistes !! ».

Med 1 « Forcément dès qu'il y a un soucis, c'est papy qu'on appelle ! On m'interpelle dès qu'il y a un souci, j'ai vu passé pas mal de petits bobos en photo en me disant « papa, qu'est-ce que tu en penses ? »... Il y a une confiance terrible quand même ».

Med 5 « Je les suis un peu de loin [des petits enfants], je suis assez critique sur leur suivi, parce qu'il y a un réel manque de disponibilités des confrères dans leur région ; quand ils viennent je les emmène au cabinet et on fait le point, je les pèse, je les mesure, on fait une petite visite ici quoi ! ».

Med 11 « Je ne suivrai pas non plus mes petits-enfants, parce que c'est trop de responsabilité... Mais en fait je le fais quand même ».

Med 16 « on a un seul petit enfant qui a 2 mois, mais je vois bien l'attitude de ma fille qui est aussi très partagée, bébé est suivi par un pédiatre mais dès qu'une question se pose à laquelle elle ne peut pas répondre, c'est « papa, maman je fais quoi ?? » et elle nous ramène bébé ici... c'est marrant hein ? ».

H) Intervention du conjoint dans la décision de suivre ou non son enfant.

Ainsi, le médecin 6 a consulté un pédiatre pour le suivi de santé de ses enfants leur première année de vie, par décision de sa conjointe « elle ne voulait pas trop, elle disait que j'étais papa et pas médecin / il y a la conjointe aussi qui joue son rôle dans ça ».

Le médecin 3 a également suivi l'avis de son épouse « c'est elle qui a voulu qu'ils soient suivis par le pédiatre la première année ».

Med 13 « C'est surtout mon mari de temps en temps qui, par l'inquiétude parentale, il va dire que je ne les soigne pas beaucoup, il aurait été plus incisif sur les traitements lui... ».

Nous avons rencontré le médecin 16, dont le conjoint est généraliste également, qui précise que « le fait d'être un couple de médecins, c'est quand même chouette dans le sens où quand une question se pose, bah de pouvoir en discuter avec son conjoint et d'être 2 à prendre la décision, c'est moins lourd à porter ! » Cette intervention rappelle l'item de la responsabilité du parent-médecin qui semble effrayer certains praticiens, et qui dans ce contexte de couple-médecin est un renforcement positif.

I) Un petit patient comme les autres ?

Si la plupart des médecins rapportent une prise en charge particulière de leurs enfants, d'autres médecins interrogés s'efforcent malgré la relation qui les lie à leurs petits, de les soigner « comme un patient lambda ».

Med 10 « J'essaie de le soigner de la même manière que mes petits patients, donc j'essaie de faire aussi bien... ou aussi mal... je ne sais pas ...de la même manière que mes autres petits patients en tout cas ».

Med 13 « je gère les maladies à la maison, comme je pourrais faire avec les autres patients ».

Med 15 « j'ai fait leurs suivis pédiatriques comme font tous les médecins généralistes avec leurs petits patients ».

Med 16 « on pouvait le faire pour les enfants des autres, pourquoi on ne l'aurait pas fait pour les nôtres ? ».

J) Et les enfants, qu'en pensent-ils ?

Durant les entretiens, certains praticiens exposent naturellement le point de vue de leurs enfants, qu'ils ont recueillis après débat sur ce sujet.

Med 6 « Maintenant, il faudrait interroger mes enfants, parce qu'eux ils sont supers sévères ! Ils sont très critiques ! Mais bon ça va, on s'entend bien quand même ! [rire] ».

Med 7 « mon fils, il me le dit encore « de toute façon, quand je suis malade tu t'en fous, tu dis ça va passer ».

C'est notamment le cas du médecin 11 qui rapporte dès le début d'entretien que «ce week-end, quand je leur ai dit qu'une jeune interne venait pour me poser quelques questions sur leur suivi de santé petits, ils ont bien rigolé et ils m'ont dit « franchement, c'est pas toi qu'elle doit interroger, c'est nous ! » Donc c'était rigolo parce que ça a été un point de départ au débat, parce que moi je savais ce que j'allais vous dire, et eux ils avaient un autre point de vue, radicalement différent ! » ; « comme je m'en suis pris plein la tronche ensuite sur ce sujet-là, bah je me suis rendu compte que peut-être qu'ils l'avaient très mal vécu... » ; « Ils ont clairement l'impression d'être moins bien suivis que s'ils étaient dans une famille lambda, qui irait chez le médecin, qui prendrait RDV... » ; « c'était rigolo, parce qu'il voulait vraiment que vous l'interrogiez dessus... A mon avis, vous auriez eu une version radicalement différente ».

Ainsi, si d'aventure le thérapeute arrive à conserver la distance et le recul nécessaire, c'est le patient qui risque alors de lui reprocher une attitude qu'il prend pour du désintérêt ou de la froideur¹⁰.

K) Peut-on être médecin de son enfant ?

En fin d'entretien, nous demandions aux médecins si on pouvait d'après eux « être le médecin de son enfant » Nous avons recueilli des réactions souvent hétéroclites, et nuancées.

- Les OUI.

Med 6 « OUI quand on s'en sent capable ».

Med 7 « OUI, sans hésiter oui ».

Med 12 « Je pense que OUI ».

Med 13 « OUI pour moi, ça s'est bien passé ».

Med 15 « je pense que OUI ».

- Les OUI MAIS.

Med 1 « OUI MAIS c'est peut-être plus compliqué de nos jours parce que les attitudes diagnostiques sont quand même plus élaborées... Pour une appendicite par exemple, il faut une biologie, une échographie... donc c'est plus difficile aujourd'hui parce qu'on doit vraiment confier notre enfant ! ».

Med 4 « OUI, on peut certainement être médecin de son enfant, MAIS il y a certainement des limites, c'est-à-dire que si une maladie grave se déclenche là, ça deviendra compliqué ».

Med 8 « OUI MAIS que quand ça va bien, si j'avais eu un enfant handicapé ou autre, j'aurai dit non... ».

Med 10 « OUI tout à fait en étant généraliste, on touche à tout et donc on doit pouvoir MAIS jusqu'à un certain moment ».

- Les NON.

Med 9 « NON, je ne le préconise pas du tout parce qu'avec l'émotionnel c'est vraiment une situation où si on prend la posture du médecin, on va se bloquer dans ses émotions, et si on est au contact de ses émotions, on ne peut pas être un bon praticien parce qu'on n'aura pas la bonne distance, de prendre parfois les décisions qui s'imposent alors même qu'on aura une effraction émotionnelle ».

- Les NON MAIS.

Med 3 « NON MAIS en même temps, on n'arrêtera pas d'être médecin, donc de toute façon, c'est foutu dès le départ ! / On ne peut pas être son médecin, c'est sûr, mais on ne pourra pas s'empêcher de l'être ».

Med 5 « NON, je pense que ça n'est pas raisonnable, MAIS c'est quand même souvent ce qui se passe parce que c'est un biais pratique ».

NE SAIT PAS.

Med 2 « honnêtement, je ne me suis jamais posé la question, ni l'un ni l'autre ».

Med 11 « ah, je ne sais pas, c'est une bonne question... [silence] parce que c'est sûrement la question principale ».

Certains praticiens relèvent la similitude de prise en charge entre un enfant lambda vu en consultation, et leur propre enfant, ainsi le médecin 15 estime que « je le faisais chez les autres, alors il n'y a aucune raison que je ne le fasse pas à mes propres enfants ».

Le médecin 16 confirme qu'il s'agit de « ses petites patientes » et « on pouvait le faire pour les enfants des autres, pourquoi ne pas le faire pour les nôtres ? ».

Du point de vue de ces médecins, il est tout à fait possible de prendre en charge ses propres enfants, il s'agit même d'un « évidence, c'est logique ».

A cette question, d'autres médecins interrogés avouent « ne jamais s'être posé la question, parce que franchement j'ai fait ça naturellement » médecin 17 ou par reproduction du schéma familial « pour moi, c'était naturel de les suivre, mon père était médecin, comme toi, et il nous suivait donc ça s'est fait comme ça.

DISCUSSION

A) Forces de l'étude.

1) Attractivité du sujet par les interviewés.

Les médecins interrogés ont tous manifesté un intérêt certain à l'annonce du sujet abordé, à savoir la santé de leurs propres enfants. Etant sollicités fréquemment pour leur participation à des travaux de thèses (entretien téléphonique, questionnaire...) ils se doivent de sélectionner les travaux auxquels ils participent.

Je suis honorée du temps qu'ils m'ont accordés pour la réalisation des entretiens.

Cet intérêt qu'ils ont manifesté autour de ce travail, tient probablement compte du caractère novateur de celui-ci. En effet, de nombreux travaux de thèse ont précédemment été réalisés, traitant de la santé des médecins généralistes eux-mêmes ou la santé de leurs proches, à savoir parents, conjoints, amis... mais nous n'avons pas retrouvé de travaux précisément dirigés sur le suivi de santé des enfants du généraliste.

S'ils ont montré une certaine bienveillance à l'égard de notre travail, certains médecins interrogés évoquent l'embarras que celui-ci a pu leur provoquer.

En fin d'entretien, le médecin 3 rajoutera que « cette question me bouleverse un peu parce que ça n'est pas une question qui nous est posée souvent...mais on devrait tous se la poser en fait ! Merci de m'avoir fait réfléchir dessus ».

Cela relève l'implication personnelle de chacun, sur un sujet pouvant être considéré comme délicat, puisqu'ils atteignent la sphère intime de l'organisation familiale, et des décisions prises par le médecin.

D'autres médecins m'ont rapporté que l'évocation du sujet (informations téléphoniques données au préalable de l'entretien individuel) avait été le point de départ de quelques débats constructifs entre les médecins et leur conjoint ou leurs enfants. Cela leur aurait permis d'appréhender le vécu de leurs enfants-patients et surtout de mesurer l'impact d'une décision a priori anodine, qui a été de « soigner son enfant ».

2) Implication affective de l'auteur.

Chaque étudiant présentant un travail de thèse d'exercice est libre du sujet qu'il souhaite aborder.

J'ai décidé de travailler sur un sujet me tenant fortement à cœur, puisqu'il s'agit pour moi d'une interrogation quotidienne : soigner ou non ses propres enfants ?

Ainsi, au-delà de la réalisation et de la rédaction de ce travail universitaire, il s'agissait pour moi d'une réflexion personnelle permanente, faisant suite à un épisode douloureux mais constructif de ma vie de jeune maman... Et de jeune médecin.

La principale difficulté rencontrée lors de la réalisation de ce travail, a été d'éviter de m'emprisonner dans une théorie, d'après Glauser et Straus¹¹: *« le chercheur doit posséder les habiletés (insights théoriques) et les attitudes nécessaires pour être en mesure de conceptualiser et d'élaborer une théorie à partir de données plutôt que de forcer une théorie sur les données »*.

Ainsi, de mon hypothèse très tranchée sur le fait de ne pas pouvoir être le médecin de son enfant – de par mon expérience personnelle- Il m'a fallu traiter avec le maximum de partialité et de neutralité, les données recueillies pour être la plus concise possible dans leurs interprétations.

Cet exercice a été d'autant plus difficile que mon propre point de vue évoluait au fur et à mesure de la rédaction de ce travail, nourrit des entretiens divers.

Cependant, l'intérêt certain personnel que je porte à ce sujet, m'a permis de travailler avec plaisir à la rédaction de ce travail et de rendre donc moins douloureuses, les nombreuses heures passées devant mon ordinateur.

B) Limites de l'étude.

1) Biais de l'étude qualitative

Pour évaluer la qualité de ce travail, il est nécessaire d'identifier et d'expliquer les différents biais. Ainsi, comme le précisait Blanchet, dans son ouvrage traitant principalement des méthodes d'enquête¹² la reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique.

a/ Biais liés au recueil de données

- Biais de sélection de l'échantillon :

Ce biais a été inévitable lors de la constitution de mon échantillonnage, puisque celle-ci ne relevait pas d'un tirage au sort aléatoire des participants. Il a cependant été minimisé lors de la sélection d'une partie de l'échantillon à partir du répertoire téléphonique, même si celui-ci se faisait dans une limite géographique prédéterminée.

Nous avons cependant veillé à constituer un échantillon le plus représentatif possible de la population générale des médecins généralistes, en sélectionnant des médecins d'âge, de sexe et de spécificités professionnelles variés, ainsi que le nombre d'enfants et le mode d'installation divers. Nous avons pu ainsi minimiser les biais de sélection d'un échantillon constitué par simple convenance ou trop uniforme.

- Biais liés à l'enquêteur : biais d'intervention :

S'agissant d'un entretien compréhensif, chacun des 2 protagonistes était libre de s'exprimer (l'enquêteur et l'interviewé).

Au début des premiers entretiens, je présentais mon objet d'étude et exposais au participant les raisons ayant motivées le choix de ce sujet (vécu personnel), mais cette intervention induisait d'indésirables conséquences sur le contenu et la réaction des médecins interrogés. Cela biaisait principalement l'interprétation du mot maladie et hospitalisation des médecins interrogés qui rencontraient donc des difficultés à se projeter dans la 3^{ème} partie de l'entretien, banalisant les maladies ou séjour hospitalier vécus par leurs propres enfants.

Pour limiter ce biais, nous avons donc décidé de ne plus exposer le pourquoi du sujet de la thèse, afin de ne pas orienter le discours des participants en réponse au vécu personnel de l'auteur.

De même qu'il m'a fallu dès les premiers entretiens, limiter au maximum l'interventionnisme non-verbal qui recouvre par extension les indices corporels dépendants du discours aussi bien que les gestes autonomes¹³ afin de garder la neutralité nécessaire à la récolte des données.

- Biais de digressions :

L'entretien dirigé ne *consiste pas à recueillir des formes de savoirs qui seraient déjà là et qu'il s'agirait de saisir sans la moindre imposition de problématique. Il s'agit plutôt de coproduire un savoir inédit, résultant des interactions entre plusieurs acteurs.* De fait, en s'éloignant d'une grille d'entretien stricte et figée, nous relevons un risque non négligeable de digressions dans la conversation. *Ainsi, si déplacement il y a, il n'est donc pas uniquement du côté du sociologue. À travers ses suggestions, mais également ses questionnements et ses interrogations propres, le clinicien accompagnera non seulement les sujets dans une réflexion distanciée sur leur vécu, mais tentera de les amener également à réaliser l'exercice pratique d'un déplacement entre la perception du sens [de leur] vécu et la conceptualisation ou la problématisation de celle-ci... »¹⁴.*

- Biais de mémorisation :

Les médecins étaient interrogés sur des faits passés, datant parfois de plusieurs décennies. Ils ont donc dû faire appel à leur mémoire de long terme pour restituer leur histoire. Il existe donc un biais inévitable de mémorisation.

b/ Biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation :

La validité d'une enquête qualitative repose sur le fait que les données recueillies doivent être reproductibles et représentatives de la réalité.

Plusieurs outils sont à disposition des auteurs pour garantir la qualité d'une étude qualitative, ainsi la triangulation des sources ou des méthodes est un des procédés existants, permettant d'augmenter la validité interne de l'étude.

Une des techniques de triangulation des sources, consiste par exemple à employer des intervenants indépendants et différents dans les différentes phases de travail. Ainsi, dans l'idéal, la réalisation des entretiens, la retranscription des données, et l'analyse et l'interprétation des données devraient être effectués par 3 personnes différentes au total.

Ce travail de thèse étant un projet professionnel personnel et individualisé, j'ai donc réalisé seule toutes les étapes de cette étude, depuis la réalisation des entretiens jusqu'au codage de ses données.

Cette pratique n'a pas influé sur la partie descriptive de l'étude, mais il existe un risque que mes propres hypothèses préalables aient conditionnés l'analyse des résultats, pouvant induire un biais d'analyse.

Un autre biais n'a pu être évité, c'est le *biais d'interprétation*, dans la mesure où l'analyse et l'interprétation des résultats ont été réalisés par la même personne, malgré tous mes efforts pour rester impartiale lors du codage des données¹⁵.

c/ Biais liés au codage manuel des données :

Par choix, je n'ai pas utilisé de logiciel informatique pour le codage des données recueillies. Je ne pouvais me résoudre à confier à une machine informatique, l'essence même de ce travail.

Pour Mucchielli¹⁶, toutes les méthodes qualitatives (manuelles ou informatisées) mettent en œuvre des processus intellectuels communs.

Il s'agit toujours de rassembler ou de recueillir un corpus d'informations concernant l'objet d'étude, de le trier selon qu'il y appartient ou non, de fouiller son contenu selon ses ressemblances thématiques, de rassembler ces éléments dans des classes conceptuelles, d'étudier les relations existantes entre ces éléments et de donner une description compréhensive de l'objet d'étude¹⁷.

Il existe donc différentes méthodes d'analyse des données qualitatives (manuelle ou informatisée) mais il n'en existe aucune qui soit meilleure que les autres. Il y a seulement des méthodes qui sont plus appropriées que d'autres, compte tenu de la tradition dans laquelle le chercheur travaille, et du matériel disponible¹⁸.

2) Faible effectif de l'échantillonnage.

Par nécessité et contrainte personnelle de temps, les entretiens se sont déroulés sur une période de 3 mois, rendant modeste la taille de l'échantillon.

Cependant, la richesse des informations recueillies durant les entretiens, m'était suffisante pour l'exploration de leurs données, les rendant compatibles avec l'objet initial de mon travail de recherche et son analyse¹⁹. Je note tout de même que nous arrivions à saturation des données au cours des 2 derniers entretiens.

3) Véracité/Objectivité des propos recueillis.

Comme l'un des médecins interrogés me signale en fin d'entretien, une fois le dictaphone éteint : « en fait j'ai un peu changé la vérité concernant le diagnostic de la maladie de mon fils, mais je ne veux pas d'histoire avec le médecin qui s'en était occupé à l'époque, si un jour il tombe sur ta thèse et qu'il me reconnaît ».

Il m'est donc impossible de vérifier la véracité des propos recueillis durant les entretiens, rendant certaines réponses contenues voire parcellaires, sur des sujets considérés comme indescritibles pour le médecin, ou parfois vécus comme douloureux ?

De même, certains praticiens avaient discutés du sujet de l'entretien avec épouse ou enfant avant la réalisation de celui-ci (après le premier contact téléphonique), et me rapportaient donc l'avis personnel de ses derniers, ou une version déjà critiquée [par conjointe ou grand-enfant] de leur point de vue, ce qui a pu conduire à un recueil erroné et dépersonnalisé de la véritable pensée du médecin interrogé. « J'en ai discuté avec ma femme suite à votre appel et finalement elle a raison, elle dit que ... ».

4) Manque de précisions dans les termes utilisés.

Lorsque j'abordais la troisième partie sur la maladie ou l'hospitalisation de l'enfant, je n'ai volontairement pas défini ce que j'entendais par maladie.

La plupart des médecins interrogés n'ayant jamais été confrontés – fort heureusement- à une maladie grave de leur enfant ; l'utilisation de terme général tel que « maladie » ou « hospitalisation » me permettait de recueillir un maximum de témoignages.

Ainsi, selon l'expérience personnelle de chacun, il m'était rapporté des événements attenants à diverses interprétations de ce qu'ils se faisaient de la maladie : allant de l'affection traumatologique (fracture, luxation...), appendicite aigue, à de véritables pathologies médicales : affection oncologique, infection aigue, prématurité de l'enfant.

En revanche, cette grande hétérogénéité dans l'interprétation de ce qu'était *la maladie* a été préjudiciable à l'exploitation précise de certaines données, notamment lors de l'analyse et du codage des données, de la constitution des nœuds.

De même, les médecins faisaient le parallèle spontanément entre leur rôle dans le «suivi de santé de l'enfant : vaccinations, carnet de santé... » et en cas d'«affection bénigne » rendant parfois l'analyse des enjeux et des limites, légèrement caduque car non systématisée, et donc pouvant être exploitée dans la première et la seconde partie de ce travail.

C) Analyse des résultats, confrontations aux données de la littérature.

=> Le CARE et CURE, notion fondamentale de la relation médecin-malade.

Pour Donald Winnicott⁴¹, pédiatre psychiatre et psychanalyste britannique, le terme « soin » et son corrélat « prendre soin » avaient presque pris valeur de concept. En effet, ils traduisent au mieux ce qu'il signifiait en disant care et take care.

Le 18 Octobre 1970 lors d'une fête patronale en l'Eglise Saint-Luc pour la causerie demandée par des médecins et infirmières, il introduit le terme cure.

Il souhaitait transmettre aux soignants réunis en ce lieu, son soucis de ramener le *CURE* du côté *CARE*. *Cure* et *care* sont en anglais des termes très proches, mais l'intention du Docteur Winnicott était d'insister sur ce qui pouvait les distinguer. Certes, care et cure désignent *les soins*, mais alors que le cure vise le traitement médical et l'éradication de la maladie, le care met l'accent sur l'attention portée à quelqu'un et sur l'intérêt qui est pris pour cette personne.

Les médecins d'aujourd'hui sont confrontés à cette intrication difficile du care et du cure dans leur pratique.

Si nous sommes conditionnés au terme de nos longues études à maîtriser le côté cure du patient (désignant le diagnostic, le traitement, la guérison) au travers des cours théoriques et des cas cliniques travaillés sur les bancs de la faculté ; nous nous retrouvons cependant extrêmement démunis lorsqu'il s'agit d'apprécier le côté care de celui-ci.

Quel médecin ne s'est jamais retrouvé en difficulté lors d'une consultation d'annonce de maladie grave ? Comment annoncer à un patient que la médecine ne peut plus rien faire pour le soigner et que nous allons l'accompagner jusqu'au décès « dans les meilleures conditions » ? Que répondre à cette maman effondrée qu'on a là, en face de nous, à qui nous venons d'annoncer le cancer de son bébé de 2 mois ?

Avons-nous les clés suffisantes au terme de notre formation, pour intégrer le care optimal à la prise en charge de notre patient ? Assurément non.

Il serait impératif d'inclure dans la formation universitaires des médecins, cet apprentissage fastidieux mais vital de l'appréhension du care.

La complexité des méthodes de soins d'aujourd'hui, ajoutée à l'abord protocolaire des recommandations officielles de soins des patients ne fait qu'amplifier cette difficulté d'intégration du care.

L'émergence des concertations pluridisciplinaires bien qu'intégrant les équipes psychologiques à la prise en charge médicale du patient, ne suffisent pas à compenser cet absence du care dans le soin de la médecine française d'aujourd'hui.

Dans son enseignement, Winnicott insistait également sur la « fiabilité du professionnel de santé », sur la nécessité pour le patient d'avoir foi en la personne à qui il s'adresse.

« En étant fiables dans notre travail professionnel, nous protégeons les patients de l'imprévisible. Aussi devons-nous, nous, soignants, nous garder d'être imprévisibles. Car derrière l'imprévisibilité, il y a la confusion mentale, et derrière celle-ci, éventuellement un fonctionnement somatique chaotique, c'est à dire une inconcevable angoisse physique » Il introduit ainsi la capacité de *holding* ».

Le soignant doit pouvoir ressentir avec justesse les besoins de dépendance émanant du sujet malade. Il doit être capable de rentrer dans un mode d'identification semblable à celui qui se joue entre une mère et son nourrisson quand rien n'entrave pour la mère la relation à son enfant, « la préoccupation maternelle primaire ». Et c'est elle qui engendre la capacité de holding. Il soutenait que, faute d'avoir la capacité de s'ouvrir à une sensibilité analogue à celle de la préoccupation maternelle primaire, le soignant ne pourrait fournir le holding nécessaire à l'accompagnement du patient.

Nous voyons, de part ces concepts primordiaux de care et cure, la difficulté à laquelle est confrontée le médecin qui soigne son enfant. Si la préoccupation maternelle primaire qui le lie à son enfant est intacte de véracité, le médecin se retrouve impliqué dans une posture professionnelle délicate altérant l'imprévisibilité, et impliquant le risque de l'insécurité de l'enfant.

⇒ Qui soigne son enfant ?

Cet investissement majeur des parents-médecins dans la santé de leurs enfants, est relatif aux résultats retrouvés par le Docteur Bérangère Joffre dans son travail de thèse réalisé en 2001. Il s'agissait à partir d'un questionnaire envoyé à 186 médecins généralistes exerçant dans les Bouches du Rhône, d'étudier l'organisation de santé des enfants de généralistes. Dans son ouvrage, elle conclue que 70% des médecins interrogés disent être le médecin de leurs enfants. Concernant les 30 % restants, 10% des enfants étaient suivis par un confrère généraliste, 8 % étaient suivis par des confrères pédiatres et 12% étaient suivis par différents intervenants. 70% des omnipraticiens ont vaccinés au moins une fois leurs enfants. 62% des praticiens ont fait examiner au moins une fois un de leurs enfants, par un tiers avant leurs 2 ans.

Concernant le suivi des pathologies courantes de l'enfance : 92% des médecins sont intervenus au moins une fois dans une pathologie banale de l'enfant ;

Concernant les pathologies graves, 49% des diagnostics de maladie grave ont été faits par les parents médecins de son étude. 76% de ces généralistes ont confiés leurs enfants directement au spécialiste concerné, 24% des autres généralistes ont essayés de prendre en charge l'enfant avant de le confier au spécialiste.

Ces résultats sont compatibles avec l'analyse réalisée au préalable de notre étude, à savoir que si une très grande majorité des parents-médecins suit l'état de santé de leurs enfants, ils sont moins nombreux à continuer à les soigner, en cas de pathologie plus grave²¹.

⇒ L'objectivité du médecin face à son patient proche.

Cependant, lorsqu'elle aborde la thématique de l'objectivité du parent-médecin dans son questionnaire « Pensez- vous pouvoir garder une attitude professionnelle et objective face à vos propres enfants », 56% des médecins de son échantillon répondent par l'affirmative, contre 34.9% de négative (8% de oui et non et 0.1% sans réponse).

Alors que le manque d'objectivité impliquée par l'affect du parent-médecin, est la principale limite soulevée par la totalité des médecins de notre enquête. Il y a donc sur ce point, une discordance importante entre nos 2 analyses.

Cette discordance résulte probablement du recueil qualitatif de nos données, permettant aux médecins interrogés de davantage nuancer leurs réponses.

Deux autres travaux de thèse concluent à un manque d'objectivité du médecin face à son patient-proche. Ce manque d'objectivité serait proportionnel à l'importance de la pathologie en cause et à la nature relationnelle qui unit le patient et son médecin^{22, 23}.

Chaque prise en charge est unique. « Il convient donc à chaque médecin de déterminer les seuils pour lesquels son jugement reste objectif et constructif²² »

Cette difficulté à rester objectif face à la maladie de nos proches est reconnue chez nos confrères anglo-saxon ; puisqu'une revue de la littérature anglaise évoque un caractère plutôt péjoratif de la prise en charge de ses proches avec un manqué d'objectivité de l'omnipraticien²⁴.

Une revue anglaise récente va encore plus loin dans son interprétation car conclue à une diminution de la qualité de la prise en charge que le médecin offre à ses proches, secondaire au manque d'objectivité²⁵.

Nous pouvons donc affirmer au terme de notre étude, que le manque d'objectivité est un frein majeur à la prise en charge de nos proches.

Si les médecins pensent pouvoir surmonter cet obstacle (rappelons que 56 % des médecins se disaient objectifs dans leur prise en charge), nous sommes forcés de constater qu'il s'agit d'un biais irréductible de la relation soignant-soigné, et qu'elle risque fortement d'entraver la qualité du soin exercé.

⇒ L'implication affective du médecin.

Lorsque nous sommes parents, nous sommes d'abord et avant tout dans une dynamique d'intimité, d'amour et d'émotion. Cette implication affective naturelle et charnelle qui lie un enfant à son parent (et vice versa) ne peut être contrôlable ou réduite par l'une ou l'autre des parties, puisqu'elle est la nature même de leur relation.

Un traité de sociologie datant de 2007 authentifie le besoin de se démunir de tout affect lors de la prise en charge d'un patient²⁶.

Pour que la relation de soin soit optimale « Le rapport au malade ne repose pas sur des liens personnels mais sur une compétence technique » Les auteurs insistent sur « l'importance de neutralité affective dont doit faire preuve le professionnel ».

S'il nous paraît laborieux voire impossible de se désengager de l'amour et de l'affection que nous portons à nos enfants, alors nous ne sommes plus en position de « neutralité affective » nécessaire et essentielle à la prise en charge médicale de notre enfant.

⇒ Soigner ses enfants versus soigner ses proches ?

Si la littérature actuelle est riche d'enquêtes sur les soins prodigués aux proches des généralistes, elles englobent principalement les amis proches, parents et conjoints des généralistes^{22, 23}.

Très peu d'ouvrages abordent spécifiquement le soin apporté aux enfants du généraliste. Même si j'utilise à ce jour plusieurs ouvrages traitant de la santé des proches en général, je me dois de soulever quelques différences entre le fait de « soigner un proche » et le fait de « soigner son enfant » puisqu'il s'agit à mon sens, de 2 modalités de prise en charge franchement distinctes.

Tout d'abord, au terme de nos longues études de généralistes, nous prêtons serment de « donner [nos] soins à l'indigent et à quiconque [nous] le demandera »²⁷.

Cela sous-entend que le patient est libre de choisir son médecin^{28, 29} (valeur universelle, base de la relation médecin-malade reprise par le code de déontologie médicale de 2012 et de déclaration de choix de médecin traitant réactualisé en 2014). Par définition, le médecin répond à une demande de soins clairement formulée et déterminée de celui-ci. Hors, contrairement au patient-proche adulte qui émet clairement cette demande de soins en s'adressant à son ami/parent généraliste, l'enfant reste dans l'incapacité de formuler un souhait précis de soins, du fait de son jeune âge.

La décision de soigner son enfant émane essentiellement du parent-médecin, alors que « soigner un proche » répond davantage à la demande du patient.

Ensuite, comme le rapporte le médecin 11 interrogé, le suivi pédiatrique relève principalement d'une surveillance, de la bobologie ; alors que le suivi de ses proches nécessite une réflexion diagnostique plus aiguisée et rigoureuse (dépistage des cancers, gestion des maladies chroniques...). Il s'agit donc de 2 démarches intellectuelles médicales différentes mais complémentaires pour le médecin : la surveillance médicale de l'enfant versus l'action médicale du proche.

Ensuite, le lien qui nous unie à nos enfants est radicalement différent de celui qui nous lie à notre conjoint, parents ou amis... Il s'agit d'une relation d'amour incontrôlable teintée d'une responsabilité inéluctable de bien-être de notre enfant. C'est le développement du care initialement introduit. Nous sommes responsables de sa sécurité et de son éducation, il s'agit d'un devoir parental inscrit dans la constitution universelle et encadré par la loi. Inversement, nous ne sommes tenus à aucune obligation concernant la santé de nos proches.

Troisièmement, le « proche » est libre de consulter le soignant qu'il souhaite, de demander un double avis auprès d'un confrère si notre prise en charge ou traitement ne le satisfait pas entièrement, alors que nous imposons notre traitement et notre prise en charge à nos propres enfants, sans finalement leur laisser la possibilité du « deuxième avis ».

Un médecin interrogé refuse de prendre en charge ses proches, mais soigne ses enfants, parce qu'il se dit plus attentif à leur suivi. Cette idée est reprise par un autre médecin pour qui « soigner sa femme » est beaucoup plus complexe et risqué que « soigner ses enfants »

Certains médecins se sentent donc totalement apte à soigner leurs enfants, mais refusent catégoriquement de suivre leurs proches. Cela étaye ma théorie que « soigner ses enfants » et « soigner ses proches » sont deux tâches dissemblables.

⇒ Pathologie grave/chronique exclue.

Si la plupart des médecins interrogés ont pris en charge la santé de leurs enfants, ils s'entendent tous à dire qu'en cas de « situations plus compliquées, maladie grave, hospitalisation » il faut savoir « confier l'enfant à l'équipe hospitalière » et retrouver son rôle exclusif de parent accompagnant.

Il en résulte une meilleure prise en charge de l'enfant, puisque l'implication affective et émotionnelle inéluctable du parent-médecin est un frein majeur à l'objectivité nécessaire à la prise en charge de l'enfant. Cet affect parental est pourvoyeur d'altération du jugement médical, de perte des capacités médicales et d'une difficulté à gérer ses émotions face à son enfant malade. C'est l'imprévisibilité de la survenue de la maladie qui justement altère la fiabilité absolue du médecin impliqué émotionnellement.

La nécessité de devoir confier son patient à un tiers soignant concernant « les pathologies graves ou à pronostic vital engagé » est confirmée par la littérature ^{21,23}. Il est même recommandé de

se limiter aux soins ponctuels, et de déterminer à l'avance un cadre strict²¹ de la prise en charge, afin d'en contrôler ces limites.

La difficulté réside surtout dans la délimitation de ce cadre d'exercice, chacun devant savoir reconnaître ses limites.

⇒ Une prise en charge hospitalière particulière ?

Comme certains médecins l'ont soulevé durant les entretiens, la prise en charge hospitalière de l'enfant de médecin serait améliorée. Ils décrivent une attention plus stricte des équipes paramédicales et médicales envers le petit patient. La transmission d'information soignant-soigné serait de meilleure qualité, et plus rapide.

Si la littérature reste pauvre sur « le soin prodigué aux confrères », nous pouvons nous interroger sur la manière dont nous soignons nos confrères- ou enfants de confrères- par rapport à nos autres patients.

Sommes-nous tous égaux dans nos prises en charge ?

Cette notion d'égalité face aux soins, plus précisément face à la qualité des soins, me semble légitime car elle est le fondement même de la constitution. Il serait intéressant de réaliser quelques études comparant les prises en charge hospitalières de patients-médecins versus patients-lambda, afin d'objectiver les disparités s'appliquant à la qualité du soin hospitalier selon notre appartenance sociale.

⇒ Crainte de l'erreur médicale.

Quelques médecins interrogés, ont soulevé la crainte de l'erreur médicale, du diagnostic erroné, du symptôme banalisé donc de la gravité sous-estimée, du fait de leur implication affective particulière.

Cette crainte de l'erreur médicale a déjà été évoquée dans la littérature actuelle un certain stress est noté, notamment vis-à-vis des enfants, toute pathologie inhabituelle ou jugée sérieuse²³.

Il y a la peur du diagnostic, d'une prise en charge inadaptée, d'une thérapeutique iatrogène, pouvant engendrer une mise en danger du patient, d'autant plus angoissante lorsqu'elle s'applique à son propre enfant.

Un journal anglais assure que toute erreur médicale est difficile à vivre d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un proche³⁰.

La possibilité de pouvoir agir et décider en couple, lorsque le conjoint est également médecin, permet de réduire cette inquiétude inhérente à l'erreur médicale, puisqu'il en résulte un partage des responsabilités.

⇒ Une responsabilité pesante et génératrice de stress pour le médecin.

Dans son étude qualitative portant sur les déterminants de la prise en charge de leurs proches, auprès d'un focus-groupe de 11 médecins girondins, Marie-Emilie Bouquet Lautie rapporte ainsi que *« les médecins ne prenaient pas en charge de manière identique un patient lambda et un membre de leur famille, essentiellement du fait de leur implication affective [...] et que les médecins interrogés évoquaient de nombreux inconvénients, comme responsabilité considérée comme pesante pour le soignant et une pression familiale particulièrement forte »*³¹

Dans notre étude, nous retrouvons cette notion de responsabilité pesante, qui se manifeste par la culpabilité du médecin se réveillant en pleine nuit pour retourner examiner son enfant, ou par un autre médecin qui « ressent une tranquillité morale » lorsqu'il confie son enfant au confrère hospitalier.

⇒ Intervention du conjoint dans la décision de suivre ou non enfant.

Des travaux de thèse précédemment nommés corroborent l'importance du rôle du conjoint du généraliste dans la prise en charge de l'enfant.

Ce conjoint souhaite « être partie prenante de la prise en charge globale du nourrisson et avoir un conseil autre que celui du conjoint » motivant ainsi le recours à une tierce personne, surtout lorsqu'il s'agit d'un premier enfant²⁰.

Nous soutenons cette notion d'intervention du conjoint dans notre étude, puisque 3 médecins ont dû amener leurs enfants chez le pédiatre, sur demande de leurs épouses.

Il pourrait être intéressant de recueillir auprès de ses conjoints, leurs motivations à faire appel à un professionnel de santé extérieur à la famille, plutôt qu'à leur époux médecin.

⇒ Réalisation de l'examen clinique.

A partir des entretiens réalisés, nous notons que l'examen clinique des enfants du généraliste reste plutôt sommaire et principalement basé sur un symptôme.

Des travaux de thèse récents^{32, 33} attestent que « *l'examen clinique du proche est succinct et incomplet, devenant alors une potentielle source d'erreurs* », cependant il s'agit là d'une conclusion émanant d'étude sur le « soin prodigué aux proches » du médecin, et donc essentiellement des examens cliniques d'adultes. Un ouvrage de thèse conclut que l'examen clinique ou l'interrogatoire diffèrent le plus souvent de la pratique habituelle du praticien²¹ »

Nous retrouvons une autre étude de la littérature, évoquant de manière bien spécifique l'examen clinique de l'enfant : « *l'examen est complet et systématique d'autant plus qu'il s'agit d'une pathologie grave, observé également chez les jeunes enfants qui bénéficient d'un suivi plus rapproché et approfondi*²³ »

Cette disparité de résultat pourrait s'expliquer par la généralisation de l'examen clinique dans la 1^{ère} étude, incluant des patients adultes et des patients enfants ; alors que la 2^{ème} étude était axée spécifiquement sur l'examen de l'enfant.

Si le généraliste réalise un examen clinique sommaire lors de son intervention médicale chez un proche, il serait davantage attentif à l'examen clinique de son tout petit.

Nous pouvons conclure que si l'examen clinique de notre enfant reste incomplet et ciblé sur un symptôme, il est tout de même plus attentif que celui d'un proche adulte.

Afin de pallier à ce manquement conséquent, un auteur recommande au médecin généraliste de « *rester le plus systématique possible dans son interrogatoire et son examen clinique quelques soient les liens qu'il entretient avec son patient*³⁴ ».

⇒ Lieu de l'examen.

Nous avons soulevés lors de cette étude, le fait que la plupart des généralistes ayant soignés leurs enfants, l'ont fait du domicile, souvent par facilité.

Cependant, certains assurent que pour une prise en charge optimale, il faudrait pouvoir examiner l'enfant au cabinet.

D'autres travaux de thèses précédents^{20, 21, 22, 32, 34}, relèvent également une différence de prise en charge du proche, qu'elle se fasse au cabinet ou au domicile, et recommandent, pour un soin optimal, de réaliser l'examen clinique dans la structure professionnelle du généraliste. Il disposera ainsi de tout le matériel nécessaire à la réalisation de son examen et à l'élaboration de son diagnostic médical. Cette mise en situation quotidienne, permet au médecin d'adopter une posture professionnelle adaptée à la situation.

⇒ Une différence médecin-papa / médecin-maman ?

Nous avons débuté ce travail avec pour hypothèse que les médecins plus âgés, donc expérimentés suivaient davantage l'état de santé de leurs enfants.

On retrouve effectivement quelques ouvrages relatant de l'âge du médecin généraliste dans son choix de soigner ou non ses enfants^{32, 35}. D'après ses travaux « *plus les médecins sont âgés et plus ils soignent leurs proches* ».

Nous avons débattu avec le médecin 6, pour qui la motivation du médecin à soigner ou non ses enfants, dépendrait plutôt de son sexe.

D'après lui « être le papa ou la maman, ça n'est pas du tout pareil / toutes mes consœurs avec qui j'ai discuté de ça, qui sont pédiatres ou généralistes, ne sont pas prêtes du tout à soigner leurs enfants... Alors que du côté des papas, c'est plutôt mitigé ».

Il est vrai que la relation « mère-enfant » est surtout mise en avant dans la littérature. C'est cette relation maternelle particulière que l'on retrouve dans les contes pour enfant notamment, la maman qui protège, la maman qui nourrit, qui console... La mère se sentirait plutôt investie d'un autre rôle que celui de soignant, du fait de la relation fusionnelle et charnelle qui la lie à son enfant. C'est l'illustration de la maman qui câline son enfant pendant que le médecin fait le vaccin...

Cette notion de « maman ou papa » me semblait importante à souligner, même si je n'ai trouvé à ce jour aucune donnée dans la littérature évoquant l'impact du sexe du parent médecin dans sa relation médicale avec l'enfant.

⇒ L'avis des enfants de généraliste.

Au travers de son étude qualitative cherchant à déterminer les difficultés du généraliste à soigner ses proches, Le Docteur Julie Garand²³ a mené plusieurs entretiens semi-dirigés auprès d'enfants de généralistes Ardennais.

Dans les difficultés relatées lors de ces entretiens, elle étaye un manque d'intérêt du parent-médecin devant les pathologies bénignes de son enfant, le manque de disponibilité et de patience du médecin-parent. Les enfants des médecins interrogés se sont sentis délaissés voire lésés dans leur prise en charge, car moins écoutés par leurs parents.

Le Docteur Winnicott évoquait l'insécurité de l'enfant, développée au décours d'une telle relation de soin, lorsque le parent-médecin est confronté à l'imprévisibilité de la maladie, devant laquelle il ne peut réagir. Cette insécurité définie par le ressentiment des enfants à ressentir « le débordement parental » dans une telle situation, est pourvoyeuse d'anxiété chronique de l'enfant dans son développement psychique.

Bien que l'item concernant le ressenti des enfants ait été abordé de façon très succinct lors des entretiens, il semblerait que les mêmes inconvénients soient relevés « moins suivis, moins écoutés, moins pris au sérieux ».

Si le petit enfant est « fier » au côté de sa maman médecin « qui est une star » à la sortie de l'école, il semble beaucoup plus critique sur sa prise en charge à l'âge adulte.

Il serait donc intéressant de recueillir et de considérer davantage le vécu des enfants soignés par leurs parents généralistes. Une connaissance approfondie de leur ressenti pourrait modifier à long terme la prise en charge de leur santé, s'il s'avérait réel que cette situation soit source de souffrance pour l'enfant.

⇒ Se justifier auprès du confrère que l'on sollicite pour nos enfants.

Comme le rapporte un des médecins interrogés « parfois je suis très surpris parce qu'il y a des confrères spécialistes qui m'appellent parce que leur gosse est malade, je suis très surpris, ils sont médecins, pourquoi ils le gèrent pas ? », il y a un effet de surprise mélangé à l'incompréhension chez le médecin qui voit arriver en consultation le fils de son confrère...

Cette incompréhension pourrait être génératrice de culpabilité pour le parent-médecin qui délègue son enfant, l'amenant à poursuivre le soin de son enfant malgré ses réticences à le faire.

Je pense que si nous prenons la décision de ne pas être médecin de notre enfant, il faut savoir le formuler clairement au médecin que l'on consulte. Il faut assumer cette décision et être capable de lui dire « je préfère rester dans mon rôle de parent accompagnant, et non pas professionnel de santé ». Cela permettra ainsi au confrère de prendre sa position de soignant à part entière, et de prendre en charge notre enfant « comme n'importe quel petit patient ».

Il faut veiller à toujours respecter nos propres convictions dans l'exercice de notre Art, c'est ce qui est mis en évidence dans le travail du Docteur Wallerend Virginie « *56% des généralistes pensent qu'il ne faut pas soigner ses proches mais 96% le font quand même*³⁶ ».

D'après François Castera, 81% des généralistes interrogés durant son enquête pensaient qu'il était « normal de soigner ses proches³⁷ ».

⇒ Réflexion, décision personnelle et intimiste de chacun des médecins.

Je remarque que la plupart des médecins ayant réfléchi à ce sujet, avaient en fait été déjà confrontée à une difficulté dans la prise en charge de leurs enfants, qu'elle soit secondaire à l'apparition d'une pathologie plus lourde, ou difficulté émotionnelle durant un épisode hospitalier.

Toutefois, il me paraît primordial que chaque soignant prenne le temps de réfléchir à ce qu'il souhaite faire avec ses enfants, de déterminer au préalable ce qu'il veut faire, ce qu'il se sent capable de faire, mais aussi, ce qu'il se refuse à faire.

Il n'existe pas de réponse universelle à la question « peut-on être médecin de son enfant », puisqu'il existe autant de réponse qu'il y a de médecins.

⇒ L'intégration du soin de nos proches durant notre cursus professionnel.

Une difficulté non négligeable dans le fait de « soigner son proche » réside dans le fait que jamais durant nos études, nous ne bénéficions de formation sur ce sujet éthique.

Pouvons-nous soigner nos proches ?

Comment annoncer à un proche que nous refusons de le prendre en charge, parce qu'il est notre parent ?

Si nous intégrons quelques temps de réflexion éthique dans notre formation (telle que l'annonce d'une maladie grave, l'annonce d'un décès...) déjà insuffisants, rien ne nous prépare durant notre cursus à faire face à cette demande.

Autant de questions auxquelles nous sommes confrontés au quotidien, et auxquelles nous devons répondre personnellement au décours de nos propres expériences intimes.

⇒ Aspect législatif de la prise en charge de ses enfants.

Si mes entretiens n'ont pas abordés l'aspect législatif du sujet, il n'en reste pas moins intéressant dans son interprétation.

Ainsi, il est admis que le généraliste avait acquis durant sa formation, toutes les connaissances médicales nécessaires au suivi de son enfant. Il faudrait désormais savoir s'il a le droit, sur le plan médico-légal, de suivre son propre enfant.

Il existe un contrat de la relation soignant-soigné qui nécessite que 4 conditions soient remplies³⁸.

1. Consentement libre et éclairé du patient
2. Capacité d'établir un contrat entre le soignant et le soigné
3. Objet de l'engagement
4. Cause licite de l'obligation

Ces 4 conditions restent difficilement applicables pour ces propres patients mineurs, mais nous remarquons qu'il est difficilement applicable pour tout enfant, dans la mesure où ce contrat s'établit avec le parent de celui-ci, par obligation légale. Dans le cadre du parent-médecin, le contrat s'établit donc sur une seule et même personne.

⇒ Le remboursement des consultations.

De même, je n'ai pas interrogé les médecins sur le caractère payant ou gratuit des consultations qu'ils délivraient à leurs petits.

Nous sommes en droit de nous demander si une telle consultation serait prise en charge par la sécurité sociale : la jurisprudence accepte les remboursements des consultations auprès de sa famille puisque le code de la sécurité sociale ne conditionne pas le remboursement des prestations à un lien de parenté entre l'assuré et le médecin praticien³⁹.

Le généraliste qui souhaiterait facturer les examens qu'il prodigue à son enfant, ferait donc usage de son plein droit.

CONCLUSION

Nous avons constatés à travers cette étude, que bon nombre de médecins généralistes assuraient le suivi de santé de leurs enfants, au quotidien et en cas d'affections bénignes.

Les enjeux à soigner son enfant au quotidien, relevés à partir des entretiens compréhensifs sont la praticité au quotidien, la facilité d'accès aux soins, aux thérapeutiques avec une réévaluation quotidienne de ceux-ci, créant une prise en charge de l'enfant sur mesure. La banalisation et la dédramatisation du monde médical par l'enfant serait un bénéfice important de la relation soignant-soigné puisqu'il en résulte une approche facilitée de l'examen clinique. La confiance innée de l'enfant envers son parent apporte à la relation médecin-malade, une approche affectueuse particulière.

A contrario, la limite d'une telle pratique est principalement marquée par un manque d'objectivité totale du médecin envers son patient, parasité par l'affect émotionnel. L'objectivité du soignant étant garante de la qualité du soin, alors la perte de celle-ci entrave sérieusement la prise en charge du patient.

D'autres limites peuvent être retenues : un manque de rigueur dans le suivi clinique de l'enfant en général, un examen clinique incomplet car ciblé sur un symptôme, les carnets de santé pauvres en informations, les schémas vaccinaux parfois incomplets et la pudeur lors de l'abord de la sphère intime de l'adolescent.

Lors d'une hospitalisation ou maladie de son enfant, le médecin est confronté à une crise identitaire parent/médecin. Il doit limiter l'interventionnisme médical, tout en essayant de contribuer à la prise en charge de l'enfant, puisque nourrit de son expérience professionnelle et ses connaissances médicales. Cette difficulté à modifier sa posture professionnelle, est aggravée par l'absence de formation durant son cursus professionnel médical à devoir gérer ce genre de situations difficiles.

La prise en charge hospitalière de l'enfant se verrait cependant améliorée par le statut médical de son parent-médecin, avec raccourcissement du temps de séjour hospitalier de l'enfant malade, rapidité d'accès aux spécialistes, perfectionnement des soins prodigués, amélioration de la relation patient-soignant par une meilleure information médicale entre les deux parties du soin.

Si les expériences vécues par le médecin conditionnent sa décision de soigner, ou non ses enfants, l'âge du praticien et son sexe seraient également déterminants. Les médecins de sexe féminin et plus jeune refuseraient davantage de soigner leurs enfants.

Au terme de ce travail de recherche, nous concluons que non, nous ne pouvons être médecin de notre enfant, marqué par l'affect de notre relation d'amour et d'émotion. Cependant, nous le serons par la force des choses, parce que la médecine est dans la nature de ce que nous sommes. Il nous est impossible de nous détacher de cet art intellectuel que nous cultivons au quotidien.

Il nous semblerait désormais instructif de recueillir et d'analyser le ressenti des enfants de généralistes, soignés par leurs propres parents. En effet, nous avons soulevés le fait que cette prise en charge puisse être génératrice d'amertumes et de souffrances psychiques pour l'enfant de médecin. S'il s'avérait que cette situation soit néfaste pour lui, alors il faudrait peut-être reconsidérer et encadrer le soin de l'enfant par son propre parent.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) **Introduction à la Pédiatrie et à la Puériculture.** Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. 2011-2012.
- (2) **Le calendrier vaccinal**, recommandation 2015. Consulté le 13 Novembre 2015 à l'adresse suivante : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf
- (3) **Site AMELI.** Quelle surveillance médicale pour votre enfant ? Consulté le 13 Novembre à l'adresse suivante : <http://www.ameli-sante.fr/grossesse/surveillance-medicale-pour-votre-enfant.html>.
- (4) **Gauthier B.** recherche sociale : de la problématique à la collecte des données. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec ; 2003.
- (5) **Fugier Pascal.** « Les approches compréhensives et cliniques des entretiens sociologiques », dans *revue ; Interrogations ?*, N°11 - Varia, décembre 2010 [en ligne], <http://www.revue-interrogations.org/Les-approches-comprehensives-et> (Consulté le 4 avril 2016).
- (6) **E. Enriquez.** « L'approche clinique : genèse et développement en France et en Europe de l'Ouest », in V. de Gaulejac et S. Roy (dir.), *Sociologies cliniques*, Paris, Desclée de Brouwer, pp. 19-35.
- (7) **J-C. Kaufmann,** *L'entretien compréhensif*, Paris, Éditions Nathan, 1996.
- (8) **Larmarange J.** Déroulements des enquêtes qualitatives ou quantitatives. Support de cours ; Université Paris 5 René Descartes ; Novembre 2012
- (9) **Sauvayre R.** Les méthodes de l'entretien en sciences sociales, Paris / dunod. 2013
- (10) **Site CEDRE, Collectif d'étude, de développement et de recherche en ethnomédecine.** La difficulté à soigner ses proches. Consulté le 13 Novembre à l'adresse suivante : <http://cedre.forum.free.fr/difficulte.htm>.

- (11) **B.G Glaser et A.L Strauss.** The Discovery of Grounded Theory, New York, Aldine publication, 1967.
- (12) **Blanchet A, Gotman A.** L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris. Nathan 1992, 127 pages.
- (13) **Barrier G.** La communication non verbale : comprendre les gestes : perception et signification ; page 12 ; 1996.
- (14) **F. Hanique.** « De la sociologie compréhensive à la sociologie clinique », *in La sociologie clinique, op. cit* p. 105.
- (15) **Touglo L.** Médecins généralistes et patients hypertendus de plus de 80 ans. Prise en charge optimale, facteurs limitants et mesures correctives. [thèse d'exercice de médecine] Paris 7 ; 2009.
- (16) **Mucchielli A.** Les processus intellectuels sous-jacents aux techniques de méthodes qualitatives. Conférence au Colloque international. « recherche qualitative : bilan et prospective », Béziers, 27-29 Juin 2006.
- (17) **Wanlin P.** L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. Recherches qualitatives. Hors-série, 2007, 3, 243-273.
- (18) **Trudel P., Gilbert W.** Compléter la formation des chercheurs avec le logiciel NVD et IST. Recherches qualitatives, 2000 ; 20, 87-111.
- (19) **L. SAVOIE-ZAJC.** "La saturation" dans A.MUCCHIELLI, dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales, Paris. Armand Colin. 1996
- (20) **Joffre B. épouse Berthomme.** Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ? [thèse d'exercice de médecine] Lyon 1 ; 2001.
- (21) **Manastreski F.** Etude des leviers et des freins dans la prise en charge par un médecin généraliste de membre de sa famille. [thèse d'exercice de médecine] Bordeaux ; 2014.

- (22) **Dagnicourt P.** Soigner ses proches, une attitude raisonnée ? [thèse d'exercice de médecine] Angers ; 2012.
- (23) **Garand J.** Médecin traitant de sa propre famille, quelles sont les difficultés à soigner ses proches ? [thèse d'exercice de médecine] Reims ; 2015.
- (24) **Lapuma J., Stocking C.B., La Voie D., Darling C.A.**, When physicians treat members of their own families. Practices in a community hospital. N England J Med 1991 Oct 31 ; 325(18): 1290-4
- (25) **Mailhot M.** Caring for our own families. Canadian Family Physicians 2002 mar; 48:546-7
- (26) **Adam P, Herzlicht C.** Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris : Colin ; 2007
- (27) **Conseil de l'ordre des médecins.** Le serment d'Hippocrate. Consulté le 02 Novembre 2015 à l'adresse suivante : <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>.
- (28) **Conseil de l'ordre des médecins.** Le code de déontologie médicale. Consulté le 02 Novembre à l'adresse suivante : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>.
- (29) **Site AMELI.** Qui peut- être médecin traitant ? Consulté le 02 Novembre 2015 à l'adresse suivante : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/qui-peut-etre-medecin-traitant.php>.
- (30) **Rosenbaum EE., Bordin G.M. , Gross R.** When physicians treat their own families. N England J Med 1992 ; 326(13) : 895-6.
- (31) **Bouquet-Lautie M.E.** Déterminants de la prise en charge de ses proches, en particulier de ses enfants, par le médecin généraliste. [thèse d'exercice de médecine] Bordeaux 2 ; 2012.

- (32) **Boscherel S. épouse Toumelin.** La prise en charge médicale de la famille du généraliste (conjoint et enfants) [thèse d'exercice de médecine] Rennes ; 2009
- (33) **Bonvalot V.** Médecin traitant de sa propre famille, différences de pratique dans la relation thérapeutique intra familiale. [thèse d'exercice de médecine] Marseille ; 2009.
- (34) **Bleuez G.** Prise en charge d'un patient par un médecin généraliste membre de sa famille. [thèse d'exercice de médecine] Amiens ; 2014
- (35) **Cornec-Lasserre S.** Soigner ses proches en tant que médecin généraliste. [thèse d'exercice de médecine] Lille ; 2005.
- (36) **Vallerend V.** Quand le médecin généraliste soigne sa famille. [thèse d'exercice de médecine] Caen ; 2009.
- (37) **Castéra F.** Le médecin généraliste, médecin de sa famille ? [thèse d'exercice de médecine] Tours ; 2005.
- (38) **SAURY R.** Manuel du droit médical. Paris : Masson ; 1989 page 271
- (39) **GUIBOUT F.** Remboursement de soins dispensés par un praticien à un membre de sa famille. Revue du praticien ; 1994 ; 8 :6
- (40) **Masson L.** Le médecin généraliste face à la demande de soins de ses proches. [thèse d'exercice de médecine générale] Paris ; 1996.
- (41) **LEHMANN J-P.** Ce que « prendre soin » peut signifier. Le coq-héron, 2005, 180 ; 50-54

ANNEXES



THÈSE et/ou MÉMOIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(Rayer les mentions inutiles)

Nom et Prénom : GOUBET Justine-Chloé
Semestre en cours : 4^{ème}
Adresse mail : justine.goubet@gmail.com
Téléphone : 07.77.81.91.26
Nom du directeur de thèse / mémoire : Dr Fricoteaux Hubert

- Thème du travail :

Généraliste, peut-on être médecin de son enfant ?

- Problématique / Justification du travail :

Le médecin généraliste est depuis très longtemps, communément dénommé Médecin de Famille. Il est généralement amené à suivre plusieurs membres d'une même famille, et ce parfois sur plusieurs générations. Plusieurs travaux de thèses ont traités de la place du généraliste dans la prise en charge de ses proches, notamment frères sœurs parents.

Jeune maman ayant été confrontée à la maladie de mon enfant, j'aimerais aujourd'hui travailler sur la place du généraliste dans la prise en charge de l'état de santé de ses enfants au quotidien et face à la maladie. Maman-médecin / médecin -maman , qui suis-je ?

A l'heure où le suivi de l'enfant est dicté par de nombreuses recommandations (vaccinations , examens obligatoires, examens de dépistage...), le parent généraliste (père ou mère) est apte sur le plan médical à prendre en charge lui-même le suivi de santé de son enfant. Cependant, le parent-généraliste est-il réellement capable de faire preuve d'une objectivité optimale concernant la prise en charge médicale de son enfant ?

- Question de recherche :

La composante émotionnelle qui lie un parent-médecin à son enfant est- elle un frein à son raisonnement médical ?

ANNEXE 2 : le guide d'entretien

Guide d'entretien concernant la thèse de médecine générale : le généraliste face à la santé de son enfant ?

- Entretien compréhensif

⇒ Comment-vous organisé le suivi de santé de votre enfant ? (concernant vaccination, test de dépistage, tenue du carnet de santé...)

Question de relance : dans quelles conditions de réalisations ? (domicile familial, au cabinet...)

⇒ D'après vous, quels sont les principaux avantages et inconvénients à prendre en charge soi-même le suivi de santé de son enfant ?

⇒ Face à une maladie bénigne de l'enfance (maladie éruptive, affections aiguës, type GEA, bronchiolite...) Comment avez-vous organisé sa prise en charge ?

Question de relance : Réalisez-vous systématiquement un examen clinique de votre enfant, et dans quelles conditions ?

⇒ Face à une maladie grave de votre enfant et/ou hospitalisation, êtes-vous intervenus dans les décisions diagnostiques, paracliniques, thérapeutiques ?

Question de relance : Quelles relations avez-vous développées avec le personnel médical en charge de votre enfant ? (confraternité, méfiance, confiance...)

⇒ Quelles difficultés avez-vous ressenties lors d'une telle expérience ?

⇒ Quels bénéfices avez-vous ressentis lors d'une telle expérience ?

ANNEXE 3 : Présentation de l'échantillonnage

Médecin	Sexe	Age	Nombre d'enfants	Type d'exercice	Lieu d'exercice
Med 1	H	62 ans	3 enfants	Libéral, seul	Rural
Med 2	H	61 ans	2 enfants	Libéral, seul	Rural
Med 3	H	40 ans	2 enfants	Libéral, en groupement	Semi-rural
Med 4	F	35 ans	2 enfants	Libéral, en groupement	Semi-rural
Med 5	H	60 ans	3 enfants	Libéral, seul	Rural
Med 6	H	28 ans	1 enfant	Remplaçant	
Med 7	H	55 ans	2 enfants	Salarié	Hospitalier
Med 8	H	58 ans	4 enfants	Libéral, en groupement	Urbain
Med 9	H	58 ans	1 enfant	Libéral, seul	Urbain
Med 10	H	38 ans	3 enfants	Libéral, seul	Semi-rural
Med 11	H	58 ans	3 enfants	Libéral, seul	Semi-rural
Med 12	H	64 ans	2 enfants	Libéral, en groupement	Urbain
Med 13	F	35 ans	3 enfants	Libéral, en collaboration	Rural
Med 14	H	64 ans	1 enfant	Salarié	Hospitalier
Med 15	H	60 ans	5 enfants	Libéral, en collaboration	Rural
Med 16	F	58 ans	5 enfants	Salarié	Hospitalier
Med 17	H	42 ans	2 enfants	Libéral, seul	Rural

Par soucis de confidentialité, les spécificités professionnelles des médecins interrogés ne sont pas rapportées dans ce tableau.

Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants : peut-on soigner ses enfants ?

RESUME

Introduction : Le médecin généraliste, dans le cadre de sa profession, peut être amené à soigner ses proches, en particulier ses enfants. Il se retrouve alors dans une position de parent-médecin, situation pourvoyeuse d'obstacles, tant sur le plan médical, qu'éthique.

Matériel et Méthode : Nous avons mené une étude qualitative à partir d'entretiens compréhensifs auprès de 17 généralistes. L'objectif de ce travail était d'identifier les différents enjeux et difficultés qu'un parent-médecin peut rencontrer dans une telle relation médecin-malade.

Résultats : Les enjeux identifiés sont : la praticité au quotidien, la facilité d'accès aux soins, avec une parfaite connaissance du patient, créant une prise en charge sur mesure.

Les difficultés rapportées sont: un manque de rigueur dans le suivi et l'examen clinique, un retard dans la prise en charge de la pathologie aiguë et des responsabilités considérées comme pesantes par crainte de l'erreur médicale. La principale limite est le manque d'objectivité, secondaire à l'affect émotionnel de la parentalité.

Discussion : L'objectivité étant garante de la qualité du soin, son altération serait un frein majeur à la prise en charge optimale de son enfant.

Face à la maladie, le parent-médecin doit limiter l'interventionnisme médical. D'autant plus que l'enfant hospitalisé bénéficierait d'une prise en charge plus rapide et attentive qu'un enfant lambda.

Conclusion : Il n'est pas recommandé de soigner ses enfants. Mais c'est ce que nous ferons tous car la réflexion médicale fait partie intégrante de ce que nous sommes.

Nous pourrions interroger des enfants de médecins, puisqu'ils sembleraient affectés par cette prise en charge particulière.

Mots clés : posture professionnelle, relation médecin-malade, responsabilités médicales, éthique du soin, objectivité médicale, parentalité, prendre soin.

The general practitioner facing the health of her children: can we treat our children?

ABSTRACT

Introduction: The general practitioner in the framework of his profession, may have to look after his family, especially his children. It is then in a parent-physician position purveyor position of obstacles, both medically and ethically.

Materials and Methods: We conducted a qualitative study based on comprehensive interviews with 17 GPs. The objective of this work was to identify the various issues and challenges that a parent-physician may encounter in such doctor-patient relationship.

Results: The challenges identified are: everyday practicality, ease of access to care, with a perfect knowledge of the patient, creating a customized support.

The problems reported are: a lack of rigor in monitoring and clinical examination, a delay in the treatment of acute pathology and hard responsibilities for fear of medical error. The main limitation is the lack of objectivity, secondary to the emotional affect of parenting.

Discussion: The objective is to guarantee the quality of care, alteration would be a major impediment to optimal care of her child.

Faced with illness, the parent-physician should limit medical intervention. Especially since the hospitalized child would benefit from a faster and attentive care than another child.

Conclusion: It is not recommended to treat our own children's. But this is what we will do because all medical thinking is integral to who we are.

We could interview children of doctors, since they seem affected by this particular support.

Key words : professional posture, doctor-patient relationship, medical responsibilities, care ethics, objectivity medical, parenting, caring.