



HAL
open science

Le rôle du médecin traitant dans l'éducation des enfants

Pauline Lugherini

► **To cite this version:**

Pauline Lugherini. Le rôle du médecin traitant dans l'éducation des enfants. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03258242

HAL Id: dumas-03258242

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03258242>

Submitted on 11 Jun 2021

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

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



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Le rôle du médecin traitant dans l'éducation des enfants.

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 4 Juin 2021

Par Madame Pauline LUGHERINI

Née le 6 juin 1989 à Chatenay-Malabry (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François

Président

Monsieur le Professeur ANDRE Nicolas

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-SAVELLI Marie-Agnès

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2012) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

À Monsieur le Professeur François POINSO

Merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

À Madame le Professeur Julie BERBIS, à Monsieur le Professeur Nicolas ANDRÉ,

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

Au Docteur Marie-Agnès MARTIN-SAVELLI, ma formidable directrice de thèse.

Merci pour ton soutien, toute ton aide et tes précieux conseils toujours rapides !

Merci pour ta gentillesse et ta disponibilité, aux urgences comme au long de ce travail de thèse.

Aux 13 médecins qui ont accepté de me partager leur expérience.

Merci à ceux qui m'ont aidée dans ce travail, Maman et Jean-Baptiste en particulier, Béatrice, Marie S. et Marie G. pour leur relecture, Joanna pour sa traduction ; et à tous ceux qui ont échangé avec moi, et m'ont aidée dans ma réflexion.

Au Dr Jean-Paul Pernet, qui m'a fait découvrir la médecine générale en milieu rural dans la magnifique région de la Balagne ; pour ton travail consciencieux et dévoué, ton accompagnement pour me lancer dans l'exercice médical.

Aux médecins remplacés qui ont été bienveillants dans mes débuts, m'aidant à prendre confiance pour me lancer dans ce métier où on ne saura jamais tout.

À mes parents, mon frère et mes sœurs ainsi que toute ma famille pour leur soutien tout au long de ces années d'études. Merci tout particulièrement à Papa et Maman pour tout ce que vous m'avez apporté bien avant ces années de médecine, pour les valeurs que vous m'avez transmises, votre attention et votre amour.

À mes amis médecins avec qui j'ai avancé pendant l'externat : Clarisse, Alix, Marie, Anne-Laure, Mayeul ; ceux rencontrés pendant l'internat : Anne-Cécile, Marie G., Pierre-François, Marie S., Anne-Laure, Matthieu, Jeanne, Mathilde, Clémence. Merci pour votre soutien dans le labeur et pour votre amitié ayant éclairé ces longues années ! Merci au groupe des Cas rabbins pour les échanges enrichissants sur toutes les questions pratiques de la médecine générale qui sont d'un grand soutien pendant les remplacements.

Table des matières

INTRODUCTION	4
GENERALITES	6
I. Des mutations sociétales et familiales importantes au cours du siècle dernier	7
II. Évolution du statut de l'enfant	7
III. Un changement radical du but de l'éducation.....	9
IV. Lien entre éducation et santé.....	9
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	12
I. Recherche bibliographique.....	13
II. Type d'étude.....	13
III. Objectif de l'étude.....	14
IV. Population de l'étude	14
V. Entretiens.....	15
1) Type d'entretien	15
2) Guide d'entretien.....	15
3) Réalisation des entretiens.....	15
4) Analyse des entretiens.....	16
RÉSULTATS	17
I. Description de la population de l'étude.....	18
II. Les entretiens.....	19
III. Analyse des résultats	19
1) Où éducation et santé se rencontrent.....	19
a) Une distinction difficile entre éducation et éducation sanitaire.....	19
b) Le médecin doit-il avoir un rôle dans l'éducation ?	20
c) En quoi peut consister ce rôle éducatif du médecin ?.....	20
d) Des avis divergents sur la place du médecin traitant dans l'éducation.....	22
2) Une pratique quotidienne où médecine et éducation se côtoient.....	25
a) Les attentes des parents	25
b) Des demandes des parents parfois exagérées	26
c) Le comportement des enfants	27
d) Différentes attitudes face aux situations où l'éducation s'immisce dans les consultations.....	28
e) Des réactions humaines quand la patience est mise à l'épreuve	29

3) Un domaine difficile et subjectif	30
a) L'absence de formation	30
b) L'éducation, une tâche ardue	30
c) L'intuition pour compenser le manque de formation	31
d) Un sentiment d'illégitimité pour intervenir en matière d'éducation	32
e) Un sujet délicat à aborder.....	33
f) La nécessité de tact et de diplomatie pour créer un cadre favorable permettant de parler d'éducation	33
g) La place de l'enfant : à la fois patient à mettre au centre, et sous l'autorité de ses parents	34
h) Un travail de fond pour tisser une relation de confiance	35
i) Le manque de temps : une autre contrainte dans la pratique quotidienne ..	36
j) Des interactions plus ou moins aisées avec les autres professionnels.....	37
4) Importance de l'expérience et du vécu	39
a) Lien entre éducation reçue et choix éducatifs.....	39
b) L'expérience personnelle : une ressource concrète pour les médecins	40
c) Les conseils basés sur l'expérience parentale du médecin, appréciés par les patients	41
d) Être parent pour pouvoir parler d'éducation en tant que médecin ?	41
DISCUSSION	43
I. Forces et limites de l'étude.....	44
1) Forces de l'étude	44
a) Sujet et choix de la méthode	44
b) Population.....	44
c) Entretiens.....	45
2) Limites de l'étude	45
a) Choix de la méthode.....	45
b) Biais.....	45
II. Discussion des résultats.....	46
1) Les questions de fond sur l'éducation.....	47
a) L'éducation, un rôle normalement assuré par les parents	47
b) L'apprentissage du rôle parental	48
c) Une implication suffisante des parents dans l'éducation ?.....	48
d) Défauts d'éducation et enfants-rois	50

e) La neutralité utopique	51
f) L'intervention auprès des familles	51
g) Le domaine privé	53
h) Education et transmission de valeurs	54
i) Liberté et vie en société	55
2) Les facilités et les obstacles du médecin pour remplir un rôle éducatif.....	55
a) Le médecin a une place clé dans l'éducation	55
b) Un domaine où la crainte du faux pas empêche d'avancer	56
c) L'importance de la formation et le sentiment de compétence	57
d) Le temps, une contrainte majeure	59
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	69
ANNEXE 1 : TALON SOCIOLOGIQUE	70
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	72

INTRODUCTION

L'éducation des enfants est une question importante pour tout parent. Au cours des dernières décennies, notre société a été marquée par des mutations familiales importantes. La famille traditionnelle coexiste davantage avec d'autres schémas familiaux tels que la famille élargie mais aussi avec les familles monoparentales, recomposées, ou homoparentales. Les repères qui existaient s'en sont trouvés perturbés. « *D'une institution bien définie qui ne laissait place ni à l'exceptionnel, ni à l'incertitude, la famille est passée à un ensemble mouvant, complexe, souvent précaire et éclaté* »⁽¹⁾.

Dans cette société transformée, le médecin de famille fait partie des professionnels qui vont accompagner les précieuses années de l'enfance sous l'angle médical. Le suivi médical semble ouvrir la porte à un soutien éducatif par l'accompagnement des parents. Mais les médecins généralistes ont-ils pour autant un véritable rôle dans l'éducation des enfants ?

Il m'a paru intéressant d'étudier le volet éducatif de la pratique médicale du médecin de famille, personnage clé dans le suivi des enfants et acteur central de la santé. Cette question touche en effet un domaine implicite où compétences et empirisme semblent se côtoyer. L'objectif principal de ce travail est de déterminer si le médecin traitant a un rôle dans l'éducation des enfants, et si oui, lequel.

GENERALITES

I. Des mutations sociétales et familiales importantes au cours du siècle dernier

Au cours des siècles précédents, l'éducation familiale relevait de la sphère privée. Le père avait une autorité de droit divin⁽²⁾, les parents étaient guidés par des principes moraux et religieux. La loi du 4 juin 1970 a substitué l'autorité parentale à la puissance paternelle. Par la suite, d'autres lois en 1987, 1993 et 2002 ont modifié peu à peu le droit de l'autorité parentale, reflet des profondes mutations qui affectent notre société. Le droit français a ainsi établi l'égalité progressive entre enfants légitimes et naturels. De même, une démocratisation des rapports homme-femme s'est réalisée au travers des concepts d'autorité parentale conjointe et de coparentalité. Les rapports parents-enfants se sont eux aussi démocratisés avec le développement des droits de l'enfant ; le recueil de leur avis dans la procédure judiciaire et le rattachement du fondement de l'autorité parentale à l'intérêt de l'enfant. Les différents modèles familiaux sont désormais considérés comme équivalents : la famille légitime, au sens du Code Civil, n'est plus qu'un modèle parmi les autres et n'est plus le modèle prédominant⁽³⁾. Selon le Centre d'Observation de la Société, la proportion des enfants vivant dans une famille recomposée a doublé, passant de 5 à 10% en 20 ans, entre 1990 et 2010⁽⁴⁾.

Le terme de parentalité est apparu à la fin du XX^e siècle pour définir la fonction d'être parent dans ses aspects juridiques, politiques, socio-économiques, culturels et institutionnels, dans le contexte de diversification des schémas familiaux existants, signe d'une attention nouvelle au développement de l'enfant, et au rôle d'éducateur⁽⁵⁾.

II. Évolution du statut de l'enfant

Le statut de l'enfant a lui aussi évolué au cours des cinquante dernières années. Ainsi la Charte internationale des droits de l'enfant de 1989 érige ce dernier en sujet, non plus considéré comme un élément passif mais comme un véritable acteur social, un partenaire familial susceptible de négocier⁽²⁾.

La médiatisation du message de la pédiatre et psychanalyste Françoise Dolto dans les années soixante-dix a aussi contribué à bousculer les idées reçues sur les enfants, influençant ainsi la façon d'éduquer. Pour resituer le contexte, à l'époque de Françoise Dolto les bébés n'étaient pas anesthésiés pour les chirurgies même lourdes car considérés comme non conscients et ne souffrant pas, ne pouvant se souvenir de ce qui s'était passé⁽⁶⁾. Le statut du bébé, qui n'a pas encore acquis la parole, était réduit au stade de « *tube digestif* »⁽⁷⁾ dénué de sens, sans conscience, et qu'il fallait éduquer. Françoise Dolto a participé à changer ce statut pour celui de « *personne à part entière* »⁽⁸⁾, désirante, affirmant que « *le sujet inconscient désirant en relation au corps existe dès la conception* »⁽⁷⁾.

De 1976 à 1978, la diffusion de l'émission radio *Lorsque l'enfant paraît* a contribué à la popularité de cette pédiatre psychanalyste et à la diffusion de ses idées. Ses deux messages principaux « *l'enfant est une personne* » et « *tout est langage* » ont contribué à révolutionner la place de l'enfant. Cependant, ses idées ont parfois été mal interprétées et poussées à l'extrême dans cette période post mai 1968 avec ses aspirations de liberté « *il est interdit d'interdire* ». « *Chez Dolto, l'importance primordiale accordée au langage, y compris celui du corps, et l'accent mis non plus sur l'obéissance mais sur l'épanouissement de l'enfant, est en résonance avec l'anti-autoritarisme ambiant depuis Mai 1968* »⁽⁹⁾.

Le discours de Françoise Dolto ne fait cependant pas l'unanimité chez les psychanalystes. Certains lui reprochent d'avoir créé l'enfant roi (mentionnons Didier Pleux auteur de *La Déraison pure* (2013), *De l'enfant roi à l'enfant tyran* (2002), *Génération Dolto* (2008) ou Guy Barret auteur de *Allo maman Dolto, Comment rater l'éducation de son enfant avec Françoise Dolto*). A contrario, d'autres saluent l'évolution permise par son œuvre mettant fin à une éducation de type « *dressage* » en insistant sur l'idée que l'enfant est un sujet à part entière dès son plus jeune âge « *L'apport essentiel de Françoise Dolto est de dire que l'enfant est à égalité d'être avec un adulte* »⁽¹⁰⁾.

III. Un changement radical du but de l'éducation

Qu'est-ce que l'éducation précisément ? Education, terme provenant du latin *educere*, signifie étymologiquement « *guider, conduire hors de* », c'est-à-dire développer, faire produire⁽¹¹⁾. Le philosophe Olivier Reboul donne cette définition de l'éducation : « *L'éducation est l'action qui permet à un être humain de développer ses aptitudes physiques et intellectuelles ainsi que ses sentiments sociaux, esthétiques et moraux, dans le but d'accomplir autant que possible sa tâche d'Homme ; c'est aussi le résultat de cette action* »⁽¹²⁾.

Le pédopsychiatre Daniel Marcelli décrit l'évolution récente de l'éducation dans un ouvrage *Il est permis d'obéir* : « *L'éducation d'un enfant a connu en quelques décennies une révolution copernicienne. Jadis, le but ultime de l'éducation consistait à obtenir qu'un enfant, pour devenir adulte, se conforme aux exigences de la société dans laquelle il allait vivre. Il s'agissait en conséquence d'inculquer le plus précocement possible à cet enfant tout ce qui représentait la norme sociale en vigueur. L'expression « ça ne se fait pas » constituait un véritable sésame éducatif : tout ce qui était susceptible d'aller à l'encontre de cette conformité devait être élagué, raboté, sectionné. La négation (« ne fais pas ça... ») et plus généralement l'interdit structuraient fondamentalement l'éducation. Aujourd'hui, l'objectif est tout autre : quand ils élèvent leur enfant, le souci des parents est de permettre que celui-ci parvienne à exprimer son potentiel, son originalité, tout ce qui, dans cet enfant, fait qu'il est un être humain singulier, différent des autres. Le devoir d'épanouissement fait, en quelque sorte, autorité sur les parents, les éducateurs et plus généralement tous ceux qui sont au contact des enfants* »⁽¹³⁾.

IV. Lien entre éducation et santé

Si on parle de santé dans l'éducation, à l'inverse, dans la santé, on ne parle pas réellement d'éducation. Seule est abordée l'éducation pour la santé du patient, autrement appelée éducation thérapeutique. Pourtant, la définition de la santé contient des aspects qui peuvent avoir un lien avec l'éducation :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁽¹⁴⁾

Et plus particulièrement, la santé mentale est *« un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »⁽¹⁵⁾.*

Comment arriver à un complet bien-être physique, mental et social ? Le médecin, protagoniste de la santé, doit dépister et prendre en charge les états pathologiques physiques, intellectuels et psychologiques. Toutefois, lorsque ces différents aspects entrent dans des normes considérées comme non pathologiques, son action est moins clairement définie.

Le médecin traitant peut être confronté à diverses demandes ou situations étroitement liées à l'éducation, si on s'en réfère à la Classification internationale des Maladies CIM-10. Cette dernière comprend une catégorie regroupant les situations où la santé peut être menacée par des difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation (Z55)⁽¹⁶⁾.

Cependant, les études de médecine effleurent seulement toutes ces questions en les regardant par le petit bout de la lorgnette. Dans les domaines abordant le sujet de l'enfant et de son développement, c'est-à-dire la pédiatrie et la psychiatrie, seuls sont traités le développement psychomoteur et les troubles (troubles mentaux, troubles de personnalité, troubles envahissants du développement, troubles du comportement)⁽¹⁷⁾.

La Charte d'Ottawa établie en 1986 par l'Organisation Mondiale de la Santé pour la promotion de la santé inscrit l'accès à l'éducation dans les conditions et ressources préalables indispensables à la santé⁽¹⁸⁾.

Seule l'Académie Nationale de Médecine évoque l'importance des médecins pour guider les parents. Elle évoque un rôle d'aide auprès de ces derniers, dans leurs difficultés parentales à trouver des repères éducatifs. Les conseils pertinents du médecin pour leur rôle éducatif sont attendus pour lutter contre les inégalités face à la santé⁽¹⁹⁾.

Le suivi médical des enfants et des adolescents ouvre donc à un soutien éducatif par l'accompagnement des parents.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Recherche bibliographique

Une recherche bibliographique a été réalisée en interrogeant les bases de données internautes : le SUDOC (Système Universitaire de Documentation), Science direct, le portail documentaire de la bibliothèque de la faculté de médecine Aix-Marseille, et Google Scholar ; des sites officiels : Académie Nationale de Médecine, Conseil National de l'Ordre des Médecins, Education Nationale, Legifrance, Organisation Mondiale de la Santé, la Haute Autorité de Santé (HAS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Ministère de la Santé et des Solidarités.

Les mots clés utilisés étaient : médecine générale - éducation enfants - rôle médecin traitant.

Les sources étaient des articles scientifiques, des thèses de médecine, des textes de loi.

Des recherches complémentaires ont été effectuées dans des ouvrages regroupant des articles et conférences de psychanalystes, et sur divers sites Internet traitant de l'éducation et de la santé.

Les références bibliographiques ont été répertoriées et classées en norme Vancouver.

II. Type d'étude

L'étude réalisée est une étude qualitative portant sur une population de médecins généralistes exerçant en libéral, à partir d'entretiens individuels semi-dirigés. Le consentement des personnes interrogées a été obtenu après avoir garanti à celles-ci l'anonymat de leurs réponses.

« La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative »⁽²⁰⁾.

Le choix d'une méthode qualitative a permis d'interroger le ressenti et le vécu des médecins. Les entretiens semi-dirigés ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien comprenant des questions ouvertes.

Le chercheur tend à rester le plus neutre possible. L'enquêteur doit adopter une attitude ouverte et bienveillante, sans conseil ni jugement⁽²¹⁾.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits de manière littérale afin d'obtenir des données d'enquête fidèles aux propos et au ressenti des médecins généralistes interrogés.

III. Objectif de l'étude

Objectif principal : étudier le lien entre médecin traitant et rôle éducatif, déterminer si le médecin traitant a un rôle dans l'éducation.

Objectif secondaire : si le médecin traitant a un rôle dans l'éducation, déterminer celui-ci.

IV. Population de l'étude

Stratégie d'échantillonnage : l'inclusion des médecins à interroger correspondait aux critères suivants : être médecin généraliste, exercer en libéral en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

Ils ont été recrutés par réseau de connaissances et contactés initialement par SMS puis par téléphone pour fixer un rendez-vous. Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel.

Dix-huit médecins ont été contactés, treize ont répondu positivement, cinq n'ont finalement pas été relancés car nous étions à saturation des données : la lecture du matériel n'a plus apporté de nouveaux éléments. Il n'y a eu aucun refus de participation à l'étude.

V. Entretiens

1) Type d'entretien

Le type d'entretien retenu était l'entretien semi-dirigé afin que les médecins puissent s'exprimer librement tout en ayant un guide d'entretien qui permettait d'avoir des réponses comparables ; les *focus group* et les questionnaires fermés n'ont pas été retenus car risquant de limiter voire d'empêcher l'expression du ressenti de chaque médecin.

Treize entretiens semi-dirigés ont été réalisés de mai à octobre 2020.

2) Guide d'entretien

Il a été validé par la directrice de thèse, le Docteur Marie-Agnès Martin-Savelli puis testé sur un médecin ne participant pas à l'étude.

L'entretien commençait par un rappel sur l'objectif de l'étude et la garantie de l'anonymisation des données enregistrées.

Une première partie avait pour but la collecte des données permettant de caractériser les populations : le sexe, l'âge, si le médecin avait des enfants et quel était l'âge de ceux-ci, le mode et lieu d'exercice ainsi que l'ancienneté d'installation ; puis l'existence ou non d'une formation complémentaire en psychologie ou à propos de la prise en charge des enfants ou adolescents.

3) Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été menés dans un lieu calme au choix du médecin interrogé, en présentiel, sans tiers présent.

Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone puis retranscrits intégralement à l'aide du logiciel de traitement de texte LibreOffice.

Chaque entretien était numéroté dans l'ordre chronologique, afin de conserver l'anonymat.

La durée prévue des entretiens était de 10 à 15 minutes.

4) Analyse des entretiens

Les entretiens ont été analysés selon la méthode de l'analyse manuelle (méthode d'entretien à usage principal où l'entretien est la source principale de collecte d'information).

Une analyse thématique a été réalisée dans un premier temps, en effectuant une analyse verticale de chaque entretien mettant en évidence les *verbatim*.

Cette méthode a permis de « *cerner par une série de courtes expressions (les thèmes) l'essentiel d'un propos ou d'un document, en rapport avec l'orientation de recherche, puis à regrouper ces thèmes de manière organisée en un raisonnement* »⁽²²⁾.

Pour cela, le logiciel de codage QDA Miner Lite a été utilisé, permettant un mode d'inscription en marge offrant une meilleure lisibilité.

Dans un second temps une analyse horizontale a été effectuée par le croisement des données des différents entretiens, permettant de déterminer des thèmes et des sous-thèmes. Chaque donnée avait la même valeur, indépendamment de sa fréquence d'apparition dans les entretiens⁽²¹⁾.

RÉSULTATS

I. Description de la population de l'étude

Le talon sociologique présenté en ANNEXE 1 récapitule les caractéristiques de chaque médecin.

L'échantillon se compose de treize médecins généralistes exerçant en libéral, cinq hommes et huit femmes. Les médecins sont âgés de 28 à 67 ans, la moyenne d'âge est de 50,6 ans.

Deux sont installés seuls, un remplace en association et le reste des médecins sont installés en association. Quatre exercent en milieu urbain, sept en milieu semi-rural et deux en milieu rural.

L'année d'installation en libéral s'étale de 1977 à 2020 pour les médecins installés, un médecin est remplaçant depuis un an et demi :

- 2 sont installés depuis ≥ 40 ans
- 3 sont installés depuis ≥ 30 ans
- 2 sont installés depuis ≥ 20 ans
- 1 est installé depuis ≥ 10 ans
- 4 sont installés depuis < 10 ans
- 1 médecin est remplaçant depuis 1,5 an

Deux médecins n'ont pas d'enfants, les onze autres médecins ont entre un et trois enfants. Huit d'entre eux ont des enfants d'âge adulte et trois ont des enfants en bas âge ou âgés de moins de dix ans.

Sur cet échantillon, aucun médecin n'a réalisé de formation diplômante en psychologie ou à propos de la prise en charge des enfants ou adolescents

- Neuf médecins ont déclaré n'avoir suivi aucune formation en lien avec ces sujets
- Trois ont déclaré avoir suivi une formation sur la prise en charge des enfants ou adolescents dans le cadre de la formation continue,
 - Dont un a également effectué une Formation Médicale Continue (FMC) en psychologie

- Un a réalisé un semestre en psychiatrie au cours de son internat.

II. Les entretiens

Ils se sont déroulés entre mai et octobre 2020.

Sur les 13 entretiens, 7 ont été menés au cabinet des médecins généralistes et 6 à leur domicile.

Les entretiens ont duré de 5 à 19 minutes. La durée moyenne était de 11 minutes.

Il n'y a pas eu de refus, de perdus de vue, ni d'impossibilité de rencontre.

La saturation des données a été obtenue au onzième entretien et deux entretiens ont été encore réalisés ensuite pour confirmer cette saturation.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits et numérotés de 1 à 13 par ordre chronologique, pour respecter l'anonymat.

III. Analyse des résultats

1) Où éducation et santé se rencontrent

a) Une distinction difficile entre éducation et éducation sanitaire

L'éducation au sens large et l'éducation à la santé sont intimement liées, comme l'exprime le médecin 13 : cela peut aussi bien concerner « *le sens moral de certaines choses, comme ça peut être de l'éducation en santé. Je me rends compte qu'on empiète sur les deux à tout moment* ». Il donne notamment l'exemple observé de manière récurrente en consultation ou en salle d'attente : « *l'exemple tout bête, pour moi, ça va être le gamin qui tousse sans mettre la main devant la bouche. [...] c'est entre l'éducation en santé parce qu'il ne faut pas lancer des gouttes de Flügge*

de partout et en même temps, qui pour moi aurait dû être intégré dans une éducation. » (M13).

b) Le médecin doit-il avoir un rôle dans l'éducation ?

Pour dix des treize médecins interrogés, c'est un rôle que le médecin traitant **peut avoir** (M1, M2, M3, M4, M8, M9, M10, M11, M12, M13), bien qu'il ne devrait pas car cela revient normalement aux parents. Cependant la situation les pousse parfois à intervenir dans l'éducation : « *Je ne dirais pas que le médecin doit avoir un rôle dans l'éducation des enfants, mais qu'il peut. Il doit pouvoir* » (M11).

Pour d'autres, c'est perçu comme une nécessité voire un **devoir**, comme le médecin 13 l'exprime : « *Des fois c'est parce qu'il y a la situation et je me dis « t'es obligée quand même de dire ton point de vue », parce que ça me semble important* » (M13). Le médecin 3 le présente aussi comme une obligation : « *c'est un rôle qu'il se doit d'avoir, à mon sens* » (M3).

A l'inverse, pour d'autres **cela ne regarde pas le médecin** (M5, M6, M7), ce rôle revenant uniquement aux parents : « *Ça reste le domaine privé des parents* » (M6) ; « *C'est quand même aux parents de faire ça, pas à moi* » (M7).

c) En quoi peut consister ce rôle éducatif du médecin ?

Pour certains cela ne doit pas dépasser le **domaine médical** « *Si c'est pour des questions de poids, de taille, d'obésité et tout, oui, tant que ça reste dans le domaine médical, oui voilà...* » (M5, M10).

Pour tous, l'**éducation aux règles hygiéno-diététiques** fait partie intégrante du rôle du médecin. Les domaines cités sont variés : l'alimentation (M1, M4, M5, M7, M10, M12, M13), le sommeil (M2, M4, M5, M10, M12, M13), la posture (M1, M13), les écrans et téléphones (M2, M13), l'hygiène (M10, M12, M13).

Un **rôle de dépistage et de prévention** est évoqué par la moitié des médecins (M2, M5, M9, M10, M12, M13) : pour « *la posture* » (M13), ou pour le comportement

comme en présence d'un « *enfant qui grimpe partout pendant la consultation et qui touche tout, le parent qui est présent qui dit pas grand-chose... [...] je peux poser la question, savoir comment ça se passe à l'école* » (M12) où il faut alors chercher à savoir « *si son comportement là, ponctuellement dans mon cabinet est aussi à l'école... [...] savoir s'il y a aussi un problème de gestion de l'enfant à l'école ou non* » (M12).

Le médecin 13 aborde aussi ce rôle de prévention, énumérant différents aspects pouvant mener à des troubles et dont il faut se préoccuper : « *le poids, l'alimentation, les portables maintenant qui sont assez omniprésents dans la vie des adultes ET malheureusement par extension des enfants, donc j'ai constaté des troubles du sommeil assez inquiétants chez les adolescents qui pianotent sur leur téléphone* » (M13).

Un rôle de **rappel** des points d'éducation en lien avec la santé, dans le cadre de l'éducation sanitaire est aussi retrouvé, le médecin 12 parle ainsi de « *tout ce qui peut se rapporter à la santé, enfin oui, on peut donner des piqûres de rappels... rappels, ou aux parents, des fois c'est pas des rappels* » (M12). Pour le médecin 8 aussi le médecin doit avoir ce rôle de rappel au sujet de « *certaines règles alimentaires, de comportement...* » pour lesquelles il s'agit de « *rétablir certaines choses que les parents oublient* ».

Le médecin a un **rôle relationnel** pour les médecins 6 et 10, « *dans les rapports des enfants autour des problèmes de santé* » (M6). Cette dimension relationnelle est induite par **la différence de rôle avec les parents** (M2, M13) : « *les parents après eux ils vont imposer leurs règles et toi il faut que tu sois le partenaire, pas que tu sois l'éditeur de règles* » (M13).

Enfin, un rôle allant au-delà de l'éducation sanitaire stricte est retrouvé, au cœur de l'éducation comme le mentionne le médecin 10 par exemple : « *après l'éducation de l'enfant qui n'écoute pas ses parents... ben ça je pense que même si on a une intervention très brève lors de la consultation, c'est leur rappeler quoi... voilà, qu'il y a des choses qui peuvent être dangereuses et que poser des limites c'est bien* » (M10).

d) Des avis divergents sur la place du médecin traitant dans l'éducation

▪ Un rôle éducatif dépassant le domaine médical

Tous ne partagent pas l'avis de se cantonner à un rôle éducatif limité au domaine purement médical. Ainsi le médecin 3 déclare que le rôle peut être de « *faire comprendre que tout n'est pas possible, qu'il y a des limites dans la vie* » (M3), ou aussi d'enseigner « *le respect des adultes* » (M3).

Pour le médecin 6 « *encourager [l'enfant] pour qu'il continue de travailler à l'école* », et pour le médecin 13 « *peut-être en essayant aussi de les orienter indirectement dans des voies... pas conseiller d'orientation, c'est pas notre rôle, mais quelque part on peut peut-être leur donner confiance dans certaines voies* » (M13).

Pour le médecin 1, il s'agit aussi de **transmettre « toutes les bonnes idées »** en termes d'éducation, associant ainsi dans l'éducation sanitaire les domaines faisant référence à des normes physiologiques relevant d'un savoir médical – tels l'alimentation, le sommeil, la posture – et les domaines touchant à la réflexion sur ce qui est bon ou non pour les enfants comme « *les tenues* », « *les jeux* », « *l'intérêt d'avoir une activité* », « *l'hygiène de vie* » (M1). Le médecin 13 évoque aussi « *l'implication qu'on peut avoir à l'école, essayer de donner un peu envie aux enfants de travailler* », la place du téléphone portable au sein des foyers, « *le sens moral de certaines choses* ».

Le médecin 4 souligne que le médecin a un rôle de conseil et d'**aide à la réflexion sans se substituer aux parents** : « *il y a des parents qui demandent « que feriez-vous à ma place ? ». Je leur dis « non, ce n'est pas à moi de vous dire ce que je ferais à votre place », mais plutôt leur suggérer des idées, leur donner des pistes pour qu'ils trouvent eux-mêmes des solutions et savoir comment faire* » (M9).

Le médecin a un « **rôle de soutien des parents dans leur éducation** » (M2), de « **renforcement de l'autorité** des parents, de confirmation on va dire de ce que disent les parents et des conseils que les parents donnent à leurs enfants. » (M2) « *dans les familles où il n'y a pas de problèmes d'éducation* ». Ce soutien consiste aussi en un respect des méthodes éducatives des parents, en veillant à « *rester à sa place et ne pas plaquer les idées qu'il a lui de l'éducation sur l'enfant parce que ce n'est pas le sien* » (M2). Cet accompagnement ne dispensant pas de garder un sens

critique : « *Si ce que les parents font ça lui paraît contraire à ce que lui il ferait, il n'est pas obligé de suivre à 100%* » (M2).

Les médecins 1, 3 et 11 expriment aussi l'importance de renforcer l'autorité des parents, en veillant par exemple à ne pas faire de remarque sur l'éducation en présence des enfants qui pourrait « *dévaloriser le rôle du parent par rapport à l'enfant* » (M3), pour que l'enfant ne « *pense pas que le parent ne sait pas faire* » (M3).

Le médecin 4 précise que pour lui, le rôle éducatif consiste en un rôle « **d'éducation à la parentalité** » (M4). Le médecin 9 rejoint cette idée par ces propos : « *j'essaie d'aborder avec les parents un petit peu le rôle éducatif, en expliquant quand même que ce n'est pas l'enseignant qui doit éduquer complètement l'enfant, que le rôle des parents c'est très important ; fixer des normes, fixer des barrières ; que l'enfant se construit contre et jamais s'il n'a aucun repère* » (M9).

Le cabinet médical est un des **lieux de vie en société**, qui n'échappe pas aux **règles** inhérentes à toute existence, où il faut donc **respecter** le médecin et les règles du cabinet (M3, M4, M7, M9, M10) :

« *ça fait partie aussi de l'éducation : quand on est malade on va voir le docteur, et que quelque part, il faut aussi se laisser faire* » (M4).

« *avec certains parents vraiment trop permissifs, en expliquant qu'ici c'était mon cabinet médical, que les règles c'était mes règles, et qu'on devait les accepter. Que l'enfant se comporte chez lui d'une certaine façon, c'était leur problème, mais ici dans mon cabinet médical on respecte, c'est-à-dire on dit bonjour, on dit au revoir, on est respectueux des règles, on se tient proprement, on ne mange pas par terre, on ne crache pas par terre, on ne jette pas les affaires par terre. Ça m'est arrivé rarement, mais ça m'est arrivé. Et ça m'est arrivé aussi de faire nettoyer par le parent ou par l'enfant. Rarement encore, mais ça m'est arrivé. De dire « tu as fait ça, maintenant tu nettoies, on ne fera pas la consultation » » (M9).*

« *Si le parent ne recadre pas, je vais recadrer parce que j'estime que dans mon cabinet il n'y a pas à laisser faire tout et n'importe quoi* » (M3).

Mais cette position peut être en décalage avec l'éducation transmise par les parents, que ce soit par différence culturelle ou par carence éducative. Le médecin 9 donne ainsi l'exemple des gens du voyage « *chez les gitans l'enfant est roi. Donc je sais qu'il y a des gitans qui sont venus il n'y a pas très longtemps, et là ça a été quand même très difficile, très difficile à gérer. Parce que l'enfant avait le droit de tout faire.*

Et ils ne comprennent pas pourquoi, on leur explique que non, que dans mon cabinet ils n'ont pas le droit de tout toucher ou de tout mettre par terre » (M9).

▪ Un rôle éducatif plus important dans certaines situations

Le rôle éducatif du médecin peut être plus important avec des parents déficients dans leur rôle éducatif : « *Après ça c'est pour des parents normaux entre guillemets, pour les familles en difficulté là il a carrément un rôle de dépister les carences éducatives et de mettre en place les mesures pour suppléer » (M2).*

▪ Au contraire pour d'autres : un rôle que le médecin ne doit pas prendre

Pour les médecins 5, 6, 7 et 11 le médecin ne doit **pas intervenir** dans l'éducation :

- Parce que ça ne le regarde pas « *Ça reste le domaine privé des parents » (M6)*
- Parce que c'est aux parents de le faire : « *L'éducation sociale, non » (M7), en cas de problème « je les recadre, je recadre surtout les parents. C'est quand même aux parents de faire ça, pas à moi » (M7)*
- Parce que cela peut sembler illégitime d'intervenir alors qu'on ne côtoie les enfants qu'un court moment : « *on les voit pas vraiment non plus, si tu veux, on les voit pas suffisamment, on les voit pas au quotidien, donc c'est un peu cavalier d'aller proposer, même si on a un petit argument d'autorité » (M5)*
- Parce qu'il faut que jeunesse se passe : cela ne les empêchera pas de bien grandir : « *Après il y en a qui font des bêtises, qui sont habillés..., qui font ceci, qui font cela... C'est pas grave, ce qu'il faut c'est leur santé physique et mentale ; est-ce qu'elle est atteinte ou pas ; en dehors de ça faut pas intervenir... laisser... » (M11)*
- Parce que la tâche éducative est rude et que nous ne ferions peut-être pas mieux à la place des parents : « *Encore une fois, avoir des enfants c'est presque une mission impossible, faut pas juger les parents, et les parents ils font ce qu'ils peuvent. C'est la règle de base pour comprendre pourquoi ça marche comme ça. Les parents ils font ce qu'ils peuvent souvent, il y en a qui peuvent peu, il y en a qui peuvent beaucoup... moi je regarde simplement » (M11)*
- Parce qu'il y a une part subjective et complexe : « *Non, je constate pas de défaut d'éducation, parce que ça reste le champ des parents, et ce qui peut être*

considéré comme un défaut d'éducation pour certains ne le seraient pas forcément pour d'autres, pour des raisons diverses culturelles, familiales, socio-économiques, etc... donc je n'ai pas un cadre précis, une ligne qui est franchie ou pas. Ça dépend vraiment des circonstances et du climat social, culturel et économique » (M6).

2) Une pratique quotidienne où médecine et éducation se côtoient

Entre les recommandations médicales concernant les règles hygiéno-diététiques et la mise en œuvre par les parents, se trouve l'éducation. Cette place de l'éducation à la croisée entre médecine et vie quotidienne est source de réflexions, d'interrogations :

« L'excuse c'est : « il ne mange rien » ... des choses comme ça, donc en fait voilà ça fait partie aussi de l'éducation ; moi je le conçois comme ça parce qu'effectivement, savoir qu'est-ce qu'on fait, est-ce qu'on impose les choses ? Est-ce qu'on ne les impose pas ? Qu'est-ce qu'on fait au niveau de l'équilibre nutritionnel ? Il y a beaucoup de questions qui partent par là et après c'est en bout, on déroule le fil et effectivement au bout du compte on se rend compte que les parents ont beaucoup de questions » (M4).

a) Les attentes des parents

Du côté des parents les demandes de **certains se limitent au champ médical**, avec la recherche d'un « **avis scientifique** » (M2), alors que **d'autres posent des questions dépassant** le domaine scientifique, comme la question de laisser l'enfant partir passer « *des vacances avec les amis* » (M2) ou bien de gérer une situation de rupture amoureuse (M9).

- Des **demandes sur le rôle de parent** « *les parents [...] ont vraiment beaucoup beaucoup de demandes concernant la parentalité : comment faire en fait pour être parent ?* » (M4)
- **L'âge des tout-petits** est l'objet de **plus de questions éducatives**, sur tous les plans : « *c'est souvent chez les tout-petits, sur leurs habitudes alimentaires, leurs habitudes de coucher, sur leur comportement, colère...* » (M8).

- **L'adolescence** est une autre période de l'enfance source d'interrogations sur les limites à poser ou non, la gestion des relations : *« Et aussi des fois des parents qui m'envoient leurs enfants quand ils sont assez grands, pour venir seul ; des presque ados ou des post ados qui viennent en consultation poussés par leurs parents, pour des problèmes qui sont en petite partie de la médecine pure, et pour le reste... du conseil en tout cas »* (M11).

Le médecin 12 souligne aussi que certains parents consultent pour **des questions médicales qui relèveraient davantage d'un cadre éducatif à poser** : *« Du genre un adolescent qui avait mal aux yeux mais qui passait des heures sur sa tablette. Mais sinon, il n'aurait pas eu mal aux yeux, ils ne m'auraient pas posé la question sur combien d'heures on peut le laisser sur sa tablette, ou comment faire pour arrêter qu'il joue sur sa tablette »* (M12).

Des **questions sur le comportement** (M1, M3, M4, M8, M9) :

- *« questions précises sur tel ou tel comportement qu'ils doivent avoir par rapport à un comportement de leur enfant, à ce que peuvent leur demander ou dire leurs enfants »* (M3)
- *« avoir des conseils sur la façon de gérer l'agressivité de l'enfant, ses problèmes d'agressivité à la maison, ou des troubles du comportement scolaire, et savoir comment on peut aider l'enfant »* (M9)

b) Des demandes des parents parfois exagérées

Les **attentes** des parents sont **parfois excessives**, révélant une **déresponsabilisation** des parents qui demandent tout aux professionnels, comme le relate le médecin 9 : *« On a des parents qui veulent se délester sur le médecin, pour tout. Je veux dire, même quand tu as une gamine qui est quittée par son compagnon... moi une fois j'en avais eu une, il fallait aller en toute urgence en visite, j'étais arrivée, « ah ben parce qu'elle pleure parce que son copain l'a quittée »... je lui ai dit « vous vous foutez de moi ou quoi ?! » Je lui dis « là c'est pas mon rôle, c'est votre rôle de maman ! Moi je ne vais pas passer mes soirées à consoler les jeunes filles qui ont été quittées par leur copain ». En plus, c'est pas mon rôle, il n'y a rien de médical là-dedans, voilà, c'est à la maman ou au papa de faire le job, mais pas à nous. »*

Cette **tendance des parents à se décharger** de leur rôle est aussi exprimée par le médecin 5 : « *déjà ils ont tendance de façon générale les patients à se décharger sur nous pour régler tous les problèmes de la planète... voilà... ils se déchargent sur les profs ; on va pas récupérer le bébé quoi...* ».

Pour les médecins 2, 5, 6, 7, 10, 13, les **questions spontanées** des parents en rapport directement avec l'éducation ne sont **pas fréquentes** :

- Pour le médecin 10, ces questions sont parfois corrélées au dérangement ressenti par les parents plus qu'à la nécessité « *Le sommeil par exemple, c'est peut-être une des rares plaintes qu'abordent spontanément les parents, parce que c'est quelque chose qui souvent les gêne... plus que le fait que leur enfant n'écoute pas, en fait. Ou ne les écoute pas.* »
- Le médecin 13 constate que les parents ne vont que peu à la recherche d'information : « *C'est pas si fréquent que ça, moi je trouve personnellement, ça peut arriver des fois sur des personnalités de parents un peu carrés... c'est quand même pas très fréquent* »
- Le médecin 2 lie l'absence de questions dans ce domaine à son jeune âge et son statut de remplaçant : « *Après, étant donné que je suis jeune et que j'ai pas d'enfants, les gens ne me posent pas de questions en général sur l'éducation.* » (M2).

c) Le comportement des enfants

Malades emmenés par leurs parents ou en bonne santé accompagnant ces derniers, les enfants peuvent être sages, agités, énervés, voire impolis ou même violents en consultation. Ces différentes situations, les médecins y sont confrontés qu'ils veuillent avoir un rôle dans l'éducation des enfants ou non.

« *Qu'il ne respecte pas le minimum de consigne, quand on lui dit de s'asseoir, qu'il n'arrête pas de bouger, de tout toucher, ou alors qu'il est violent, qu'il refuse de se laisser examiner, crache sur le médecin, qu'il frappe, etc... ça m'est arrivé.* » (M9)

Devant ces **débordements**, les **parents ne réagissent pas toujours** : « *l'enfant qui grimpe partout pendant la consultation et qui touche tout, le parent qui est présent qui dit pas grand-chose...* » (M12).

L'observation de **défauts d'éducation** est rapportée par une grande majorité des médecins (M1, M2, M3, M4, M6, M7, M8, M9, M10, M12, M13). Le médecin 1 précise même sur un ton alarmant que ce genre de situation est **en augmentation** : « *Oui, de plus en plus, de plus en plus ! Je pense que c'est assez catastrophique !* » (M1). L'avis des médecins 5 et 11 est divergent : ils déclarent n'avoir pas constaté de réel défaut d'éducation.

A l'inverse, les médecins 1, 4, 7, 9 notent même une **attitude d'enfant-roi** : « *C'est assez catastrophique, actuellement l'enfant est roi ; l'enfant fait ce qu'il demande et pas forcément ce qui doit être fait. C'est une calamité, c'est une calamité ! Donc bon, on le voit dans l'éducation ; les enfants si tu leur donnes pas des pâtes ils mangent plus rien, la télévision c'est le B-A BA de l'éducation...* » (M1).

Cette attitude d'enfant-roi peut avoir un **impact sur la consultation** : l'exigence de coopération inhérente à la consultation représente parfois une contrainte pour des parents qui ne posent habituellement pas de limites à leurs enfants : « *On voit que le parent ça ne lui convient pas, parce qu'effectivement c'est comme à la maison : on laisse un peu l'enfant roi, et là c'est un peu difficile. Effectivement dans ces cas-là il y a des choses qu'on est obligés d'aborder... ça m'est arrivé d'avoir un enfant impossible à tenir pour regarder une oreille ou faire un vaccin* » (M4).

En cas de turbulence des enfants, **une déformation de l'image du médecin** est parfois faite par certains parents dans le but de se faire obéir, comme le rapportent les médecins 9 et 10 à travers cette **menace** entendue à plusieurs reprises : « *si t'es pas sage le docteur te fera une piqûre* ». Les médecins ne laissent pas passer cette fausse menace qui peut troubler les enfants, même si elle est employée dans le but d'obtenir leur calme : « *alors là j'interviens tout de suite, je dis non, le docteur n'est pas là pour faire des piqûres pour faire mal aux enfants, quand le docteur fait une piqûre, c'est pour soigner, pour éviter une maladie. Et surtout pas par punition* » (M9).

d) Différentes attitudes face aux situations où l'éducation s'immisce dans les consultations

« *Souvent, c'est vrai que c'est l'attitude de l'enfant durant la consultation qui fait qu'on peut aborder les choses quand il n'y a pas de demande* » (M4).

Le **rôle premier des parents** en cas d'écart de comportement des enfants au cabinet médical n'est remis en cause par aucun des médecins interrogés. « *C'est-à-dire que directement, quand on a un enfant infernal dans le cabinet, c'est pas à nous à l'éduquer.* » (M4). En revanche, le choix d'intervenir dans ces situations n'est pas le même pour tous les médecins.

Les médecins 3, 4, 7, 10, 11, 13 chercheront à **laisser les parents agir**, et **n'interviendront qu'en cas d'insuffisance** de réaction de ces derniers, pour rétablir un climat permettant la consultation : « *Si le parent ne recadre pas, je vais recadrer parce que j'estime que dans mon cabinet il n'y a pas à laisser faire tout et n'importe quoi* » (M3).

Le médecin 5, quant à lui, préfère **ne pas intervenir et attendre** que l'orage passe : « *Questions d'éducation, je suis assez passif là-dessus, s'il retourne le cabinet ou autre. Mon associé lui par contre il est un peu plus directif là-dessus, moi non, je me suis dit que bon, voilà, pffff... C'est pas mon truc, sauf si vraiment il fait une grosse connerie, mais en général ils font pas trop trop de grosses conneries. Je reprends pas les gens en disant « regardez votre enfant, ceci, cela, etc... » je trouve ça hyper déplacé en fait donc... voilà, tant pis... il me retourne le cabinet, il me retournera le cabinet... voilà, tant pis, je rangerai après quoi* » (M5).

Le médecin 7 fait une distinction entre débordements **perturbant son exercice ou non** : « *Je ne réagis pas. Moi, si c'est pas dirigé contre moi, si c'est le gosse qui insulte sa mère, je laisse sa mère se débrouiller.* » (M7) « *Maintenant, s'il m'empêche de parler à sa mère, oui je vais le recadrer. Ça dépend s'il interfère avec mon travail, en fait. S'il interfère avec mon boulot, si par exemple je suis en train de le soigner, qu'il est en conflit avec la mère et qu'il me fout le bordel, je vais lui dire de se calmer.* » (M7) « *Si le gosse me casse les pieds, je vais leur dire : « tenez votre gosse »* » (M7).

Le médecin 2, remplaçant, ne fait **pas de remarque directe aux parents** sur la question du comportement, mais essaie d'aborder l'éducation plus indirectement, en cherchant les occasions de transmettre aux enfants des notions générales d'hygiène de vie.

e) Des réactions humaines quand la patience est mise à l'épreuve

La turbulence des enfants et l'absence de réaction des parents viennent parfois à **bout de la patience et des principes** concernant l'éducation que le médecin s'est

fixés pour ses consultations. C'est ce que rapporte le médecin 11, par ces termes : « *Après vous savez, il y a le côté humain... quand vous avez un gosse qui vous retourne le cabinet et tout et que les parents ne bougent pas, je peux dire en présence des enfants « non mais là vous faites rien, vous attendez qu'il casse quelque chose »... voyez ça, c'est plutôt une réaction excessive parce que je suis excédé »* (M11), ou le médecin 9 : « *et puis ça dépend des jours : soit ce jour-là on est cool, pas fatigué, on a de la patience ; soit c'est la fin de journée, tu as envie de les étrangler »* (M9).

3) Un domaine difficile et subjectif

a) L'absence de formation

La totalité des médecins a rapporté l'**absence de formation initiale** dans les études de médecine sur la question de l'éducation : « *ça fait partie des vides... Il y a rien de rien »* (M5), le caractère centré sur l'aspect médical des études « *non, parce qu'on a vraiment une formation totalement médicale et donc ça, c'est sûr que... là c'est plus on va dire la vie qui forme plutôt que les études, ça c'est sûr »* (M12), avec la nécessité de **s'auto-former** sur le sujet « *je pense qu'il est important peut-être justement de faire des formations continues sur le sujet ; ce qu'on nous apprend pas à la fac eh bien il faut bien qu'on aille le chercher ailleurs. D'écouter des émissions, de lire des bouquins sur le comportement de l'enfant, la prise en charge, etc... je pense que c'est important. »* (M9). Cette auto-formation est **dépendante de l'intérêt de chacun** :

- « *Je pense que c'est plus une curiosité quelque part personnelle et de constater sur le terrain les choses par ton feeling et ta sensibilité qu'un apprentissage à la fac. Clairement, non »* (M13)
- « *En formation médicale continue, c'est au libre choix de chacun, et c'est selon nos disponibilités pour se former. Donc c'est vrai qu'on se forme un peu sur le tas, et selon nos dispositions en fait. Ça nous intéresse ou ça nous intéresse pas »* (M9).

b) L'éducation, une tâche ardue

Le sentiment qu'il est **impossible d'être suffisamment formé dans ce domaine** est exprimé par les médecins 3 et 11 : « *l'éducation c'est un truc impossible,*

personne peut y arriver... on y arrive plus ou moins bien. [...] Mais oui, en principe on n'est jamais assez formé sur l'éducation » (M11).

Le médecin 11 souligne à plusieurs reprises la **difficulté du rôle éducatif**, raison pour laquelle il se garde autant que possible d'intervenir sur le sujet : « *Non, j'ai comme consigne d'essayer le moins possible, sauf quand on me le demande, de me mêler de l'éducation : c'est tellement difficile d'être parent, je les laisse... je vais pas imposer ma vue sur l'éducation aux parents, non » (M11).*

Le médecin 9 rapporte le fait que **certains médecins ont renoncé à affronter le problème** même quand cela atteint le respect du médecin, le bon déroulé de la consultation : « *Je sais qu'il y a des médecins qui ont baissé les bras, les enfants crient, hurlent, etc..., ça dure un quart d'heure, ils s'en vont, c'est terminé » (M9).*

Les médecins 7 et 13 soulignent la **multiplicité infinie des profils et des situations** : « *Tu peux pas dire aux parents comment ils doivent éduquer leurs enfants, parce que t'as pas un cas qui ressemble à un autre » (M7).* Pour lui, il s'agit d'une **combinaison inconstante de ce qu'est l'enfant et des choix éducatifs parentaux** : « *dans l'évolution d'un gosse, tu as deux choses : tu as l'éducation des parents, puis après tu as le caractère ».* Il exprime que certains enfants ne seront pas dépendants du contexte éducatif et familial dans lequel ils grandissent, qu'il soit favorable ou non : « *Tu peux avoir des parents au top, tout machin, attentifs, équilibrés, si le gosse est tordu, il est tordu. Bon c'est rare, mais ça peut arriver. »* Et à l'inverse, des enfants pourront développer de bonnes valeurs sans qu'elles aient été transmises par leurs parents, dans des familles où le contexte est défavorable à leur réussite : « *poli »*, « *respectueux des gens »*, « *empathique, il va bosser, il va faire des études ou pas faire d'études mais il va s'en sortir dans la vie ».* Enfin, d'autres enfants encore seront davantage façonnés par cet environnement éducatif : « *puis après tu as toute une floppée de gens qui dépendent de l'éducation des parents, de si les parents sont ceci/cela » (M7).*

c) L'intuition pour compenser le manque de formation

Le **ressenti** du médecin prend une véritable place dans les consultations où le sujet de l'éducation s'invite, pour **guider la conduite** à tenir face à l'immense variété de situations différentes possibles. Le « **feeling** » est évoqué par les médecins 2, 7, 12, 13, notamment par le médecin 12 qui le met en avant **pour compenser l'absence**

de formation « *c'est vrai que comme il n'y a pas de formation je le fais au feeling* » (M12), « *c'est pas palpable* » (M12), « *c'est du cas par cas, c'est expérimental en fonction du problème que je ressens ou qu'on m'a évoqué ; fonction de l'enfant, fonction du parent...* » (M12).

L'absence de cadre précis, de formation structurée dans le domaine en fait aussi un domaine difficile à transmettre comme l'exprime le médecin 3 : « *Alors, je ne saurais pas t'expliquer comment, mais si les questions se posent je pourrais peut-être t'aiguiller ou en tout cas te dire mon ressenti* » (M3).

« *Ça c'est quelque chose qui se fait au feeling, au coup par coup. Comment veux-tu donner une loi d'éducation, il n'y a pas un gosse qui ressemble à un autre, pas un parent qui ressemble à un autre. Tu n'as que des cas différents, tu vas pas commencer à filer des... c'est pas possible* » (M7).

Le doute accompagne tout ce qui a trait au ressenti : « *est-ce que j'ai le bon feeling ou pas, j'en sais rien...* » (M12). Et **l'écart entre les idées, les objectifs et la mise en pratique** n'épargne pas le domaine de l'éducation dans lequel le médecin interviendrait : « *Voilà les conseils que j'aurais à donner, je sais pas si je les mets en pratique* » (M12).

d) Un sentiment d'illégitimité pour intervenir en matière d'éducation

Les médecins 4, 5, 12, 13 expriment l'**incertitude** quant à un éventuel rôle à tenir dans l'éducation alors que les parents sont présents, tant sur le **bien-fondé** « *Je me considère pas légitime...* » (M12) que sur la **compétence** pour le faire « *Je sais pas si je suis assez compétent pour le faire, moi...* » (M7).

L'éducation des enfants est une question **parfois source d'interrogations personnelles** pour des médecins jeunes parents, accentuant le sentiment d'illégitimité pour intervenir auprès d'autres parents : « *Conseils à donner, non... je me pose déjà suffisamment de questions pour l'éducation de ma propre fille, alors... (rire) c'est plus compliqué à attaquer les patients là-dessus. J'ai pas vraiment de conseils à donner.* » (M5).

e) Un sujet délicat à aborder

Ce qui est observé en consultation est-il un problème ponctuel lié à la fatigue, à l'**humeur momentanée** de l'enfant ou de ses parents, ou bien est-il le signe d'un **problème plus profond** ? Une **question inconfortable à poser**, pouvant être perçue comme une **remise en cause** des capacités parentales : « *et poser la question c'est quand même difficile, parce que c'est remettre en question aussi l'éducation des parents et s'il n'y a pas de problème, c'est délicat* » (M12).

Parfois symptôme de difficultés plus profondes, pouvant être douloureuses à évoquer pour les patients, lourdes d'**émotions** : « *C'est toujours en présence de l'enfant, et donc c'est vrai que du coup ça c'est aussi des paroles que je dis : « on parle de choses qui te dérangent » ou « on parle de choses qui te fâchent » ou des choses comme ça, parce que souvent il y a beaucoup d'agitation et nous on dit des mots là-dessus sur ce qui se passe au moment où... il y a des parents qui se mettent à pleurer ou des choses comme ça, parce que c'est trop... on est le dépositaire de plein de choses en fait* » (M4).

f) La nécessité de tact et de diplomatie pour créer un cadre favorable permettant de parler d'éducation

Quant aux médecins voulant aborder la question de l'éducation si la situation s'y prête, la tâche n'est pas aisée pour autant : la **parole** doit être **adaptée en présence de l'enfant** (M3, M4, M5, M8, M9, M11, M12, M13) et le sujet peut être **traité plus en profondeur lors d'une consultation ultérieure sans les enfants**. « *C'est plus souvent avec les enfants, mais après si je revois le parent pour x ou y raison... mais c'est quand même plus souvent avec les enfants, statistiquement je dirais plus souvent avec les enfants, malheureusement d'ailleurs, ce qui peut peut-être nous brider un peu. Mais il faut vraiment que l'inquiétude soit grande pour que le parent en parle en dehors de la présence de l'enfant* » (M13).

Cette consultation **sans les enfants** est parfois spontanée comme l'expriment les médecins 1, 4, 9, 12, que ce soit l'**objet principal de la consultation ou au détour** d'une consultation pour le parent lui-même ; elle peut être une **invitation du médecin** (M3, M9, M11, M12) ...mais qui n'est pas toujours mise en pratique : « *Si on peut, hein, parce qu'après il y a la théorie et la pratique : vous dites à la maman, vous lui dites cinq fois « vous venez seule la prochaine fois, qu'on en parle vraiment »... et cinq fois*

*elle vient avec ses quatre gosses sur les bras... enfin bref, voilà » (M11). Elle peut encore être une **occasion attendue par le médecin** suite à une consultation car tout ne peut être dit en présence des enfants. Dans tous les cas, les médecins veillent à **ne pas mettre l'enfant à l'écart** lorsqu'il est présent (M3, M4, M5, M8, M9, M12, M13). « *J'essaie d'aborder les choses on va dire de manière légère quand l'enfant est présent et quand je revois les personnes sans leurs enfants, parce que je ne vais pas parler de tout devant l'enfant et, comment dire, ne pas ostraciser l'enfant mais en même temps je veux rencontrer le parent seul pour pouvoir lui dire ma manière de voir les choses par rapport à l'éducation qu'ils peuvent avoir. Et donc essayer de discuter avec eux, et trouver s'il y a un manquement quelque part possible et s'il y a des choses pour lesquelles on peut agir ou améliorer » (M3).**

A l'inverse, lorsque les enfants sont plus âgés – souvent à **l'adolescence** – il arrive que les **consultations se fassent sans les parents**, dans des circonstances variées :

- Les adolescents viennent d'emblée seuls, envoyés par leurs parents comme le rapporte le médecin 11 : « *des presque ado ou des post ados » (M11)*
- Les parents proposent de quitter la consultation : « *Et des fois ils me disent « est-ce que d'ailleurs je peux vous laisser seuls pour que vous en discutiez sans ma présence ? » » (M12)*
- Le médecin demande aux parents de sortir : « *des fois je parle avec l'enfant je fais sortir les parents quand je sens que ça posait un frein à la consultation, enfin au discours, pas à la consultation mais à l'échange » (M12).*

g) La place de l'enfant : à la fois patient à mettre au centre, et sous l'autorité de ses parents

L'enfant, accompagné par ses parents, est un patient particulier. **Sous la responsabilité** de ceux-ci, à qui il convient bien entendu de s'adresser, il ne faut pas pour autant oublier ce jeune patient qui peut comprendre certaines choses.

Le médecin doit donc naviguer subtilement entre l'importance de **mettre le patient au centre** en s'adressant à lui **lorsqu'il peut comprendre**, aussi jeune soit-il, et **l'importance de ne pas empiéter sur le rôle éducatif** des parents.

Ce juste milieu n'est pas toujours évident à trouver et nécessite l'attention du médecin (M1, M2, M7, M10), il faut « *être aussi vigilant dans les consults', de manière*

un peu générale, quand on a un enfant en consult' de lui parler à lui et pas que parler à ses parents » (M2).

h) Un travail de fond pour tisser une relation de confiance

Les médecins 2, 9, 13 expriment l'**importance de créer un lien** avec les patients, enfants comme parents, pour **instaurer un climat de confiance** favorable aux échanges : *« je pense qu'il faut pas rentrer directement dans le lard. Faut peut-être apprendre à vraiment sympathiser avec le jeune. Et ça, ça se fait pas en une consultation, enfin la première consultation il faut déjà s'intéresser à ce qu'il est en tant que petit être humain ou en tant que cadeau et futur adulte en devenir. Parce que je pense que si t'abordes d'emblée le problème, très clairement ça va être compliqué » (M13).*

Le médecin 3 rejoint cet avis, expliquant qu'il aborde la question de l'éducation seulement avec les **patients connus** dont il est médecin traitant : *« Quand c'est des patients qui me sont propres » (M3).*

L'**attitude d'ouverture**, nécessaire dans tout l'exercice médical, est bien entendu importante aussi dans ce contexte *« avoir une main tendue si un jour ils ont besoin, leur montrer que t'es pas... tu vas pas les manger quoi » (M13).* Cela permet de découvrir des difficultés qui pourraient passer inaperçues :

« Quand on a des ouvertures là-dessus, c'est comme pour tous les autres sujets : par exemple si dans la conversation tu ne parles pas de sexe, ils vont pas t'en parler... si tu demandes pas, tu vois... si tu demandes pas comment ça se passe à la maison : « comment ça va, vous vous en sortez ? » Là par exemple ils sont tous revenus après avec l'histoire du confinement, les devoirs à la maison, tout ça, comment faire... tout ça c'était un gros gros problème en fait. Mais si tu ne demandes pas comment ça s'est passé, comment vous avez vécu ce confinement, puis avec les enfants comment ça a été... si t'as pas cette ouverture-là, bah finalement ils te disent pas et par contre tu arrives avec les mamans qui ont les yeux jusque-là, qui ont vécu trois mois d'enfer parce qu'ils faisaient du télétravail, trois niveaux à l'école et un seul ordinateur pour toute la famille. Mais c'est ça, c'est être toi-même dans l'ouverture de manière à ce que du coup tu puisses recevoir la parole, aussi bien des parents que des enfants » (M4).

Le médecin 9 rejoint ces propos, mettant en avant l'**atout de la position de médecin de famille** où la relation de confiance s'est tissée au fil des années : « *Quand on connaît par exemple les jeunes parents et qu'on les a soignés adolescents ou enfants, c'est plus facile d'aborder les sujets que quand on a une population qu'on ne connaît pas* » (M9).

i) Le manque de temps : une autre contrainte dans la pratique quotidienne

Les médecins 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13 évoquent le manque de temps dans les difficultés rencontrées, pour remplir tout le rôle que le médecin pourrait avoir en termes d'éducation : « *Ça c'est compliqué, parce qu'en fait dans les consultations on n'a pas trop le temps de parler de ça* » (M8). En effet, aborder l'éducation en **consultation** de médecine générale n'est pas chose facile. Celle-ci est **souvent chargée de motifs multiples** sans que sa durée ne soit pour autant extensible. L'expression de ce manque de temps se décline sous différentes formes :

- Les consultations laissent un **temps trop court avec les patients** « *on les voit pas suffisamment [les patients]* » (M5).
- Le **travail en réseau** avec d'autres professionnels pour la prise en charge des patients est une tâche **chronophage** qui se surajoute aux multiples tâches du médecin généraliste « *j'aimerais bien le mettre en place, mais est-ce que je vais avoir seulement le temps d'édifier ce réseau [...]. Le problème c'est que la journée type d'un médecin généraliste ne te laisse pas ce temps-là. C'est juste un petit peu ce que je déplore, c'est qu'on court toujours après le temps.* » (M13) ; « *j'ai très peu d'interactions, c'est un peu le problème parce qu'on n'a pas le temps de communiquer, c'est toujours un peu difficile* » (M9).

Ce manque de temps **empêche d'avoir l'ouverture à la discussion** qui serait nécessaire pour bien accueillir les demandes des parents dans le domaine de l'éducation : « *Laisser un espace de parole. Parce qu'on l'a pas forcément tout le temps dans la consultation. C'est pas évident. Ils viennent pour des troubles somatiques, et parfois il n'y a pas l'espace-temps en fait pour aborder d'autres problèmes. Alors qu'en fait il faudrait avoir ce temps-là* » (M4).

Face à cette difficulté de la contrainte du temps, il faut alors saisir toute occasion de consultation moins dense pour aborder des questions d'éducation. Ainsi pour le médecin 10 cela peut être au cours d'une consultation pour un certificat de non-contre-indication à la pratique du sport par exemple. En effet, ces dernières sont souvent des consultations moins complexes en termes de gestion du temps. Les parents viennent avec leur enfant sans autre motif de consultation, en ayant l'impression de venir « *pour rien* » (M10) et ce contexte constitue « *des bons moments pour privilégier les questions d'hygiène, d'obésité, faire prendre conscience qu'il y a des problèmes en fait sur ces facteurs-là* » (M10).

j) Des interactions plus ou moins aisées avec les autres professionnels

Dans les questions ayant trait à l'éducation, le **rôle du médecin généraliste peut vite être dépassé**, nécessitant le **recours à d'autres professionnels** : « *Il y a beaucoup de questions qui partent par là et après c'est en bout, on déroule le fil et effectivement au bout du compte on se rend compte que les parents ont beaucoup de questions ; après est-ce qu'on peut y répondre à tous ?... Non parce qu'après... [...] c'est pas de notre ressort des fois, c'est trop, il faut orienter vers une psychologue ou un pédopsy ou des choses comme ça, quand c'est plus à problème* » (M4).

Le travail avec d'autres professionnels (psychiatres, psychologues, médecins de PMI, pédiatres, assistantes sociales...) rencontre pourtant **plusieurs obstacles** en plus de celui précédemment cité qu'est le manque de temps :

- La **surcharge des systèmes de soin** : « *ils ne répondent pas toujours à la demande... parce que c'est très surchargé* » (M4),
- Ou bien l'**absence de compte-rendu** « *souvent on n'a pas de retour* » (M9).

Ce manque de travail en réseau est plus particulièrement regretté par le médecin 13 et le médecin 8 : « *mais c'est vrai qu'on devrait sûrement plus en parler et être épaulés par d'autres professionnels...* » (M8).

Les médecins 1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13 y ont **recours** dans quelques cas plus complexes, mais cela est **peu fréquent** : « *très rarement* » (M10), « *en général je me débrouille* » (M8), « *c'est hyper rare* » (M5).

A l'inverse, seul le médecin 4 dit travailler en réseau habituellement et aisément, en parvenant à en tirer profit pour la prise en charge des patients grâce à la communication et au travail coordonné : « *ce travail en concertation était vraiment intéressant, parce qu'il y a des choses je ne m'en étais pas vraiment aperçue quand je voyais l'enfant pour une rhino et du coup, qui avait vraiment choqué l'orthophoniste et qu'on a pu résoudre ensemble parce qu'on avait le même discours* » (M4).

Les médecins 9 et 11 évoquent le **rôle** d'autres professionnels intervenant dans l'éducation, les **enseignants, sous deux angles opposés** :

- Le médecin 9 rapporte des situations où l'intervention des enseignants était **source de problèmes**, signalant en excès ce qu'ils identifiaient comme des troubles : « *certains, parce qu'ils ont fait quelques séminaires de repérage des dys-, des troubles... ils se permettent de poser des diagnostics et vraiment de faire peur aux parents. Et comme ils représentent l'autorité, quand en plus chaque fois que le parent va à l'école et qu'on lui dit « ah, vous n'avez pas fait ci, vous n'avez pas fait ça... », on les stigmatise, on les culpabilise [...] ça se passe pas très bien... surtout quand nous, professionnels, on dit « ben non, votre enfant n'a pas de problème, je comprends pas »* » (M9). Ou bien lorsque les difficultés relationnelles rencontrées avec un enfant à l'école ne sont pas le reflet d'un trouble de l'enfant, mais d'une mauvaise manière de faire de l'enseignant « *en fait, le problème... c'est pas l'enfant... c'est l'enseignant* » (M9).
- Le médecin 11 au contraire, **regrette de ne plus avoir les échanges** qu'il avait auparavant avec le corps enseignant au sujet des enfants : « *j'ai connu un temps où les maîtresses nous parlaient, elles nous écrivaient, elles nous téléphonaient, elles nous envoyaient des mots... Maintenant j'ai remarqué que les médecins généralistes ils n'existent plus dans le milieu scolaire. [...] dommage, parce que les maîtresses et les maîtres d'école ce seraient de bons interlocuteurs* » (M11).

4) Importance de l'expérience et du vécu

L'expérience personnelle du médecin en termes d'éducation **enrichit sa pratique et l'influence**, évoluant au cours de sa vie en particulier pour ceux qui le vivent en tant que parents :

« J'ai pas une position dogmatique, j'ai une position aussi qui peut évoluer avec le temps parce que j'ai d'autres expériences, ou parce que j'ai rencontré d'autres personnes qui m'ont ouverte » (M4).

a) Lien entre éducation reçue et choix éducatifs

▪ L'éducation reçue par les médecins eux-mêmes

Les médecins 4 et 9 évoquent le **lien entre l'éducation** qu'ils ont **reçue** et les **principes éducatifs choisis** en tant que **parents** et auxquels ils sont attachés en tant que **médecins** :

« On a des principes au départ, qui sont issus soit de notre éducation, soit en contrepartie pas refaire ce qu'ont fait nos parents – c'est comme ça qu'on se construit en tant que parent en fait – bah c'est un peu comme ça aussi qu'on se construit en tant que médecin, c'est à dire qu'au début on a des bonnes idées, des trucs comme ça et tout, on se dit « je ferai ça, je ferai pas ça, et tout... » »

« Ça a peut-être influencé mon exercice médical parce que j'estime que les enfants doivent être bien éduqués, qu'il faut les écouter, qu'on leur doit le respect, mais qu'eux nous doivent le respect aussi, c'est un échange : « je te respecte/tu me respectes » » (M9).

Le médecin 4 ajoute que ces **principes** sont ensuite **confrontés à la réalité** : *« puis finalement après c'est l'expérience » (M4)*, et avec les années qui passent leur expérience parentale permet de **porter un autre regard** sur ces mêmes principes et de réajuster la manière de faire : *« j'ai des enfants qui ont des âges un peu différents, et au fur et à mesure, bah du coup j'ai évolué moi aussi » (M4)* ; *« Ça évolue avec ma carrière entre guillemets, et mon expérience de maman aussi quoi... ça va ensemble » (M4).*

▪ L'éducation reçue par les patients qui sont devenus parents

Les médecins 1 et 11 abordent l'aspect de l'éducation reçue par les patients dans leurs choix d'éducation qu'ils transmettent à leurs enfants : « *ils ont leur propre héritage éducatif donc avec ça ils font ce qu'ils peuvent, voilà. Souvent ils font bien quand même.... Quoi qu'on dise...* » (M11).

Le médecin 1 a un point de vue différent ; il aborde le problème de l'enfant-roi et le met en lien avec les confusions autour de l'éducation au cours de la période postérieure à mai 1968 et les **difficultés de transmission éducative** qui en ont découlé : « *il y a le problème de tous les enfants, selon moi, tous les enfants de soixante-huitards. Les soixante-huitards, les enfants il fallait qu'ils soient rois, on avait un peu mélangé ce que disait Dolto avec ce qu'on voulait avoir [...] et ces enfants qui n'ont pas reçu d'éducation ils ont eu du mal un peu à la transmettre. Donc leurs propres enfants maintenant ont des enfants assez catastrophiques ; c'est dramatique* » (M1).

▪ Les choix éducatifs des parents

Ces choix font parfois référence à des **croyances** ou des **éléments culturels** que le médecin ne connaît pas toujours bien, **complicant les échanges** : « *quand on a une population qu'on ne connaît pas ou qui a des normes religieuses, ou des normes communautaires, c'est parfois un peu difficile* » (M9).

b) L'expérience personnelle : une ressource concrète pour les médecins

Les **avis** sur la place de l'expérience personnelle sont assez **nuancés**.

Pour les médecins 1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13 leur propre rôle de parent leur a apporté une **expérience utile** à leur pratique médicale, plus que leur formation : « *plus mes lectures personnelles et le fait d'avoir été parent avant d'exercer qui ont fait que j'avais peut-être une expérience déjà* » (M4).

Pour les médecins 5 et 10, l'expérience parentale est même une **source d'aisance pour leur pratique médicale** « *Je suis plus à l'aise maintenant que j'ai un enfant [...] plus à l'aise pour communiquer avec le patient* » (M5).

Les médecins 6, 7 et 11 émettent toutefois une **réserve quant à la place** de cette expérience personnelle dans leur pratique médicale : « *Probablement, mais je m'en suis toujours méfié.* » (M6) « *Sincèrement je pense pas, en tout cas j'espère*

pas » (M11), mettant en avant les **conditions de vie différentes** avec le caractère des enfants plus ou moins facile, le vécu différent, les conditions socio-économiques : « *c'est vraiment une histoire de relations parentales et il y a des facteurs qui nous échappent, qui nous appartiennent pas* » (M6) « *je vais surtout pas comparer mon cas avec 99% de ma patientèle* » (M11).

Cette position n'est pas partagée par le médecin 8, qui **s'appuie directement** sur son expérience : « *Je ne disais pas aux patients que c'était ma propre expérience, mais je disais qu'il fallait faire comme ça* » (M8).

Les médecins 2 et 12 n'ayant pas d'enfant n'ont pas fait référence à une expérience parentale.

c) Les conseils basés sur l'expérience parentale du médecin, appréciés par les patients

La **référence à l'expérience personnelle** du médecin permet d'**ancrer dans la réalité** les conseils donnés par celui-ci, de leur donner une **dimension atteignable** (M4, M5, M9, M13) « *Je pense que c'est un point en plus de parler de mon expérience personnelle, parce que ça rend peut-être la chose moins inaccessible quelque part, ils se disent bah finalement c'est la réalité, c'est pas une vue de l'esprit vue dans un bouquin, elle l'applique aussi elle en tant que parent. Donc oui je pense que c'est un point fort, oui. Puis ça t'humanise – enfin pas que ça t'humanise le médecin mais ça te le rend... ça te démystifie je pense* » (M13).

Cela **éloigne du côté théorique dogmatique** qui peut être une image rattachée au médecin, faisant figure de référence scientifique « *Ils le perçoivent bien parce que tu parles d'expérience justement donc t'es plus trop le médecin, t'es aussi un parent qui est dans la même galère qu'eux et ça, ça les rassure plus que le médecin ou on sait pas trop quoi* » (M5).

d) Être parent pour pouvoir parler d'éducation en tant que médecin ?

Pour le médecin 4, **tout médecin peut aborder les questions d'éducation**, qu'il soit parent ou non : « *c'est pas une condition sine qua non c'est à dire qu'effectivement si on a... bah avec sa formation, avec ses lectures, avec ce qu'on a*

pu avoir nous comme bagage intellectuel, je pense que ça, le fait d'être médecin, je pense que ça assoit une position » (M4).

A l'inverse, pour le médecin 3, il est **indispensable pour pouvoir conseiller d'avoir soi-même des enfants** : « *si on n'en a pas, on n'a pas le même rapport, c'est pas possible* », « *ça ne sera jamais la même chose* » « *il faut qu'il y ait une fibre parentale qui agisse, sinon je ne pense pas qu'on soit très bon* » (M3).

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

1) Forces de l'étude

a) Sujet et choix de la méthode

Dans un contexte d'évolution majeure de la société au cours des dernières décennies, d'une transformation du rôle du médecin généraliste et des difficultés plus importantes que les parents rencontrent dans leur rôle éducatif, ce travail permet d'étudier le rôle qu'ont en pratique les médecins traitants dans le domaine éducatif. En effet ces médecins ont une place centrale, étant souvent consultés en premier recours, soit pour des questions médicales, soit pour d'autres sujets dépassant ce domaine ; ils sont donc confrontés à des demandes de tout ordre, dont la question éducative.

La méthode qualitative permet d'explorer les différentes opinions et les expériences des médecins interrogés. La réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés a permis de les orienter sur certains thèmes tout en laissant libre cours à leur réflexion sur le sujet, dans un cadre permettant une plus grande liberté de parole qu'en *focus group* par exemple. Les entretiens ont été réalisés dans le lieu fixé par les praticiens interrogés, afin de permettre leur bon déroulement et d'éviter au maximum les interruptions.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données, ce qui atteste de la validité de l'étude.

L'enquêteur est également analyste, ce qui présente l'avantage de prendre en compte les émotions des personnes interrogées.

Une triangulation des données a été réalisée par la relecture et l'interprétation d'une deuxième personne, n'étant pas d'une profession médicale et ne connaissant pas les médecins interrogés.

b) Population

La population de l'étude comprend treize médecins généralistes en exercice. La méthode qualitative pour cette étude ne nécessitant pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs pour les extrapoler à la population générale, ce nombre semble suffisant.

Les participants ont été sélectionnés de manière à favoriser la diversité des médecins généralistes en termes de sexe, d'âge, de zone d'activité, ceci ayant permis d'obtenir des réflexions variées sur les problématiques abordées.

c) Entretiens

Chaque entretien commençait par une introduction, permettant de présenter le travail et d'expliquer la nécessité d'enregistrer la conversation pour l'analyse des données, afin de citer des passages de l'entretien dans le document final.

Les entretiens se sont déroulés dans un lieu calme, choisi par les personnes interrogées, et le mode d'accès était direct c'est-à-dire en face à face, sans tiers présent.

Les entretiens ont été enregistrés sous forme numérique à l'aide d'un enregistreur. Ils ont ensuite été transcrits intégralement sur les ordinateurs personnels des enquêteurs. Chaque personne était désignée par un chiffre, de 1 à 13, dans l'ordre chronologique des entretiens, afin de conserver l'anonymat. Après retranscription intégrale par écrit, les enregistrements ont été effacés.

2) Limites de l'étude

a) Choix de la méthode

Le choix d'une étude qualitative comporte une limite inhérente à la méthode, qui est un manque de reproductibilité et de généralisation des résultats (validité externe).

b) Biais

Le biais de sélection ne concerne pas cette étude par la nature de sa méthode qualitative, car celle-ci n'a pas un but de représentativité.

Il peut y avoir un **biais d'investigation**, lié à l'attitude de l'investigateur lors des entretiens pour les études qualitatives. L'investigateur a cherché à rester aussi neutre que possible.

Un **biais d'implication** peut être noté, car les sujets abordés touchent à la manière personnelle de mener les consultations. Il est donc possible que cela ait pu

influencer le discours des médecins, par crainte d'un jugement sur leur pratique. Un rappel de la confidentialité des données a été effectué afin de limiter la retenue des participants.

On peut aussi relever un **biais d'interprétation** dans le vécu des situations, tenant au fait que l'enquêteur connaissait les personnes interrogées.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés est très dépendante de l'enquêteur et de son savoir-faire. Dans cette étude, le chercheur, utilisant cette méthode pour la première fois, a vu se perfectionner peu à peu sa manière de réaliser les entretiens.

II. Discussion des résultats

Le **médecin généraliste** a une **place centrale dans la santé** et il est amené à voir les **enfants** pendant toute la **période durant laquelle ils reçoivent leur éducation**. Si son rôle dans l'**éducation sanitaire** est évident, celle-ci faisant partie intégrante de l'exercice de la médecine générale, il n'en est pas de même pour l'éducation des enfants. Les écrits à ce sujet sont pauvres. Il y a un **vide** : la question du médecin et de l'éducation n'est traitée **que pour aborder l'éducation thérapeutique**, qui est une **problématique différente**.

Notre étude a fait ressortir une **divergence de position** chez les médecins, concernant leur rôle dans l'éducation des enfants. Certains le perçoivent comme une **possibilité** voire une **obligation** alors que d'autres, **au contraire**, le voient comme un domaine qui **ne les concerne pas** et dans lequel ils préfèrent **ne pas intervenir**.

Le rapprochement avec la **littérature sur l'éducation** permet d'apporter quelques éclaircissements concernant cette différence de points de vue, en analysant des **problématiques communes**.

1) Les questions de fond sur l'éducation

a) L'éducation, un rôle normalement assuré par les parents

« *C'est quand même aux parents de faire ça, pas à moi.* » (M7)

« *Les parents ont le rôle essentiel d'**éduquer leur enfant**. [...] L'objectif est de lui apporter toutes les connaissances et l'apprentissage nécessaires pour qu'il puisse **vivre en société** et acquérir une autonomie suffisante pour le jour où il sera lui-même adulte* »⁽²³⁾.

Ce **prérequis** est inscrit **dans la loi** : les parents, en tant que détenteurs de l'**autorité parentale**, sont les **premiers éducateurs**. Ils sont reconnus de ce fait comme **compétents** et **responsables** en matière d'éducation. Cependant, cette **compétence fait débat** car elle est dépendante de multiples facteurs. Les études sont nombreuses concernant notamment l'**influence du niveau socio-économique** des parents sur les préoccupations et aptitudes éducatives.

Il est à noter que la **conscience de leur rôle éducatif** n'est **pas forcément claire**. Des études à ce sujet ont révélé que pour certains parents cette notion est connotée d'une **dimension scolaire** : c'est, pour eux, l'Éducation Nationale qui est chargée de l'éducation des enfants. **L'implication des parents n'est pas égale** dans la scolarisation de leurs enfants : certains parents sont indifférents, laissant l'école se charger de tout ; d'autres sont de bonne volonté mais se sentent impuissants, trop éloignés du monde scolaire ; d'autres encore sont familiers de l'éducation, ces derniers étant souvent de niveau socioculturel assez élevé⁽²⁴⁾.

Pourtant, qu'ils en aient **conscience ou non**, les **parents** sont **forcément éducateurs** et le **milieu familial** est le **premier espace d'éducation**. En effet, l'éducation ne concerne pas uniquement les apprentissages formalisés mais aussi « **l'éducation diffuse** »⁽²⁵⁾, correspondant à l'éducation par le milieu, à l'apprentissage dans des contacts multiples avec des lieux, des êtres, des objets, des situations, qu'elles soient ou non conçues pour que l'enfant apprenne. Ainsi, comme pour l'implication des parents dans la scolarisation de leurs enfants, il y a des **inégalités d'investissement** des parents dans l'éducation diffuse et informelle de la vie familiale au quotidien.

b) L'apprentissage du rôle parental

Si c'est aux parents qu'incombe le rôle principal dans l'éducation, il a toutefois été mis en évidence qu'ils peuvent, à un moment ou un autre de leur existence, ressentir le **besoin de s'informer** ou de **se former** en tant qu'éducateurs. Les **spécialistes, psychologues, assistantes sociales**, et les **médecins** peuvent **aider** les parents à assumer leurs responsabilités éducatives, en cernant leurs besoins en formation.

Dans notre étude, la perspective d'un rôle éducatif pour le médecin rejoint l'idée d'une **aide à la réflexion sans se substituer aux parents**. Cette « **éducation à la parentalité** » (M4), action en vue de l'éducation mais auprès des parents, est aussi exprimée comme étant un « *rôle de soutien des parents dans leur éducation* » (M2), ou un « **renforcement de l'autorité des parents** » (M2).

Dans les écrits sur l'éducation, le **médecin** est cité comme **professionnel ayant une place** : « *il n'est pas question pour l'éducateur, le pédiatre ou le psychologue de s'interdire tout conseil. Ceux-ci peuvent fournir un étayage et, dans certains cas, une butée favorisant des ouvertures.* »⁽²⁶⁾ Cependant, le **rôle des médecins**, s'il est **attendu**, n'est pourtant **pas détaillé**.

À travers l'apprentissage des parents, le médecin peut donc agir. Savoir être parent s'apprend même si cela n'est pas enseigné.

« *En élevant leurs enfants, les parents développent nécessairement des compétences éducatives sur lesquelles les intervenants doivent s'appuyer. Mais, compte tenu des difficultés rencontrées par de nombreux parents dans ce domaine, ils sont saisis de doutes et de questionnements sur les connaissances appropriées en matière d'éducation ou de psychologie, sur les attitudes à prendre et sur les « bonnes pratiques » à adopter* »⁽²⁷⁾.

c) Une implication suffisante des parents dans l'éducation ?

Dans notre étude, la **majorité** des médecins a exprimé avoir constaté des **défauts d'éducation**. Des **attentes parfois excessives des parents** ont été rapportées, révélant des situations de **déresponsabilisation** avec une tendance de ces derniers à se **décharger sur les professionnels** (comme l'exemple cité par le médecin 9 : demander de consoler une jeune fille venant d'avoir une déception amoureuse). Ceci rejoint le point de vue des **professionnels de l'éducation** qui jugent

que les **parents** sont fréquemment **démissionnaires** alors que ces derniers **se sentent généralement responsables** de l'éducation de leurs enfants, même s'ils rencontrent des difficultés plus ou moins importantes ou se sentent démunis.

Devant une **préoccupation éducative** pouvant apparaître **insuffisante**, on peut **se demander s'il est vraiment licite de ne pas intervenir**. En effet, **l'intégration future** de ces enfants à la **société** et l'atteinte d'un « *état complet de bien-être physique, mental et social* »⁽¹⁴⁾ peuvent apparaître comme étant un avenir incertain. On peut s'interroger sur le **risque de décrochage scolaire** par exemple, ou **d'addictions** en l'absence de transmission de valeurs (avec l'augmentation des pathologies psychiatriques fréquemment associées aux addictions). Cela rejoint ce que le pédopsychiatre Dr Daniel Marcelli décrit dans son ouvrage *Il est permis d'obéir* :

*« Si l'excès d'autorisations résulte parfois d'un désir chez le parent de réparer quelque chose de sa propre enfance ou de son sentiment de culpabilité, il arrive aussi que cela corresponde à une indifférence ou un laisser-faire excessif. Ce n'est pas nouveau. Les cliniciens parlaient alors de « **carence d'autorité** » pour décrire ces enfants souvent livrés à eux-mêmes, passant plus de temps dans la rue qu'à la maison, sans aucune exigence en matière de règles pour la vie familiale comme pour la vie en société, le travail scolaire ou la fréquentation de l'école... »*⁽¹³⁾.

Les médecins sont formés à **dépister les négligences lourdes** qui sont du domaine de la **maltraitance**, mais que faire des **multiples négligences constatées**, qui ne peuvent être qualifiées de lourdes mais qui auront probablement un **impact sur l'avenir des enfants** ? Le rôle du médecin peut être déterminant pour l'avenir des enfants. Si on regarde par exemple une étude sur l'impact d'une diminution de l'utilisation des écrans, on peut voir la **richesse de l'intervention des médecins** permettant une **prise de conscience des parents** tant sur la **nécessité de poser un cadre** que sur leur **responsabilité**, et de constater les bienfaits produits sur le développement de l'enfant. « *Faire preuve d'autorité, donner un cadre à l'enfant, et surtout montrer l'exemple... chaque parent a pu exprimer l'importance de son rôle et sa responsabilité dans l'usage des écrans au sein de la famille* »⁽²⁸⁾.

En consultation, les médecins sont confrontés à de **multiples questions médicales révélant** parfois des **dysfonctionnements éducatifs**, notamment au sujet des règles hygiéno-diététiques. Ces dernières **nécessitent un cadre éducatif** pour

être mises en œuvre. Les parents ne s'en rendent pas forcément compte ; le médecin peut contribuer à leur formation au rôle éducatif en leur expliquant que cela ne relève pas d'un problème médical mais d'une question d'éducation.

d) Défauts d'éducation et enfants-rois

Une **grande majorité des médecins** exprime avoir **constaté des défauts d'éducation**, certains soulignant même que cela est **en augmentation**, constatant des attitudes d'**enfant-roi**. Ceci a été constaté surtout dans certaines populations, comme l'exprime un des médecins : « *chez les gitans, l'enfant est roi* » (M9).

Un autre médecin met en lien ce problème d'enfant-roi avec les confusions autour de l'éducation qui ont découlé des chamboulements de mai 1968 et avec les **difficultés de transmission éducative** qui en sont une répercussion. Cela rejoint le propos du psychanalyste Didier Pleux critiquant les conséquences d'une éducation comme enfant-roi dans son ouvrage *De l'enfant roi à l'enfant tyran* : « *j'oserais presque dire que tout enfant qui n'a pas connu la frustration dans son développement souffrira tôt ou tard de cette terrible fragilité qu'est l'intolérance aux frustrations. À force de ne connaître que la satisfaction de son principe de plaisir, la réalité lui paraît trop dure, constamment douloureuse parce qu'impossible à gérer dans ses moindres difficultés. Initialement simple déséquilibre entre le principe de réalité et le principe de plaisir, il devient plus tard véritable pathologie du réel* »⁽²⁹⁾.

La plupart des médecins interrogés ont été confrontés à des **débordements** au cours des consultations, mais les **parents ne réagissent pas toujours**. Face à cela, certains **médecins** laissent les parents agir et **n'interviennent qu'en cas d'insuffisance de réaction** de ces derniers, pour rétablir un climat permettant la consultation. Ce choix peut être guidé par des motivations différentes : pour certains médecins, c'est la volonté de **laisser aux parents leur rôle de premiers éducateurs** qui les guide alors que pour d'autres médecins c'est un **désintérêt pour l'éducation**. Dans ce deuxième cas, cela peut se traduire soit par la **recherche d'une neutralité sans intervention, préférant supporter** les hurlements des enfants dans l'attente que l'orage passe même si le cabinet est mis sens dessus dessous « *ça dure un quart d'heure, ils s'en vont, c'est terminé* » (M9), soit par une **intervention au minimum** pour recadrer afin de pouvoir finir la consultation, mais sans réagir si l'enfant insulte ou frappe sa mère par exemple (M7).

La position des **médecins ne souhaitant pas** avoir de rôle éducatif auprès des enfants n'est donc **pas restée aussi tranchée** tout au long des entretiens, du fait de ces **situations** dans lesquelles ils ont **dû réagir face à des débordements**, ou encore du fait de **demandes** des parents à ce sujet. En effet, certains **parents** se tournent vers le médecin car ils se sentent **dépassés par leurs difficultés éducatives**, **conscients** que cela relève normalement de leur rôle d'éducateur, mais **ne sachant plus comment faire**. Ainsi l'exercice médical et les relations avec le médecin traitant sont tels que ce dernier a **de toute façon un rôle**, qu'il le veuille ou non.

e) La neutralité utopique

Aucune attitude ne peut être neutre en matière d'éducation. Le déroulement des consultations **induit une prise de position du médecin concernant l'éducation** (neutralité ou intervention ; tolérance ou exigence), qui **transmet forcément un message à l'enfant**. Si le médecin souhaite ignorer l'attitude d'un enfant, un débordement, ce dernier peut retenir qu'il n'y a pas là une limite, qu'il n'y a pas un respect qui s'impose dans cette situation.

f) L'intervention auprès des familles

Pour les professionnels de **l'éducation**, la question d'une **intervention** auprès des familles est une **évidence**, sa légitimité n'est pas à discuter : « *le droit, voire le devoir, d'ingérence du social dans la sphère privée* »⁽²⁶⁾. Cela implique de proposer des modèles et des **normes éducatives** qui ne sont **pas forcément ceux des parents**, quand cela est nécessaire. Ainsi, il est admis qu'il **existe des bases incontournables** dans l'éducation, qui peuvent être enseignées et **ne dépendent pas des points de vue**.

Cependant, l'intervention de la sphère publique dans la sphère privée **ne va pas de soi**, même si l'on a admis sa légitimité : il faut que les **parents reconnaissent leurs difficultés** et **acceptent une aide** extérieure.

« *L'intervention dans la sphère privée, notamment pour agir sur une dimension hautement symbolique et structurante comme la parentalité, doit être pensée, construite et cogérée entre les intervenants et les membres de la famille* »⁽²⁷⁾.

Notre étude retrouve la notion d'un rôle éducatif du médecin **plus poussé** auprès des **familles en difficulté**. Ceci rejoint les nombreuses données de la littérature disponible sur le thème de l'éducation, établissant un **lien** entre la **qualité de l'environnement familial**, le **niveau d'étude de la mère** et le **développement de l'enfant** ainsi que sa **trajectoire scolaire**⁽³⁰⁻³²⁾. Ceux-ci sont fortement liés à **l'histoire individuelle**, qui s'emboîte dans **l'histoire familiale**, s'insérant elle-même dans **l'histoire sociale**⁽³⁰⁾.

Un des médecins met en avant la **différence de vécu** pour expliquer sa réticence à occuper un rôle dans l'éducation des enfants. En effet, ayant bénéficié de **meilleures conditions socio-économiques** que ses patients, il ne se sent pas légitime pour aborder le sujet. Cela justifie-t-il de ne pas intervenir tant que l'enfant n'a pas de pathologie psychiatrique, même si les **parents** sont visiblement **dépassés** ? **Est-ce que le médecin traitant remplit son rôle en laissant les parents seuls face à leurs difficultés** ? La réponse est à **nuancer**, du fait de **l'absence de formation des médecins** à l'éducation, aussi bien concernant **les sciences de l'éducation** que **l'impact des actions qui peuvent être réalisées** (par exemple l'apport d'un intervenant extérieur pour encourager les parents dans leur rôle éducatif). Il serait intéressant d'étudier **l'influence de l'éducation personnelle** reçue par les **médecins** dans **leur enfance** : quel impact cela a-t-il sur leur pratique ?

Pour un autre médecin justifiant son souhait de ne pas intervenir par le fait qu'il n'a **pas constaté de défauts** d'éducation, il est à noter qu'il **n'exerce pas dans un milieu défavorisé**. On peut se demander s'il aurait eu le même avis en étant installé dans des **quartiers sensibles**, bien que ces derniers ne soient les seuls concernés : les carences éducatives existent aussi dans les milieux aisés⁽³³⁾. Ceci soulève une question : le **rôle éducatif** du médecin doit-il être **systematique** ? Ou **uniquement** pour les **familles en difficulté** ? **Quelle forme** pourrait prendre l'intervention des médecins auprès des familles ? On peut imaginer plus aisément que le médecin occupe un rôle quand il perçoit un **dysfonctionnement éducatif**, mais faut-il envisager un **dépistage systematique** sur cette question ? Par exemple quelques **questions types** sur l'usage des écrans, la pratique sportive, la scolarité (résultats, comportement), le sommeil ou encore l'alimentation : ont-ils fixé un cadre, rencontrent-ils des **difficultés pour être obéis** ?

Même sans intervention formalisée, le médecin peut, par son **écoute** et ses **conseils**, participer à l'**amélioration des méthodes éducatives** et du **sentiment de compétence** des **parents**. Ce dernier est une **composante essentielle** pour favoriser le changement chez ceux provenant de milieux **défavorisés** notamment⁽³⁴⁾. Si ces notions étaient enseignées au cours des **études de médecine**, cela **modifierait** peut-être la **position** des médecins qui préfèrent rester en retrait des sujets d'éducation.

g) Le domaine privé

Une autre réflexion peut être apportée à la question du **domaine privé** : le **rôle du médecin, par essence, n'y pénètre-t-il pas** d'une certaine manière ? Inscrit depuis la nuit des temps dans le serment d'Hippocrate, l'entrée dans l'intimité des patients est **profondément liée à l'exercice médical** :

« Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. » (Serment d'Hippocrate).

Ainsi est-il **surprenant** que dans notre étude cet **argument** soit avancé par les médecins qui souhaitent rester en retrait de l'éducation. Cependant, le fait que les enfants soient des **mineurs** est peut-être un élément expliquant cette perception différente.

En effet, **l'enfant**, accompagné par ses parents, est un **patient particulier**. **Sous la responsabilité** de ceux-ci, à qui il convient bien entendu de **s'adresser**, il ne faut pas oublier pour autant que ce **jeune patient peut comprendre certaines choses**. Le médecin doit donc naviguer subtilement entre l'importance de **mettre le patient au centre** en s'adressant à lui **lorsqu'il peut comprendre, aussi jeune soit-il**, et **l'importance de ne pas empiéter sur le rôle éducatif** des parents.

Une autre question peut alors se poser : **faut-il intervenir en l'absence de demande** des parents ? Pour les patients adultes, il existe des sujets que le médecin aborde sans demande de la part du patient, prenons l'exemple du tabagisme. Le patient est **libre de choisir** ce qu'il fait mais le médecin doit chercher à aborder le sujet pour **tenter de le guider vers ce qui est bon pour sa santé**, rester disponible pour l'accompagner dans ce sens. Comme pour le tabac, l'alimentation ou l'activité physique, **il y a dans l'éducation des choix de vie personnels** pouvant avoir un

impact sur la santé des patients et le médecin a un rôle à jouer. On peut se demander si le fait que les **enfants** soient **mineurs change la responsabilité**, la **liberté de se dire que cela relève du domaine privé** des parents, permettant de justifier une absence d'intervention.

h) Éducation et transmission de valeurs

Il y a dans l'éducation un **lien intrinsèque** avec la **morale**. L'enseignement de cette dernière est **source de questionnement** depuis des millénaires :

« Es-tu à même, Socrate, de me dire, au sujet de la vertu, si c'est quelque chose qui s'enseigne ; ou bien si, au lieu d'être matière d'exercice ou d'enseignement, elle est chez les hommes un don naturel ; ou bien s'il y a quelque autre façon encore dont on l'acquiert ?

*Socrate, bien entendu, ne répond pas directement à cette question. Mais, suivant une démarche devenue célèbre, il en démonte toutes les difficultés. Car, comment enseigner une **matière aussi mal définie que la vertu** ? »⁽³⁵⁾.*

Plus récemment, l'enseignement de la morale à l'école a été **aboli** en 1968, **réintroduit** différemment sous forme d'éducation civique en 1985, puis transformé en enseignement moral et civique en 2015, faisant **cycliquement l'objet de débats**.

Pour les parents, l'éducation représente une transmission de valeurs et **d'apprentissages** en vue de l'autonomie de l'enfant. Ils ont leurs **propres idées**, **qu'on ne peut juger moins valables** que d'autres⁽³⁶⁾. La **question des valeurs** se pose donc : l'éducation est effectivement un **élément très privé**, mais qui peut avoir un **impact sur la sociabilité** et sur la **santé**. Si le médecin choisit de ne pas intervenir en matière d'éducation, **comment faire pour que les enfants ayant été confrontés à des carences éducatives soient intégrés dans la société plus tard** ? Le **positionnement** est **complexe** à trouver. Le médecin peut donc se trouver **écartelé** face à cette **ambivalence** alliant la **légitimité d'intervenir** auprès des familles sur la question de l'éducation et, **à l'opposé**, la **légitimité des valeurs des parents** qui pourrait justifier de ne pas s'immiscer dans l'éducation. Comment le médecin peut-il se positionner par rapport aux **valeurs morales** qui sont **propres à chacun**, au fait qu'il n'y a **pas une manière universelle de penser** tout en ayant une **responsabilité** sur ce qui touche à la **santé actuelle et future** ?

i) Liberté et vie en société

L'enfant qui vient **au cabinet médical** avec ses parents se retrouve dans un **milieu régi par des règles**, qui ne sont pas celles de sa famille mais **celles d'un lieu de vie en société**. La **question de la liberté** s'invite ici, liberté qui s'arrête là où commence celle de l'autre et ne correspond pas au « je fais ce que je veux » qui est la forme imaginée par l'enfant. Il faut donc que l'enfant **respecte le médecin et les règles du cabinet**. Parmi ces dernières, il est normal que le **respect des parents** soit attendu, c'est en effet un **devoir des enfants** qui est **inscrit dans la loi**⁽³⁷⁾. Ceci peut être en **décalage avec les choix éducatifs** des parents, que ce soit par **différence culturelle** du fait de l'existence de **normes religieuses** ou **communautaires** parfois méconnues du médecin et compliquant les échanges, ou par **carence éducative**. Cependant, **l'attitude permissive** des parents peut avoir un **impact sur la consultation**. **L'exigence de coopération** qui est nécessaire représente parfois une **contrainte pour des parents** ne posant habituellement **pas ou peu de limites** à leur enfant.

2) Les facilités et les obstacles du médecin pour remplir un rôle éducatif

a) Le médecin a une place clé dans l'éducation

Être **médecin de famille** est un **atout majeur**, même par rapport aux éducateurs, car il y a un **lien préexistant** avec les parents. Les autres intervenants de l'éducation n'ont pas autant de facilités à tisser une **relation de confiance** : les enseignants ne sont que peu en contact avec les parents et les éducateurs n'ont pas connaissance d'une part privée les concernant. Pour les médecins, les **consultations** sont **l'occasion d'échanger** sur des **sujets personnels** et de **recevoir des confidences** des parents : « *on est le dépositaire de plein de choses en fait* » (M4).

Le médecin n'est **pas là pour donner des leçons ou pour juger** ; mais par son **observation** et son **accompagnement** il occupe déjà un **rôle d'aidant** pour les parents dans leur tâche éducative. Ainsi le médecin n'a pas pour vocation d'être un père fouettard, mais en étant un **interlocuteur supplémentaire**, il peut occuper une place de **médiateur**, de facilitateur **dans la relation parent-enfant**.

Parmi les **compétences** attendues des soignants en **éducation thérapeutique** du patient on trouve celle **d'aider les patients à organiser leur mode de vie**⁽³⁸⁾. Cela

ne représente **pas une intrusion**, et ce qui est recommandé dans l'**éducation à la santé** pourrait l'être aussi dans le domaine de l'**éducation des enfants**, cette dernière ayant un **impact** sur la **santé actuelle et future** des enfants.

Un des médecins réticents à une intervention en matière d'éducation avance comme raison qu'il lui semble plutôt déplacé de faire des remarques alors qu'**on ne côtoie les enfants qu'un court moment**. Cependant, en éducation il ressort que « *les influences sont multiples et sans doute pas proportionnelles à la fréquence ou la durée du contact* »⁽²⁵⁾. Une rencontre ponctuelle peut marquer quelqu'un à vie ; l'enfant peut ainsi garder en mémoire une remarque du médecin, qui a souvent **figure d'autorité**.

Peut-être faudrait-il sensibiliser davantage et former les médecins au moins à l'**éducation à la parentalité**, habituellement laissée aux mains des **travailleurs sociaux** dans les cas plus complexes, ou aux conseils des **revues et sites grand public** qui traitent abondamment le sujet.

b) Un domaine où la crainte du faux pas empêche d'avancer

La difficulté d'aborder l'éducation **en restant à une juste place** est aussi exprimée par les médecins qui se positionnent en faveur d'un rôle du médecin traitant dans ce domaine : « *rester à sa place et ne pas plaquer les idées qu'il a lui de l'éducation sur l'enfant parce que ce n'est pas le sien* » (M2).

Le médecin traitant peut **craindre de se substituer** aux parents, et d'**être mal vu** si ces derniers trouvent qu'il outre passe son rôle : que vont-ils penser ? Contrairement aux professionnels de l'éducation qui sont centrés sur l'enfant et prennent en compte les parents dans ce but, il faut souligner que le médecin traitant est bien souvent **à la fois médecin des parents et médecin de l'enfant**. Ainsi le médecin peut être **tirillé** entre une intervention dans l'éducation de l'enfant, et l'importance de soigner la relation de confiance qu'il a tissée avec les parents, qui sont aussi ses patients. D'autre part, il peut paraître préférable de **ne pas risquer de froisser** les parents sur des questions **où la légitimité du médecin n'est pas explicite**, pour se concentrer sur la santé directement. Poser certaines questions pour chercher s'il y a un problème d'éducation peut être **inconfortable**, celles-ci pouvant être perçues comme une **remise en cause des capacités parentales**. Les parents

ne **risquent-ils** pas d'être **réticents** à venir en consultation s'ils ont été **contrariés** sur une question d'éducation ?

On peut imaginer que cela puisse représenter un **dilemme**, conscient ou non.

L'éducation est parfois source de **difficultés** et d'**inquiétudes profondes** pour les parents : « *il y a des parents qui se mettent à pleurer ou des choses comme ça, parce que c'est trop...* » (M4). L'**appréhension** d'aborder ce sujet peut aussi être en rapport avec la **crainte** de susciter des **débordements d'émotions** embarrassantes chez les parents. Cela pourrait **déstabiliser** le médecin, qui peut alors éviter un sujet qu'il perçoit comme étant sensible.

c) L'importance de la formation et le sentiment de compétence

- Absence de formation dans un domaine pourtant complexe et délicat

Le point ayant fait l'unanimité dans les entretiens concerne l'**absence de formation initiale** dans les études de médecine sur la question de l'éducation. L'**auto-formation** devient alors très **importante** pour **compenser** ce manque, mais **dépendante de l'intérêt de chacun** pour ce sujet car, comme pour toute formation médicale continue, cela nécessite du **temps** et un **investissement personnel**.

Le rôle éducatif est pressenti par les médecins, redouté par certains qui l'écartent. En effet, l'éducation est **loin d'être une science exacte**, même pour les professionnels de ce domaine qui peuvent se retrouver face à des situations qu'ils ne savent pas gérer. Dans ce cas, reconnaître « *leur **position de non-savoir** et leurs **questionnements** les mettrait en **position de faiblesse**, ce que certains **ne peuvent supporter** »⁽³⁹⁾ en tant que professionnels.*

À notre époque, l'approche paternaliste du médecin n'est plus d'actualité, et les patients **remettent** facilement **en cause** ses propos à partir d'**informations lues sur Internet, érigées au rang de savoir**. Dans ce contexte, il est compréhensible que les médecins ne veuillent **pas s'aventurer** sur des questions périlleuses du fait de l'**absence de formation** à ce sujet. Par ailleurs, être face à des situations **humainement difficiles** peut renvoyer le médecin à son **vécu** et susciter des **émotions insupportables**. Le **savoir** et le **cadre** professionnel **protègent** les

éducateurs dans leur exercice face à cela⁽³⁹⁾. De même, pour les médecins qui n'ont pas de formation c'est une **protection en moins** pouvant expliquer leur réticence à intervenir dans un domaine si complexe qu'est l'éducation. Une **formation structurée** serait d'autant plus importante pour **acquérir un minimum de bases** même s'il n'est pas possible d'avoir une formation exhaustive sur un tel sujet.

Il est intéressant de **comparer ce vide des études médicales** à la **formation des juges pour enfants** par exemple. Ceux-ci bénéficient d'**enseignements** sur les stades du **développement psychologique de l'enfant** – élément fondamental à prendre en compte pour émettre un jugement – que les médecins généralistes n'ont pas dans leur cursus. Ces derniers en ont **pourtant besoin** pour déceler les **dysfonctionnements familiaux** qui pourraient nécessiter un **signalement** notamment, ou plus simplement pour **soutenir les parents dans leur rôle éducatif**.

▪ Prises en charge « *au feeling* », doute sur la légitimité

Recommandations de la Haute Autorité de Santé, **avis** des sociétés françaises, des collèges de spécialistes, **guides** de bonnes pratiques... L'exercice actuel de la médecine est souvent **très encadré**. L'étudiant en médecine baigne dans ces références tout au long de ses années d'études, et est par la suite encouragé à en suivre les évolutions une fois devenu médecin. Ces **cadres** ont une **dimension sécurisante**, renforçant la **légitimité** des décisions médicales en accord avec ces recommandations.

La question d'un rôle du médecin dans **l'éducation contraste avec tous ces cadres**. En l'absence de formation et de recommandations, les **références au ressenti**, au « ***feeling*** » (M12, M13), à « *l'expérimental* » (M12) sont avancées pour **guider la conduite à tenir**, « *au cas par cas* » (M7, M12). Le **doute** et un **sentiment d'illégitimité** en découlent, concernant à la fois le **bien-fondé d'intervenir** et la **compétence** pour aborder le domaine de l'éducation **puisque ne reposant pas sur une formation**. Sans connaissances solides, le médecin peut **se sentir démuni** pour y faire face.

Il est donc important que les médecins puissent **avoir une formation** dans ce domaine, la **connaissance** étant ce qui **rend légitime le propos du médecin** quel que soit le domaine abordé. En effet, il n'est par exemple **pas demandé au médecin**

d'avoir vécu toutes les maladies pour parler de leurs traitements et prises en charge. De même, une **formation à l'éducation** lui permettrait de **remplir un rôle** éducatif dans le suivi médical des enfants, sans que cela nécessite qu'il soit lui-même parent. Un parallèle intéressant peut être fait avec la littérature mettant en évidence l'importance de la **formation des éducateurs** : il ressort de cela qu'un **niveau élevé de formation initiale** est **plus important que l'expérience professionnelle**⁽⁴⁰⁾. Ainsi, **l'expérience** peut apporter une **aisance** dans la pratique médicale mais ne peut **pas remplacer la formation**.

d) Le temps, une contrainte majeure

- Les consultations complexes de médecine générale et différentes considérations économiques

Le temps est une **contrainte majeure pour aborder l'éducation** lors des consultations de médecine générale. Ces dernières sont **souvent chargées de motifs multiples** sans être pour autant proportionnellement extensibles. Le rôle de médecin généraliste est effectivement **dense** : en étant **omnipraticien** le champ des actions est très vaste et il est **difficile de tout aborder**.

Des questions n'ont pas été soulevées dans notre étude, notamment l'**aspect économique** : le **coût de la consultation de médecine générale** à vingt-cinq euros, qui est le plus **faible** d'Europe⁽⁴¹⁾, est-il un **facteur limitant la durée** des consultations ? On peut l'imaginer et se demander si la **revalorisation de la consultation** du médecin généraliste permettrait de prendre **davantage de temps** et d'avoir ainsi « *l'ouverture* », « *l'espace de parole* », « *l'espace-temps* » « *pour aborder d'autres problèmes* » (M4) au cours de la consultation. En effet, le médecin doit **en peu de temps** accueillir l'enfant et ses parents, les écouter, déshabiller, peser, mesurer, examiner, ausculter, poser un diagnostic, prescrire, expliquer, s'assurer de la compréhension, établir des certificats (absence, jours enfant malade, aptitude, etc...)... S'il y a des **questions types d'éducation** à ajouter, **quand** et **comment** les aborder ? Le médecin **n'a pas le temps** d'ajouter une **tâche si chronophage** et **demandant beaucoup d'énergie** du fait de sa **complexité**, qui plus est **non rémunératrice**. Mais les médecins percevant ce rôle comme un devoir sont **tirillés** entre leur **conscience professionnelle** qui les pousse à aborder la question, au

risque d'être débordés, et les **contraintes matérielles et psychologiques** que cela représente.

Une autre question en lien avec l'**aspect financier**, cette fois-ci **pour les patients**, peut être l'**accès à des consultations de psychologues** lorsque des difficultés d'éducation sont constatées. En effet, ces consultations **ne sont pas remboursées** par la sécurité sociale, et cela peut constituer un **frein à leur recours** par les patients. Ce point pourrait faire l'objet d'une recherche, afin d'étudier le lien entre les conditions socio-économiques des patients et les sollicitations de leur médecin traitant au sujet de l'éducation. Les parents se tournent-ils davantage vers leur médecin traitant lorsqu'ils n'ont pas les moyens financiers de recourir à un psychologue ?

- Les difficultés du travail en réseau

Le **médecin traitant** est **au premier plan** dans la prise en charge des patients et les **sollicitations** de ceux-ci sont **multiples et variées** : ils attendent du médecin généraliste qu'il sache tout faire alors qu'il n'est pas formé pour tout. **Son rôle peut vite être dépassé**, nécessitant le **recours à d'autres professionnels**. Mais le **travail en réseau** avec d'autres professionnels pour la prise en charge des patients est une tâche **chronophage** qui se heurte à certains **obstacles** tels qu'une communication difficile avec l'**absence de retours** de la part des autres professionnels ou une **surcharge des systèmes de soin**. Dans ce contexte de saturation, le médecin traitant a une dimension de **premier recours facilement accessible** avec des délais plus courts que pour les rendez-vous avec les spécialistes, comme les pédiatres ou plus encore les pédopsychiatres par exemple. De plus, le médecin traitant développe peut-être moins le travail en réseau autour des questions d'éducation du fait que ce n'est pas un sujet qui lui incombe explicitement.

S'ajoute à cela une **question de représentation des différentes professions** : aller consulter le médecin généraliste n'est pas **connoté** comme peut l'être la **consultation d'un psychologue**. Aller voir un **autre professionnel, inconnu**, demande peut-être **plus d'efforts** à certains patients, contrairement au fait de consulter leur médecin traitant. De plus, ce dernier par son rôle central sera **amené naturellement à revoir les familles**, ce qui **favorise** à la fois l'**observation** (voir

comment grandissent les enfants par exemple) et **les échanges** au détour d'une consultation.

Il serait intéressant d'effectuer un **travail de recherche similaire** auprès des **pédiatres**, qui peuvent aussi être médecins traitants, et de **comparer leurs difficultés** à celles des médecins généralistes. Est-ce qu'un internat de cinq ans de pédiatrie les aide à intégrer la question de l'éducation des enfants au-delà de l'aspect médical ?

CONCLUSION

L'éducation est une préoccupation omniprésente dans la relation avec les enfants, y compris pour le médecin traitant qui les suit sur le plan médical en veillant à leur bonne santé. Être ou ne pas être co-éducateur, telle est la question.

Cette étude qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès de treize médecins généralistes exerçant en libéral, a permis de mettre en évidence que le suivi médical ouvre effectivement la porte à un soutien éducatif. Les parents demeurent les premiers éducateurs et le soutien éducatif passe par leur accompagnement.

C'est un sujet implicite de l'exercice du médecin, qui correspond à un vide dans la formation médicale. Il plane de ce fait une incertitude sur la légitimité d'une intervention du médecin dans ce domaine touchant aux valeurs personnelles et aux choix de vie. Cependant, le rôle du médecin, par essence, pénètre la sphère privée d'une certaine manière, sans représenter pour autant une intrusion. De même, en matière d'éducation le but n'est pas d'émettre un jugement de valeur mais bien de garder un œil critique sur ce qui peut avoir un impact sur la santé des patients, les enfants étant dépendants des décisions de leurs parents.

Le médecin généraliste a une position de premier recours facilement accessible lui donnant accès à un rôle pouvant être déterminant pour l'avenir des enfants. Son concours est attendu par les professionnels de l'éducation, du fait de la place unique qu'il occupe et la relation de confiance qu'il a avec ses patients. Son intervention peut paraître insignifiante pour certains médecins mais ne doit pas être sous-estimée car une seule rencontre peut marquer davantage qu'un suivi prolongé.

Avant d'en arriver aux négligences lourdes de la maltraitance ou aux troubles du comportement, il y a les petites négligences, les carences d'autorité qui auront probablement un impact sur l'avenir des enfants, et plus simplement encore les questions et difficultés éducatives que les parents rencontrent et expriment à leur médecin. Ce dernier peut, par son écoute et ses conseils, participer à l'amélioration des méthodes éducatives et du sentiment de compétence chez les parents, les aider à prendre conscience de leur responsabilité et de la nécessité de poser un cadre.

Les médecins n'en ont pas forcément conscience, mais aucune attitude ne peut être neutre en matière d'éducation. Le déroulement des consultations induit une prise de position du médecin concernant l'éducation aussi bien en choisissant l'intervention qu'en choisissant la neutralité. Ce choix transmet forcément un message à l'enfant ; si le médecin souhaite par exemple ignorer l'attitude d'un enfant, un débordement, ce dernier pourrait retenir qu'il n'y a pas là une limite qui s'impose.

Avoir une formation dans ce domaine pour acquérir des connaissances rendant légitime le propos du médecin est primordiale. De plus, le savoir et le cadre professionnel protègent les médecins face aux situations humainement difficiles qui peuvent être rencontrées en abordant l'éducation, les renvoyant à leur propre vulnérabilité. Il semblerait donc intéressant d'envisager la création d'une formation universitaire consacrée au thème de l'éducation des enfants, au minimum pour sensibiliser à cette réflexion. Cette formation pourrait inclure un enseignement théorique sur les grands principes éducatifs (comment faire respecter un cadre à un enfant, comment aider les parents...) et des mises en situation pratique, afin d'acquérir des connaissances et d'aborder l'aspect émotionnel auquel il faut faire face. Cela pourrait aider les médecins à s'appuyer sur des compétences objectives rendant légitime leur intervention, tout en leur donnant quelques clés et outils pour faciliter la communication sur ce sujet. Les groupes de pairs autour de l'éducation et des formations médicales continues sont d'autres pistes qui pourraient soutenir le médecin dans un rôle éducatif.

Toutefois, il est clair que cela restera toujours un rôle délicat, même avec une formation. Cela ne pourra jamais se limiter à un cadre rigide ; une adaptation sera toujours nécessaire pour prendre en compte la réalité de chaque famille, de chaque enfant. Pour bien remplir ce rôle, il faudrait donc en avoir conscience, être formé, mais aussi l'accepter. Pour ce dernier point, la contrainte matérielle d'une tâche supplémentaire non rémunératrice pour les médecins déjà débordés est aussi un obstacle.

En parallèle de cette étude qualitative, il pourrait être intéressant de réaliser un travail de recherche complémentaire à celui-ci pour explorer le point de vue des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Desmet H, Pourtois J-P, Terrisse B, Barras C. Les programmes d'éducation parentale : un soutien à la parentalité ? [Internet]. Traité des sciences et des pratiques de l'éducation. Dunod; 2014 [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/Traite-des-sciences-et-des-pratiques--9782100717019-page-171.htm>
2. La cause de l'éducation. Rev Proj. 1 mai 2003;276:98.
3. Davidson C, Hamon H. Autorité parentale dans la famille et autorité dans le cadre de l'assistance éducative : une histoire de respect. Dialogue. 2004;no 165(3):23-32.
4. De plus en plus de familles recomposées [Internet]. 2017 mai. Disponible sur: <http://www.observationsociete.fr/structures-familiales/familles/de-plus-en-plus-de-familles-recomposees.html>
5. Parentalité. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Parentalit%C3%A9&oldid=176565924>
6. Gauvain-Piquard A. La douleur chez l'enfant [Internet]. Vol. 2e éd., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Presses Universitaires de France; 2004 [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l--9782130545576-page-495.htm>
7. Dolto F. L'Image inconsciente du corps. Média Diffusion; 2014. 328 p.
8. DOLTO F. La Cause des enfants. Groupe Robert Laffont; 2011. 393 p.
9. Ohayon A. Françoise Dolto. Le sacre de l'enfant. Gd Doss Sci Hum. 6 juin 2019;N° 54(3):23-23.
10. Françoise Dolto. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fran%C3%A7oise_Dolto&oldid=182344591
11. Éducation. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89ducation&oldid=177958133>
12. Prairat E. Le métier d'éducateur. Trames. 2007;105-17.
13. Marcelli D. Il est permis d'obéir : L'obéissance n'est pas la soumission. Albin Michel; 2009. 96 p.
14. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. New York; 1946 juill. Disponible sur: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
15. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Genève: OMS; 2013.
16. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement. ... Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris: Masson; 1993. 305 p.

17. UE 3 : Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2608438/fr/ue-3-maturation-vulnerabilite-sante-mentale-conduites-addictives
18. Charte d'Ottawa - Promotion de la santé [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; 1986. Disponible sur: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
19. Éducation pour la santé à l'école – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/10-06-education-pour-la-sante-a-lecole/>
20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
21. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2007.
22. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012 [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>
23. Les droits et les devoirs des parents [Internet]. Dossier Familial. 2018 [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.dossierfamilial.com/famille/enfant/autorite-droits-et-devoirs-des-parents-341625>
24. Feyfant A. Co-éducation: quelle place pour les parents? 2015;25.
25. Brougère G. La coéducation en conclusion [Internet]. Parents-professionnels : la coéducation en questions. Érès; 2010 [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/parents-professionnels-la-coeducation-en-questions--9782749212883-page-127.htm>
26. Robert P. Les parents peuvent-ils être les éducateurs de leurs enfants ? Dialogue. 1 oct 2007;n° 176(2):77-83.
27. Prévôt O, Pithon G. Les attentes de parents français à l'égard du soutien à la parentalité. Rev Int Educ Fam. 2008;n° 23(1):63-80.
28. Chenel M, Walter J. Diminution de l'utilisation des écrans chez les enfants surexposés : étude qualitative réalisée auprès de parents ayant réduit l'utilisation des écrans en appliquant la règle des 4 pas. 28 avr 2020;132.
29. Pleux D. De l'enfant roi à l'enfant tyran. Odile Jacob; 2020. 190 p.
30. Pourtois J-P, Desmet H. Quelques déterminants familiaux de la trajectoire scolaire et sociale. Rev Fr Pédagogie. 1991;96(1):5-15.

31. Er-Rafiqi M, Roukoz C, Gall DL, Roy A. Les fonctions exécutives chez l'enfant : développement, influences culturelles et perspectives cliniques. Rev Neuropsychol. 9 mars 2017;Volume 9(1):27-34.
32. Cruz O, Aguiar C. La consistance de l'intervention éducative parentale : la qualité de l'environnement familial et les comportements interactifs de la mère. Eur Rev Appl Psychol. 1 sept 2008;58(3):177-84.
33. Detry L. Les enjeux du placement familial : une approche fine et globale. Vie Lenfant. 2014;447-55.
34. Steen M, Pithon G, Terrisse B, Goussé V. Renforcer les compétences de parents issus de milieux défavorisés : impacts d'un programme d'entraînement à la résolution de problèmes éducatifs. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 août 2012;170(6):382-7.
35. Maury L. L'Enseignement de la morale. FeniXX; 1998. 147 p.
36. AULAGNIER M, OLM C, SIMON M-O. Education : le partenariat entre les parents et les professionnels reste à définir. Educ Parten Entre Parents Prof Reste À Définir. oct 1998;(130).
37. Article 371-1 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038749626
38. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Sante Publique (Bucur). 2007;Vol. 19(5):413-25.
39. Scelles R, Bécar F, Michard P. Demandes éducatives dans le travail thérapeutique. Dialogue. 1 oct 2007;n° 176(2):3-9.
40. Roskam I, Henry M, Collin B, Manil P. Éducation parentale et non parentale : étude comparative auprès de dyades parent-enfant en milieu familial et éducateur-enfant en milieu résidentiel. Enfance. 17 sept 2008;Vol. 60(2):158-76.
41. C'est comment ailleurs ? Les tarifs des consultations de généralistes en Europe [Internet]. Franceinfo. 2017 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-les-tarifs-des-consultations-de-generalistes-en-europe_2150410.html

ANNEXES

ANNEXE 1 : TALON SOCIOLOGIQUE

N° entretien	Sexe	Âge	Durée entretien	Année d'installation	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Formation complémentaire concernant la prise en charge des enfants ou adolescents, ou en psychologie ?	A des enfants O/N	Age des enfants
1	Femme	62	18'41	1985	Urbain	Association	Sur les enfants de 0 à 2 ans : 1 sur internet 4-5h et 1 de 10h, inachevée	Oui	33 ans et 35 ans
2	Femme	28	7'55	Remplaçante depuis 2019	Semi rural	Association	Non	Non	-
3	Homme	56	11'05	2000	Rural	Seul	Non	Oui	33 ans et 24 ans
4	Femme	57	19'09	1992	Semi rural	Seul	FMC PEC des adolescents, urgences pédiatriques ; je me suis beaucoup formée toute seule sur l'allaitement maternel parce que à la suite d'une expérience difficile personnelle, j'ai suivi des formations, du coup j'ai fait beaucoup de conseils aux mères sur les femmes allaitantes. En psychologie, j'ai fait pas mal de FMC sur la PEC des adolescents.	Oui	32 ans, 29 ans et 23 ans
5	Homme	32	8'56	2018	Semi rural	Association	Non	Oui	13 mois
6	Homme	67	6'03	1980	Rural	Association	Formation en pédopsychiatrie (interne en pédopsychiatrie en HDJ et en dispensaire).	Oui	30 ans
7	Homme	66	11'51	1986	Semi rural	Association	Non	Oui	30 ans
8	Femme	52	4'56	2006	Semi rural	Association	Non	Oui	22 ans et 20 ans
9	Femme	59	12'14	1989	Semi rural	Association	Séminaires (sur le suicide de l'adolescent, le dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent, le dépistage des troubles dys chez l'enfant, etc...)	Oui	32 ans

N° entretien	Sexe	Âge	Durée entretien	Année d'installation	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Formation complémentaire concernant la prise en charge des enfants ou adolescents, ou en psychologie ?	A des enfants O/N	Age des enfants
10	Femme	39	8'09	2018	Urbain	Association	Non	Oui	6 ans et 3 ans
11	Homme	65	14'29	1977	Semi rural	Association	Non	Oui	38 ans et 30 ans
12	Femme	43	10'32	2017	Urbain	Association	Non	Non	-
13	Femme	32	16'46	2020	Urbain	Association	Non	Oui	1 an et demi

FMC = Formation Médicale Continue

PEC = Prise en charge

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

Homme/femme ?

Age ?

Avez-vous des enfants ? De quel âge ?

Depuis quand êtes-vous installé ?

Exercice urbain/exercice rural ?

Exercice seul ou en association dans un cabinet ?

Avez-vous suivi une formation complémentaire concernant la prise en charge des enfants ou adolescents, ou en psychologie ?

Questions ciblées :

1° Est-ce que vous pensez que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans l'éducation des enfants ? Si oui, lequel ?

2° Avez-vous des patients qui parlent spontanément des questions concernant l'éducation de leurs enfants ? Si oui, comment l'abordent-ils en consultation ?

3° Vous arrive-t-il d'aborder des problèmes d'éducation avec les patients ? Dans quelles circonstances et de quelle manière abordez-vous le sujet avec vos patients ? Est-ce en présence des enfants ou non, pourquoi ?

4° Avez-vous déjà constaté des défauts d'éducation ? Comment avez-vous réagi ?

5° Avez-vous des interactions avec d'autres professionnels de santé (psychiatres, psychologues, médecins de PMI, pédiatres, assistantes sociales...) ? Pourquoi ?

6° Vous sentez-vous assez formé sur l'éducation (formation initiale des études de médecine, Formation Médicale Continue) ?

7° Avez-vous des conseils à me donner pour aborder le sujet de l'éducation avec mes futurs patients ?

8° Si a des enfants : votre expérience d'éducation parentale a-t-elle influencé votre manière d'aborder les questions d'éducation dans votre exercice médical ? Si oui, en quoi ? Avez-vous un exemple ? Comment est perçu par vos patients le fait que ce soit votre expérience personnelle qui guide vos conseils ?

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.