



**HAL**  
open science

# Comment s'organise le suivi médical pédiatrique des enfants des médecins généralistes ? Étude descriptive auprès des médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques

Marine Hebert

## ► To cite this version:

Marine Hebert. Comment s'organise le suivi médical pédiatrique des enfants des médecins généralistes ? Étude descriptive auprès des médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03500731

**HAL Id: dumas-03500731**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03500731>**

Submitted on 22 Dec 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.

**Université de Bordeaux  
Faculté de médecine**

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour l'obtention du  
**DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement par  
**Marine HEBERT**  
Née le 05/01/1993 en Polynésie Française

Le 4 novembre 2021

**Comment s'organise le suivi médical pédiatrique des enfants  
des médecins généralistes ?**

Etude descriptive auprès des médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques.

Directrice de thèse :  
Docteur Inès COULOUGNON

Jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY.....Président du jury  
Monsieur le Docteur Christophe JOUHET ..... Rapporteur  
Madame la Docteur Julie LAMARCHE  
Monsieur le Docteur Marc ROMERO

## REMERCIEMENTS

**Au Professeur Gay**, merci de me faire l'honneur de présider mon jury ainsi que pour l'intérêt porté à mon travail.

**Au Docteur Inès Coulougnon**,

Merci à la providence de ce beau jour d'été qui nous a mené à discuter de ce sujet, mais surtout, merci à toi pour la confiance que tu m'as accordé pour mener avec toi ce projet à bien.

Je connaissais déjà ta bonne humeur et ton enthousiasme, j'ai pu découvrir ta rigueur et ton sérieux à travers tes conseils avisés.

Merci beaucoup Inès, de m'avoir guidé dans ce travail, je ne pouvais espérer une meilleure directrice de thèse. J'espère te revoir maintenant autre part que derrière un bureau de pédiatrie !

**Au Docteur Jouhet**, pour avoir accepté d'être mon rapporteur de thèse.

Merci pour votre relecture profonde de mon travail et pour vos remarques, qui m'ont été très précieuses.

**Au Docteur Lamarche et au Docteur Romero**, je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de juger mon travail.

**Au Dr Dréau**, pour votre aide lors des analyses statistiques. Un grand merci pour le temps que vous m'avez accordé.

**Aux bibliothécaires de la BU de l'hôpital de Pau**, pour votre aide en recherche bibliographique et en formation Zotero. Merci pour votre patience et votre pédagogie.

Merci à tous les médecins généralistes ayant pris le temps de répondre au questionnaire, sans qui cette thèse n'aurait pas pu voir le jour.

**A mes parents**, à votre confiance, votre bienveillance, et au goût du travail que vous avez su nous transmettre.

Votre « Vise le plus haut dans ce que tu aimes faire » m'a menée où j'en suis aujourd'hui.

Merci pour tout.

**A mon frère et mes sœurs**, et à cette complicité que nous avons toujours eue.

Je suis toujours tellement fière de parler de vous et de ce que vous devenez.

Merci tout particulièrement à Marjorie et Grégoire pour votre soutien dans ce travail. Vous êtes de vrais modèles pour moi. A ce futur petit Sonnet qui, avant même de pointer le bout de son nez, est déjà chanceux d'avoir de tels parents.

**A Papy et Mamie, à Mamine**. Merci pour vos encouragements tout au long de ces années, pour tous ces souvenirs, et pour tous ces moments encore passés à vos côtés. Ils sont toujours des moments de bonheur. J'espère vous rendre fiers aujourd'hui.

**A Grand Pat**. Tu m'as vu débiter ces études il y a 10 ans, j'aurais aimé partager cet aboutissement avec toi.

**A Sandrine**, et à toute ta jolie famille. Je te rejoins dans le clan des Docteurs, après que tu nous as rejoints dans le clan des généralistes. Je te souhaite le meilleur dans cet exercice !

**A Agathe, Sophie, Dorine**, mes premières amies. De la primaire à maintenant, nous avons parcouru un bon bout de chemin, sans jamais que notre lien s'étiolle. Penser à l'enfance, c'est penser à vous.

J'admire les femmes déterminées, dynamiques et positives que vous êtes devenues.

Merci pour vos encouragements, et que ces moments de retrouvailles restent ce qu'ils ont toujours été : du pur bonheur.

**A Marc, Juliette, Paul, Virginie, Aymeric, Pauline, Galia, Albane, Clément, Adèle, Pierre-Marie**, mes amis de la bande du Foyer. Cette année sur les bancs de la fac de Tours restera un excellent souvenir grâce à vous, et a fait le lit de notre amitié. Que la distance ne nous empêche jamais de faire couler à flot la bière !

**A Manon, Florence, et Clémentine**, mes irlandaises. A la rencontre de ces « frenchies » sous la pluie dublinoise, qui débouchera sur 3 ans de soirées, de voyages, de pauses BU bien caféinées ou de virées nantaises. Que cette aventure ne s'arrête jamais.

**A Aurore**. Notre rencontre improbable en stage de « triage de biologies » a donné naissance à une bien belle amitié. **A Ryan, Marina, Estelle**, et tous mes copains d'externat, en espérant vous revoir plus ces prochaines années !

**A la team paloise : Clémentine, Amélie, Marion, le quatuor tutti pizza. Puis (à contre cœur) Marco, Solène, PJ, Kévino et Eve. Rapidement suivie de la bande au complet avec Gaëtan, M Lee, Guillaume et Popo.** Vous avez rendu ces années internat complétement folles.

En randonnées pyrénéenne ou en voyage à l'autre bout du monde. Sans dormir pour des gardes intenses ou pour des soirées tout aussi intenses. Les pieds en éventail dans une piscine ou dans des baskets pour une énième défi ...

Vous avez marqué ces années de nombreux souvenirs, et de nombreux sont encore à venir.

Les Bordelais, il n'est pas trop tard pour revenir à Pau.

**A Julie l'infatigable et Denis le montagnard**. Vous êtes formidables, il n'y a pas d'autre mot. Merci pour les amis fidèles que vous êtes devenus pour moi ces dernières années.

A toutes ces rencontres des années d'internat ... Merci !

# **TABLE DES MATIERES**

<b>RESUME .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>I- Histoire de l'éthique médicale .....</b>	<b>10</b>
<b>II- Les recommandations éthiques à travers le monde .....</b>	<b>11</b>
<b>III- Les recommandations éthiques françaises .....</b>	<b>13</b>
<b>IV- Naissance de ce projet de thèse .....</b>	<b>15</b>
<b>V- Travaux menés sur la prise en charge des proches .....</b>	<b>16</b>
<b>VI- Thèses réalisées sur le suivi de leurs propres enfants par les médecins .....</b>	<b>18</b>
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>21</b>
<b>I- Type de l'étude .....</b>	<b>21</b>
<b>II- Matériels et méthode .....</b>	<b>21</b>
<b>1) Population étudiée .....</b>	<b>21</b>
<b>a) Critères d'inclusion .....</b>	<b>21</b>
<b>b) Critères d'exclusion .....</b>	<b>21</b>
<b>2) Période et lieu de l'étude .....</b>	<b>22</b>
<b>III- Méthodes d'observation .....</b>	<b>22</b>
<b>IV- Le questionnaire .....</b>	<b>23</b>
<b>V- Objectifs principaux et secondaires .....</b>	<b>24</b>
<b>VI- Analyse statistique .....</b>	<b>25</b>
<b>VII- Aspect éthique .....</b>	<b>25</b>

VIII-	<b>Définition des termes</b> .....	26
<b>RESULTATS</b> .....		26
I-	<b>Nombre de répondants</b> .....	26
II-	<b>Analyse des données</b> .....	27
III-	<b>Analyse univariée</b> .....	28
1-	Présentation générale de la population .....	28
a)	La répartition entre les hommes et les femmes .....	28
b)	La répartition selon l'âge .....	28
c)	Le nombre d'années d'exercice .....	29
d)	Le lieu d'installation .....	29
e)	Le type d'exercice .....	30
f)	Le pourcentage de patientèle pédiatrique .....	30
2-	La situation familiale .....	30
a)	Le nombre d'enfants .....	31
b)	La tranche d'âge du / des enfants .....	31
c)	L'autre parent est-il médecin ? .....	32
d)	Existence d'une pathologie chronique .....	32
3-	La prise en charge médicale des enfants de médecins généralistes .....	33
a)	Suivi médical chronique .....	33
b)	Examens lors d'épisodes aigus .....	34
c)	Fréquence de prise en charge de certaines situations médicales .....	35
d)	Evolution dans l'attitude en fonction du rang des enfants .....	37
4-	Observation du groupe « Parents médecins » .....	38

a)	Motivations principales .....	38
b)	Lieu d'examen .....	39
c)	Autocritique de la qualité de la prise en charge .....	40
d)	Facteurs limitants la prise en charge .....	41
5-	Observation du groupe des « Parents non-médecins » : motivations principales .....	43
<b>IV-</b>	<b>Analyse multivariée .....</b>	<b>45</b>
1-	Comparaison du profil de médecins dans les deux groupes .....	45
2-	Cohérence entre parents se définissant comme médecin ou non de leurs enfants et prise en charge réelle .....	48
	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>53</b>
<b>I-</b>	<b>Forces et faiblesses de l'étude .....</b>	<b>53</b>
1-	Forces .....	53
a)	Intérêt suscité par le sujet sur les médecins .....	53
b)	Choix de la méthode .....	54
c)	Mode de recrutement .....	55
d)	Analyse statistique .....	55
2-	Limites .....	56
a)	Biais de recrutement .....	56
b)	Biais de mémorisation .....	57
c)	Biais de simplification .....	57
d)	Biais de désirabilité sociale .....	57



e) Peu de bibliographie .....	58
<b>II- Comparaison de notre échantillon à la population des médecins généralistes ...</b>	<b>58</b>
1- Age et répartition hommes / femmes .....	59
2- Mode d'exercice .....	60
3- Situation familiale .....	61
<b>III- Principaux éléments de l'enquête .....</b>	<b>63</b>
1- Être ou ne pas être le médecin traitant de son enfant .....	63
2- Comparaison du profil des deux groupes .....	64
3- La prise en charge médicale des enfants de médecins .....	65
4- Motivations avancées dans chaque groupe .....	67
A- Groupe des « parents-médecins » .....	67
a) Arguments avancés en faveur du suivi médical par leurs soins .....	67
b) Autocritique sur leur prise en charge .....	69
c) Facteurs limitants leur prise en charge .....	70
B- Groupe des « parents non-médecins » .....	72
C- Evolution des attitudes en fonction du rang de l'enfant .....	74
<b>CONCLUSIONS.....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>80</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>94</b>

## RESUME

**Introduction :** Bien que discutée au travers des époques et du monde, la problématique de la prise en charge médicale des enfants de médecins généralistes n'est pourtant jamais abordée dans nos études, et très peu réglementée. L'objectif de notre étude était de déterminer par qui est assuré le suivi médical des enfants de médecins généralistes, puis d'analyser le profil des médecins généralistes assurant le suivi médical de leurs enfants, les motivations associées au choix de les suivre ou non, ainsi que la qualité du suivi médical.

**Matériel et méthode :** Nous avons mené une étude quantitative à partir d'un questionnaire envoyé par mail. L'ensemble des cabinets médicaux des Pyrénées Atlantiques a été contacté à une reprise, sans relance, afin de récupérer leur adresse mail. Le centre de vaccination de Pau ainsi que la page Facebook des remplaçants du département ont également été utilisés à cette fin.

**Résultats :** Sur les 372 cabinets contactés, 143 questionnaires ont été enregistrés, et 138 ont pu être inclus. Il ressort de cette étude que 38.4% des médecins généralistes suivent médicalement leurs enfants, quand 44.2% préfèrent déléguer la tâche à un pédiatre. Le reste des prises en charge médicale est partagé entre un médecin généraliste connu du parent, et un médecin généraliste sans lien affectif. Le profil type du médecin assurant le suivi est un homme, plus âgé (résultat significatif), et plus souvent installé en ville. A l'inverse, les femmes plus jeunes, et plus volontiers installées en association auraient plus tendance à déléguer le suivi médical de leurs enfants. Le principal argument avancé par les médecins en faveur du suivi par leurs soins était la praticité, et c'est d'ailleurs chez eux qu'ils examinent leurs enfants pour plus de la moitié d'entre eux. Ce sont l'intimité et l'influence que peut avoir le suivi médical sur la relation avec leurs enfants qui limiteraient le plus le suivi pour ces parents. Pour les médecins déléguant la prise en charge, c'est d'abord par souhait du maintien de l'objectivité qu'ils ont fait ce choix. Cependant, certaines incohérences peuvent être soulignées : Tout d'abord, 96.4% des médecins ont déjà examiné leurs enfants en cas de pathologie aigüe. Mais c'est aussi quasiment  $\frac{1}{4}$  des parents déléguant le suivi qui rédigent finalement eux-mêmes les certificats médicaux sportifs ... et à l'inverse, 41.5% des parents suivant leurs enfants emmènent leurs enfants chez un confrère pour les visites médicales obligatoires.

**Discussion :** La double casquette de parent et médecin tend à se raréfier ces 20 dernières années, si l'on en croit les chiffres bien inférieurs lors de thèses menées en 2001 (70%) et 2010 (69%), pour se déplacer vers un suivi de plus en plus assuré par un pédiatre.

**Conclusion :** Malgré des réflexions déontologiques en défaveur du suivi médical par un parent, l'aspect pratique supplante bien souvent les résolutions prises initialement. Un travail de recherche concernant le point de vue et les attentes des enfants des médecins concernant leur prise en charge pourrait venir compléter nos résultats.

# INTRODUCTION

## I- Histoire de l'éthique médicale

Formé à partir des racines grecques « logos » : discours, et « deontos » : ce qu'il faut faire, le mot « déontologie » apparaît pour la première fois en 1825.

Cependant, la préoccupation d'une éthique médicale, remonte bien avant ces derniers siècles, aux premiers temps de la médecine moderne.

Les premières recommandations remontent au fameux serment d'Hippocrate, texte fondateur de la déontologie médicale, rédigé autour des années -400 avant JC (1).

Dans ce serment, prononcé par tout médecin au moment de sa thèse, le médecin grec s'engage à « *donner ses soins à l'indigent et à quiconque le lui demandera* », mais aussi à « *préserver l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de sa mission* ».

Les deux affirmations peuvent sembler contradictoires si l'on considère que l'objectivité et la familiarité ne sont pas compatibles.

2500 ans plus tard, Thomas Percival, médecin anglais réformateur de la santé, philosophe et inventeur du terme « éthique médicale », fut le premier à aborder directement la question des médecins qui traitent les membres de leur famille, avec un avis plus tranché (2).

Dans « *Medical Ethics* », publié en 1803, il développe sa thèse considérant que l'éthique médicale voudrait qu'on ne soigne pas ses proches : « *l'anxiété générée par la maladie de ses proches risquait d'obscurcir son jugement et de produire de la timidité et de l'irrésolution dans sa pratique* ».

## II- Les recommandations éthiques à travers le monde

Cette problématique de la prise en charge des proches, qui nous touche pourtant tous, est paradoxalement très peu réglementée actuellement. En effet, il n'existe aucune directive tranchée à ce sujet.

A l'étranger, on retrouve plusieurs directives émanant de différentes associations savantes et éthiques.

Ces recommandations vont pour l'immense majorité dans le sens d'une restriction de la prise en charge médicale des proches, tant que faire se peut :

Aux Etats Unis, l'American Medical Association (AMA) (3), principale association d'éthique médicale américaine, inspirée des écrits de Thomas Percival, ainsi que le Collège de Pédiatrie américaine (4) se positionnent tous deux clairement en défaveur de la prise en charge des proches, sauf en cas d'urgence ou d'indisponibilité d'un autre praticien.

Plusieurs justifications y sont explicitées :

- « *L'objectivité professionnelle peut être compromise,*
- *les sentiments personnels du médecin peuvent influencer son jugement médical professionnel, interférant ainsi avec les soins prodigués,*

- *les patients peuvent se sentir mal à l'aise à devoir divulguer des informations sensibles ou lors d'un examen clinique intime. Cet inconfort est particulièrement le cas lorsque le patient est un enfant mineur, et les soins intimes doivent être évités pour ces patients.*
- *Si des tensions se développent dans la relation professionnelle d'un médecin avec un membre de la famille, peut-être en raison d'un résultat médical négatif, ces difficultés peuvent se répercuter sur la relation personnelle du membre de la famille avec le médecin.*
- *Les membres de la famille peuvent hésiter à indiquer leur préférence pour un autre médecin. Les enfants mineurs en particulier ne se sentiront généralement pas libres de refuser la prise en charge par leurs parents. »*

L'association Médicale Canadienne (5) rajoute que ces prises en charge, limitées à l'urgence, ne devraient pas être facturées.

L'Australie (6) et l'Angleterre (7), à travers leur ordre professionnel respectifs, découragent également toutes deux de telles pratiques.

Etonnamment, l'Association Médicale Mondiale (8) se montre plus nuancée sur le sujet. Cette instance, fondée en 1947, a pour vocation de représenter tous les médecins au niveau international et d'établir un consensus sur les normes d'éthique médicale. Dans sa dernière version de 2015, elle déclare en parlant des médecins qui traitent les membres de leur famille *« cependant, l'application de cette recommandation (...) peut varier en fonction des circonstances. Par exemples, les médecins qui exercent seuls dans des contrées éloignées peuvent avoir à fournir des soins à des membres de leur famille, surtout en cas d'urgence. »*

### III- Les recommandations éthiques françaises

En France, le code de déontologie médicale, (9) établi pour la première fois en 1947, a pour but de rassembler les éléments d'un discours sur les devoirs. Il sert à la fois de guide aux médecins dans leur pratique quotidienne, mais aussi de référence aux instances juridictionnelles de l'Ordre des médecins.

4 articles touchent à la problématique de la prise en charge de proches :

**ARTICLE 6** : *« Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit »*

Le médecin est donc en droit de prendre en charge un membre de sa famille, dès lors que celui l'a choisi comme médecin.

**ARTICLE 7** : *« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec **la même conscience** toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou **les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard**. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée »*

On peut alors se demander si l'affect entrant en jeu dans la relation parent-médecin permet de soigner avec une « attitude correcte ».

**ARTICLE 47** : « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le **droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles**. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.* »

Le médecin a donc un droit de refus de soins, pouvant aisément se justifier dans le cadre personnel.

**ARTICLE 51** : « *Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.* »

Cet article met en avant la difficulté pour le médecin d'occuper le double poste de médecin et de proche, d'autant plus compliqué pour un parent médecin, par définition impliqué pleinement dans les deux sphères.

La Sécurité Sociale, créée en 1945 pour protéger la santé des citoyens, se prononce également sur le sujet (10) :

Sur le site AMELI, on peut lire : « *Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre, (...) peut être son propre médecin traitant ou celui des membres de sa proche famille. Il aura toutefois à cœur, selon sa déontologie, de s'assurer qu'il a les compétences et l'objectivité suffisantes pour remplir cette fonction de la façon la plus qualitative* ».

Cette formulation laisse une fois de plus une belle place à l'interprétation.

Ni le code Civil ni le Code Pénal ne se positionnent sur cette problématique, montrant bien que ce choix de prendre ou non en charge ses proches, et notamment ses enfants, peut légalement rester à l'appréciation de chaque médecin.

#### **IV- Naissance de ce projet de thèse**

Bien que discutée au travers des époques et du monde, cette problématique de la prise en charge des proches de médecins généralistes et notamment de leurs enfants n'est pourtant jamais abordée lors de nos études.

Comment alors s'y préparer ? Quelle attitude adopter ? Cette attitude doit-elle être différente en fonction du proche et de la situation ? Autant de questions auxquelles les médecins sont très tôt confrontés.

C'est lors de mon tout premier stage d'internat, aux urgences, qu'a pour la première fois germé l'idée de cette thèse.

Un médecin urgentiste chevronné, papa d'un garçon de 6 ans, a vu son fils partir en réanimation pédiatrique pour une appendicite avec péritonite, traitée depuis 4 jours comme une gastro entérite bénigne par les parents, tous deux médecins.

Deux ans plus tard, en stage de pédiatrie, se fut la situation inverse qui se présenta à moi : une maman médecin, extrêmement inquiète, amenant sa fille aux urgences pédiatriques pour une fièvre à 40°.

Le tableau était typique viral, sans élément de gravité, et la mère fut rassurée qu'on lui confirme que le tableau n'était absolument pas en faveur d'une méningite. Elle avait vu 3



semaines plus tôt une méningite chez un petit garçon, et n'en dormait plus depuis que sa fille avait présenté le premier pic fébrile.

Deux cas opposés, mais deux cas similaires : Le parent prend le pas sur le médecin.

L'affect, le quotidien, l'inquiétude éclipsent l'objectivité.

Les médecins, avant même d'avoir fini leurs études, sont amenés à répondre à des sollicitations multiples venant de proches, allant du simple conseil médical à la demande « juste d'une petite ordonnance » dès que le diplôme est en poche.

#### **V- Travaux menés sur la prise en charge des proches**

Plusieurs blogs de médecins relatent des histoires de prises en charge non optimales dans des situations de soins de proches : Ainsi, Jaddo nous raconte comment elle a orienté son père en ophtalmologie alors qu'il faisait clairement un AVC (11).

Plusieurs thèses ont également été réalisées en France sur le sujet de la prise en charge des proches en général, analysant les motivations à les soigner ou non, ainsi que les difficultés éventuelles engendrées par cette pratique (12–19).

Sans surprise, ces travaux parviennent tous à la conclusion qu'il existe une différence importante de pratique médicale entre un patient « lambda » et un « proche-patient ». Différence qui pourrait cependant être palliée, au moins partiellement, par la conscience de ses limites, et la capacité à déléguer dès que l'objectivité de la situation semble nous échapper.

Cependant, avec ses propres enfants, la situation est bien différente : il n'existe pas -la plupart du temps- comme avec d'autres proches, cette lassitude de répondre aux nombreuses sollicitations médicales, et bien d'autres motivations à assurer le suivi peuvent s'ajouter : le gain de temps dans des plannings souvent très chargés, la possibilité d'éviter d'aller « déranger » un confrère

... ou simplement l'envie et la fierté d'être acteur dans le maintien la santé de ses enfants, et l'impression d'être le meilleur médecin possible pour lui.

Les parents médecins sont conscients de cette ambivalence entre volonté d'objectivité et difficultés à lâcher prise sur son domaine de compétence :

D'après une thèse menée en 2012 (12), la majorité des médecins pensent que le mieux pour l'enfant serait une prise en charge complète par un autre médecin, mais qu'en réalité, la prise en charge se fait quasi intégralement par les parents. Même si l'enfant est examiné par un autre médecin, ils confient bien souvent réexaminer leurs enfants ensuite, et parfois même, modifier la prescription.

Dans une thèse qualitative menée en 2004 (20), Dr Tauraa aborde plus spécifiquement la période de l'adolescence. Il met en lumière deux principaux obstacles venant s'ajouter :

- L'intimité de l'adolescent, rendant l'examen clinique difficile, voire impossible pour ce qui relève de l'examen clinique génital.
- La difficulté de dépistage et prise en charge des troubles psychiatriques.

En contrepartie, la prévention des conduites à risques addictives ou sexuelles semble mieux réalisée grâce au rôle prépondérant du parent et à l'interventionnisme plus fréquent, appuyé par sa casquette de médecin.

Le point de vue des enfants de médecin, plus rarement étudié, a fait l'objet d'une thèse qualitative menée par Dr Benth en 2017 (21). Chacun des 31 participants -enfants de médecins suivis par leur parent pour les affections courantes- était satisfait de l'attitude de son parent. Il était tout de même souligné l'importance de donner la parole à son enfant pour ajuster les décisions médicales, parfois perçues comme minimalistes ou attentistes.

## **VI- Thèses réalisées sur le suivi de leurs propres enfants par les médecins**

Plusieurs études qualitatives ont déjà été menées sur le sujet plus spécifique de la place du médecin généraliste face à la santé de ses propres enfants (22–24). Celles-ci ont permis d'établir un premier état des lieux des pratiques.

Dans sa thèse menée en 2016, Dr Goubet expose les grandes lignes des avantages et des limites à soigner ses propres enfants, à travers une étude qualitative menée auprès de 17 médecins généralistes picards (25).

Elle met en avant de multiples enjeux à soigner son enfant au quotidien : la praticité, la facilité d'accès aux soins, aux thérapeutiques, ainsi qu'une réévaluation quotidienne possible créant une prise en charge de l'enfant « sur mesure », permettant parfois une prescription d'antibiotiques moindre. Sont aussi rapportés dans ses entretiens la confiance innée de

l'enfant envers son parent, permettant une dédramatisation du monde médical, et la fierté de l'enfant d'être soigné par son parent.

Mais elle note aussi de nombreuses limites : en tout premier lieu vient le manque d'objectivité totale du médecin envers son patient, ainsi que le manque de rigueur général : à la fois dans le suivi post événement aigu ou le suivi chronique (notamment la courbe staturo-pondérale), dans l'examen clinique et l'écoute, dans la tenue des carnets de santé et dans le respect du calendrier vaccinal.

Elle cite le problème de la pudeur lors de l'abord de la sphère intime de l'adolescent, la difficulté à vacciner ses propres enfants, et le manque d'autonomisation de l'enfant concernant son état de santé.

A travers ses entretiens, elle met en évidence d'autres facteurs pouvant influencer sur la décision de soigner son enfant :

- Le profil du parent médecin (âge, sexe, expériences) : les femmes jeunes refuseraient davantage de soigner leurs enfants. Le fait d'avoir un conjoint médecin semble aussi avoir son importance.
- Le profil des enfants, notamment leur âge et leur place dans la fratrie : le suivi par un frère serait plus fréquent pour les nourrissons et les adolescents, ainsi que pour les aînés.
- Les situations : aigues, plus source d'anxiété, que le suivi chronique.

Enfin, elle explore les modalités organisationnelles du suivi : au domicile ou en cabinet, chez un confrère ami ou bien pédiatre avec une distance affective recherchée ... la multiplicité des

possibilités de prise en charge fait prendre tout son sens à une thèse quantitative s'appuyant sur ces données qualitatives solides.

Une thèse similaire a été menée par Dr Jean Lobstein à Rouen en 2010 (22). Un questionnaire était distribué dans 65 cabinets médicaux autour de Rouen. Cette thèse retrouvait que 68.9% des médecins généralistes suivent leurs enfants, mais que 98% des médecins ont déjà soigné leur enfant au moins une fois. Dans 89.7% des cas, la prise en charge des pathologies bénignes était assurée par le parent, et le renouvellement des traitements chroniques dans 66% des cas.

La motivation principale à assurer ce suivi était la praticité de ne pas avoir à prendre de rendez-vous, la motivation principale à ne pas l'assurer était la crainte du manque d'objectivité et de l'erreur médicale.

10 ans plus tard et dans une région de France différente, cette nouvelle étude pourra mettre en lumière une éventuelle disparité territoriale, ou bien une évolution concernant cette problématique.

Nous avons donc cherché à savoir si les médecins généralistes des Pyrénées Atlantiques assurent eux-mêmes le suivi médical de leurs enfants ou s'ils le délèguent à un confrère.

Nous avons également cherché à analyser les caractéristiques socio-démographiques des médecins qui assurent ou non le suivi médical de leurs enfants, ainsi qu'à comprendre les motivations à leur choix, et enfin à savoir si leur attitude était différente s'il s'agissait du suivi médical obligatoire ou d'un évènement aigu, et si elle différait en fonction du rang de l'enfant.

# **MATERIELS ET METHODE**

## **I- Type de l'étude**

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive, quantitative.

Elle a pour base un questionnaire ayant pour objectif principal de déterminer par qui est assuré le suivi médical des enfants de médecins généralistes des Pyrénées Atlantiques.

Elle vise ensuite à analyser le profil des médecins généralistes assurant le suivi médical de leurs enfants, les motivations associées au choix de les suivre ou non, ainsi que la qualité du suivi médical.

## **II- Matériels de l'étude**

### **1- Population de l'étude**

#### **a) Critères d'inclusion**

Pour pouvoir être inclus dans l'étude, les médecins devaient exercer ou avoir exercé la médecine générale en cabinet dans le département des Pyrénées-Atlantiques, et avoir au moins un enfant, quel que soit son âge.

#### **b) Critères d'exclusion**

Les médecins autres que généralistes ainsi que ceux n'ayant pas d'enfant étaient logiquement refusés de l'étude.

Les médecins n'ayant pas répondu entièrement au questionnaire ont également été écartés.

## 2- Période et lieu de l'étude

L'étude portait sur la population de l'ensemble des médecins généralistes du département des Pyrénées-Atlantiques.

L'envoi des questionnaires a débuté début avril 2021.

Le recueil des questionnaires s'est poursuivi jusqu'à fin mai 2021.

## III- Méthode d'observation

Aucune mailing liste des médecins généralistes des Pyrénées Atlantiques n'étant disponible,

les sujets ont été inclus de 3 façons différentes :

- Dans la plus grande proportion, en appelant les médecins ou leur cabinet via le numéro disponible sur les pages jaunes, afin d'obtenir leur adresse mail, et ainsi leur faire parvenir le questionnaire.

Les appels ont été passés dans l'ordre d'apparition sur le site internet des pages jaunes, sans relance en cas de non-réponse, sur l'intégralité des numéros disponibles (environ 400 cabinets appelés).

- Afin de recruter la frange des médecins remplaçants, en publiant une annonce avec le lien du questionnaire sur le groupe Facebook des médecins remplaçants dans les Pyrénées-Atlantiques (Annexe 1).
- Dans une très moindre mesure, en vue d'inclure également des médecins retraités, le questionnaire a été diffusé auprès de médecins volontaires retraités rencontrés lors

de vacations covid au vaccinodrome de Pau. Un tract manuscrit (Annexe 2) expliquant le projet de thèse était déposé devant chaque ordinateur des médecins, avec mon numéro de téléphone afin que les médecins répondants puissent m'envoyer leur adresse mail.

#### **IV- Le questionnaire**

Après une revue de la littérature sur le sujet, nous avons rédigé un questionnaire composé de 23 questions, sur le logiciel Google Form.

Ce questionnaire a été testé et modifié suite à la lecture par des médecins généralistes de mon entourage.

Le questionnaire entier est disponible en Annexe 3.

Il comporte cinq parties :

- La première partie est une présentation générale du médecin généraliste, permettant d'établir son profil (âge, sexe ...) ainsi que son profil de pratique (type, lieu d'exercice).
- La deuxième partie se concentre plus précisément sur sa situation familiale : nombre et profil des enfants, situation du conjoint.
- La troisième partie porte sur la prise en charge médicale de leurs enfants : Tout d'abord par qui sont-ils suivis, question centrale de cette thèse, puis les attitudes face



à certaines situations médicales courantes, indépendamment d'être ou non le médecin traitant de son enfant.

A la fin, une question ouverte portait sur le potentiel changement d'attitude entre les enfants.

- La quatrième partie était destinée uniquement aux médecins assurant le suivi médical de leurs enfants, en recherchant les motivations et les freins à ce choix, ainsi que les modalités de suivi.
- La cinquième partie était destinée uniquement aux médecins n'assurant pas le suivi médical de leurs enfants, et visait à analyser leurs motivations à ce choix.

Un texte expliquant l'objectif du travail de thèse était joint au questionnaire (Annexe 4).

## **V- Objectifs principaux et secondaires**

L'objectif principal était d'analyser par qui est assuré le suivi médical des enfants de médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques.

Les objectifs secondaires visaient à analyser plusieurs éléments :

- Les motivations associées au fait de prendre ou non en charge la santé de ses propres enfants.
- Etablir le profil des médecins prenant en charge le suivi de leurs enfants, et celui des médecins déléguant le suivi médical.

- Comparer les prises en charges de certaines situations médicales entre les parents se définissant comme médecin de leurs enfants et ceux se considérant comme non médecin de leurs enfants.

## **VI- Analyse statistique**

Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide du Dr Dréau, statisticien de l'hôpital de Pau.

Ce type d'étude ne nécessite pas de seuil significatif à fixer initialement, mais chaque sujet supplémentaire augmente la puissance de l'étude.

Le nombre de médecins à inclure n'a donc pas été fixé initialement.

L'analyse statistique élémentaire a été réalisée avec le logiciel Google Form.

Les résultats sont également parus tels quels dans un tableau Excel, permettant d'avoir une base de données à exploiter.

Une analyse plus approfondie sous forme de tableaux croisés dynamiques a ensuite été réalisée avec le test du Chi2.

## **VII- Aspect éthique**

Le questionnaire étant déclaratif et ne portant pas atteinte à la confidentialité des patients ni des médecins, aucun dépôt particulier n'a été nécessaire, notamment auprès de la CNIL.

## **VIII- Définition des termes**

Dans ce travail de thèse, il a été nécessaire de différencier 2 groupes de médecins généralistes, que nous définirons comme suit :

- Les « parents médecins » sont les parents assurant le suivi médical de leurs enfants.
- Les « parents non-médecins » sont les parents n'assurant pas le suivi médical de leurs enfants.

## **RESULTATS**

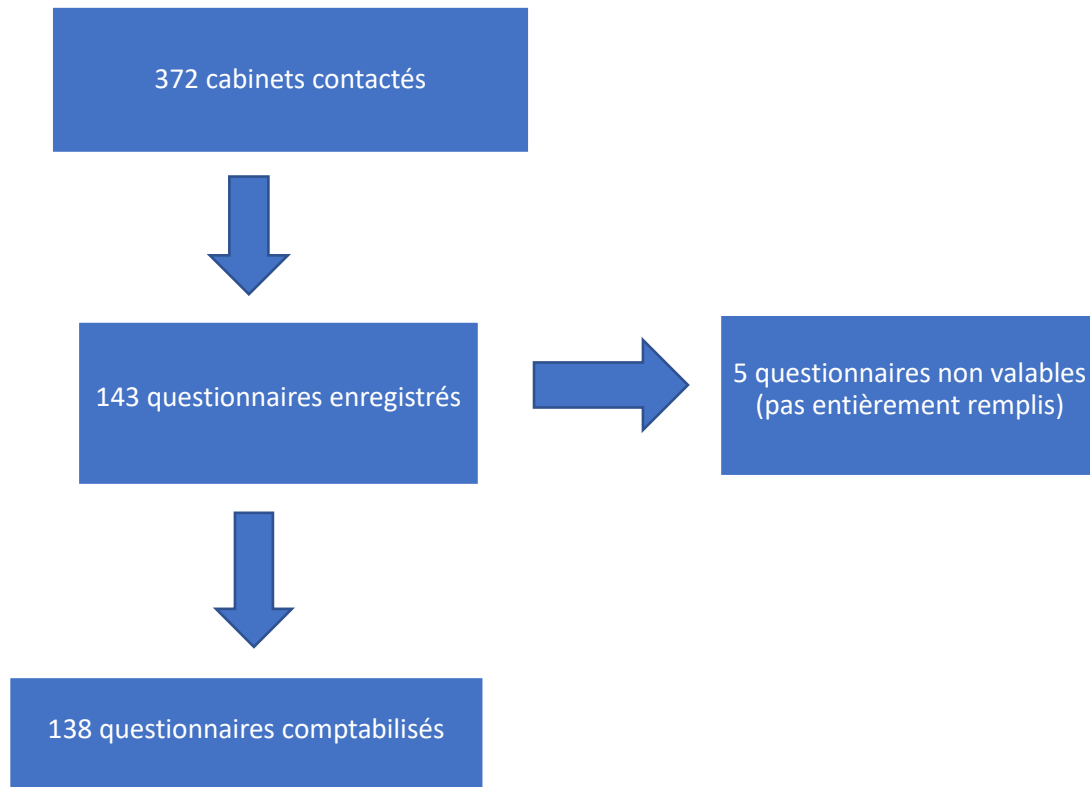
### **I- Nombre de répondants**

940 résultats pour « médecins généralistes du 64 » sont répertoriés sur les Pages Jaunes.

La totalité des cabinets des Pyrénées – Atlantiques (dont le numéro était disponible) a été contacté une fois, soit un total de 372 cabinets.

Aucune relance n'a été faite, même si personne n'avait répondu au bout de 3 minutes.

## Diagramme de flux



*Un total de 143 réponses a été enregistré.*

*138 réponses ont pu être analysées, les 5 questionnaires restants n'étant pas complétés entièrement.*

## **II- Analyse des données**

Les résultats ont été traité selon différents angles d'approche :

Premièrement avec une analyse univariée reprenant les 5 parties.

Celle-ci permet tout d'abord d'établir le profil personnel et professionnel des médecins ayant répondu à l'étude, et l'attitude globale des médecins généralistes concernant la prise en charge de leurs enfants.

Elle permet également d'analyser tour à tour les motivations à ce choix de prise en charge, pour la population des « parents médecins », puis celle des « parents non-médecins »

Deuxièmement, nous avons réalisé une analyse croisée afin de comparer d'abord le profil, puis les prises en charge des « parents-médecins » avec celles des « parents non-médecins ».

### **III- Analyse univariée**

#### **1- Présentation générale de la population**

##### **a) La répartition entre les hommes et les femmes.**

Parmi les 143 médecins généralistes inclus dans l'enquête, **55.8% de femmes** (n=77) et **44.2% d'hommes** (n=61) ont répondu au questionnaire entièrement.

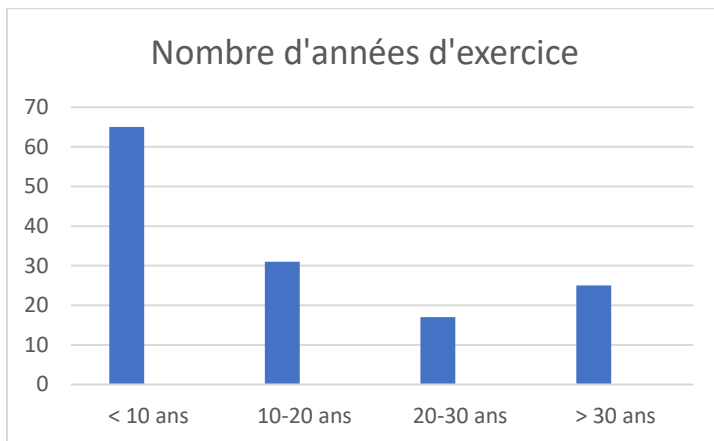
##### **b) La répartition selon l'âge**

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude est **celle des 30-45 ans**, avec 58% des réponses (n=80).

Viennent ensuite la tranche d'âge des 45-60 ans avec 24.6% (n=34), puis celle des plus de 60 ans avec 15.2% (n=21). Avec seulement 2.2% (n=3) des réponses, la tranche d'âge des très jeunes médecins est peu représentée.

### c) Le nombre d'années d'exercice

Dans la lignée de la tranche d'âge, la tranche d'années de pratique la plus représentée est logiquement celle de **< 10 ans d'exercice** (47.1%, n=65), puis celle de 10 à 20 ans d'exercice (22.5%, n=31).



### d) Le lieu d'installation

Les médecins généralistes de notre échantillon exercent principalement en milieu semi rural (44.4%, n=60) ou urbain (40%, n=54). Le milieu rural est moins représenté avec seulement 15.6% (n=21)

#### *Lieu d'installation*



#### **e) Le type d'exercice**

La grande majorité des répondants travaillent **en association avec d'autres médecins généralistes** (81,0%, n=111).

Il reste cependant une part non négligeable de médecins travaillant seuls (18.2%, n=25).

En revanche, un seul répondant travaille avec un médecin pédiatre, soit 0.7% de notre échantillon.

#### **f) Le pourcentage de patientèle pédiatrique**

Pour environ la moitié des répondants, la patientèle pédiatrique représente **10 à 20% de leur activité** (51.9%, n=70).

37.8% affirment recevoir moins de 10% d'enfants (n=51), quand seulement 10.4% affirment en voir plus de 20% (n=14).

#### **g) La formation complémentaire en pédiatrie**

L'immense majorité de notre échantillon n'a pas suivi de formation complémentaire en pédiatrie (81.9%, n=113).

## 2- La situation familiale

### a) **Le nombre d'enfants**

Tous les médecins répondants au questionnaire devaient avoir au moins un enfant.

Dans notre échantillon, la plupart des médecins avaient **1 ou 2 enfants**, avec respectivement 30.4% (n=42) et 41.3% (n=57) des réponses.

Les familles plus nombreuses sont également bien représentées avec 20.3% des médecins ayant 3 enfants, 5.8% en ayant 4, et 2.2% en ayant plus de 4.

### b) **La tranche d'âge du ou des enfants**

L'analyse des différentes tranches d'âge représentées est compliquée à réaliser. En effet, les parents ayant pu cocher plusieurs réponses, 11 groupes différents ont pu être distingués, leur donnant peu de force.

On notera tout de même les 4 réponses se détachant : Pour 24.6%, leurs enfants sont tous majeurs, et pour 23.9%, ils ont tous entre 3 et 12 ans. Viennent ensuite la tranche des jeunes enfants de < 3 ans pour 18.8% des parents, puis celle s'étalant de 0 à 12 ans pour 15.9%.

Bien que difficile à interpréter, ces résultats permettent de mettre en valeur une grande variété d'âges dans notre échantillon.



**c) L'autre parent est-il médecin ?**

Dans notre étude, 35% des conjoints étaient également médecins (n=48), qu'il soit généraliste ou d'une autre spécialité.

***Le conjoint est-il médecin ?***



**d) Existence d'une pathologie chronique nécessitant une prise en charge par un spécialiste**

Pour 14.5% (n=20) des médecins répondants, une prise en charge médicale spécialisée est nécessaire pour au moins l'un de leurs enfants.

**3- La prise en charge médicale des enfants de médecins généralistes**

Cette partie comprend analyse les réponses de l'intégralité des médecins généralistes répondants, indépendamment du fait qu'ils se considèrent ou non comme le médecin assurant le suivi médical de leur enfant.

### a) Suivi médical chronique

Pierre angulaire de notre étude, de cette question découle l'analyse en croisée dynamique de la deuxième partie.

Parmi les 138 médecins, **38.4% (n= 53) d'entre eux sont le médecin généraliste de leurs enfants.**

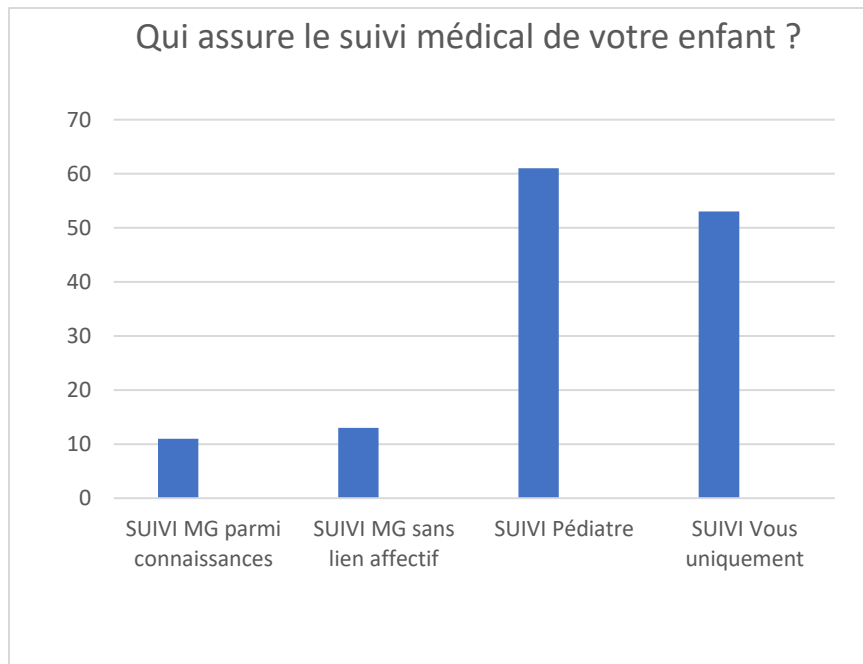
On observe que **le pédiatre est le principal médecin assurant le suivi chronique des enfants** de médecins généralistes, **avec 44.2%** (n= 61) des réponses, devançant la prise en charge par les parents médecins eux-mêmes.

Viennent ensuite deux autres options, recueillant un total de réponses assez similaire. Dans les deux cas, le suivi est assuré par un médecin généraliste.

Pour 9.4% des parents, c'est un médecin sans lien affectif qui assure le suivi chronique de leur(s) enfant(s), alors que pour 8.0%, c'est un médecin parmi ses ami(e)s a qui revient cette tâche.

Deux groupes ont été créés à la suite de cette question « Qui assure le suivi médical de vos enfants ? »

- Ceux des « parents-médecins » (38.4%, n=53) : ayant répondu « moi uniquement »
- Ceux des parents « non-médecins » (61.6%) : ayant répondu « pédiatre » ou « autre médecin ».



#### b) Examen lors d'un épisode aigu

A la question « **Avez-vous déjà examiné votre enfant lors d'une pathologie aiguë ?** », **96.4%** des parents de notre enquête ont répondu par l'affirmative, traduisant bien la difficulté à rester en dehors de toute intervention médicale pour ses enfants en toutes circonstances.

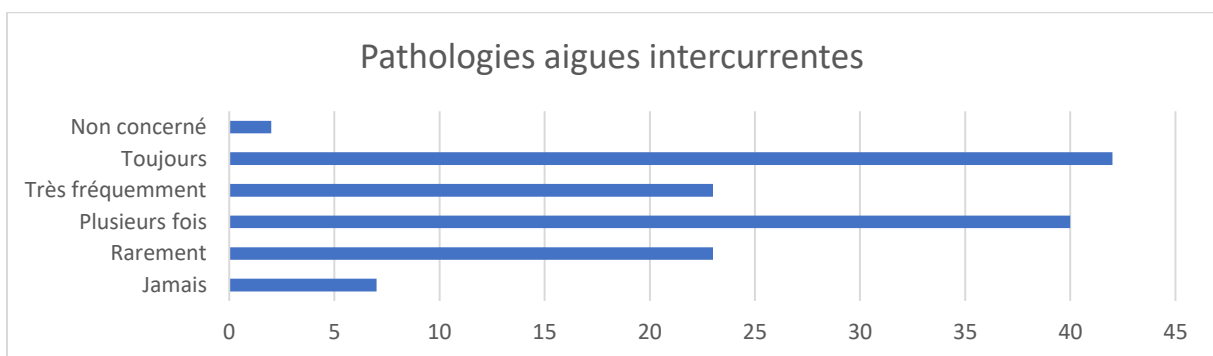
Cependant, à la question posée plus tard dans le questionnaire « A quelle fréquence prenez-vous en charge des pathologies aiguës chez vos enfants ? », et avec des nuances possibles dans les réponses, celles-ci apparaissent moins tranchées :

- 5% ne les prend jamais en charge (ce qui concorde à peu près avec les médecins ayant répondu n'avoir jamais examiné leur enfant).
- 17% ne le font que rarement.
- 30% l'ont déjà fait plusieurs fois, et 17% le font souvent

- Pour 31% des médecins, les maladies aiguës de leur enfant sont toujours gérées par leurs soins.

On peut donc dire que seuls **5% des parents estiment être parvenus à ne jamais interférer avec la santé de leur enfant.**

### ***Pathologies aiguës intercurrentes***



### **c) Fréquence de prise en charge de certaines situations médicales**

Nous avons questionné les médecins sur la fréquence de la prise en charge sur leurs enfants de certaines situations médicales les plus courantes.

Nous les avons classées des situations les plus souvent déléguées à un confrère à celles plus volontiers gérées par le parent, **indépendamment de la considération de « parent-médecin »** (le lien entre « parents médecins » ou « parents non-médecins » et prise en charge de ces situations est étudié secondairement, en analyse croisée dynamique).

Nous n'exposons que les résultats les plus probants, le reste des données étant disponible en annexe (Annexe 5).

Les graphiques sont exprimés en nombre de répondants et non en pourcentages.

En premier lieu viennent les pathologies ou demandes médicales avec une part psychologique, intime, ou liées à l'adolescence et à l'émancipation :

Bien qu'elles soient des situations assez rarement posées par les médecins, on observe que la prise en charge de **l'obésité, l'addiction et des troubles du comportement** sont préférentiellement déléguées à une tierce personne, à 90% (= rarement ou jamais) pour l'obésité, à 93% pour les addictions et à 98% pour les troubles du comportement.

Situations médicales inhérentes à la période de l'adolescence, **la contraception et l'acné** sont également facilement déléguées à un confrère, avec respectivement 76% et 69% des parents concernés qui ne s'en chargent jamais ou rarement.

Viennent ensuite les **visites médicales obligatoires**, avec 73.9% d'entre elles jamais ou rarement réalisées par le parent.

68% des parents préfèrent ne pas **suturer** eux même leur enfant.

Concernant la vaccination,  $\frac{1}{4}$  des parents déclarent l'assurer, 30% s'y attellent régulièrement (= fréquemment ou plusieurs fois), mais 45% ne la réalisent pas eux-mêmes (= jamais ou rarement).

Dans tous les cas, **le schéma vaccinal des enfants de médecin est à jour pour la quasi-totalité** (1 seul non à jour).

C'est pour **la courbe de croissance** que les réponses sont le plus homogènes. En effet, on observe des proportions assez similaires de parents dans les 5 champs de réponses.

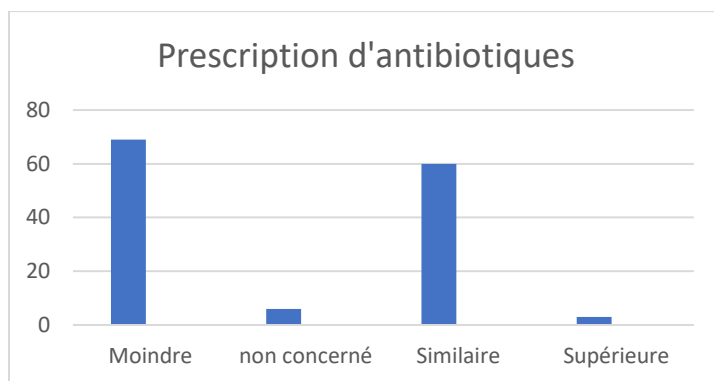
La réalisation des **certificats médicaux pour le sport** est sans nul doute l'acte médical le plus facilement réalisé par les parents médecins.

48% des parents médecins concernés les rédigent systématiquement, et 25% fréquemment ou plusieurs fois.

Ils sont tout de même 27% à envoyer leur enfant chez un confrère pour les réaliser.

Attitude qui ne semble pas avoir été étudiée lors de précédentes thèses, **la prescription d'antibiotique** est moindre avec leur propre enfant qu'avec leurs patients pour exactement la moitié des parents.

#### ***Prescription d'antibiotique pour leurs enfants chez les médecins généralistes***

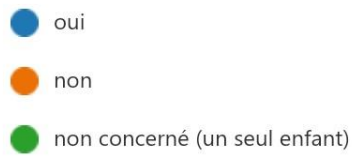


#### **d) Evolution dans l'attitude en fonction du rang des enfants**

59.3% (n=80) des parents médecins ne rapportent pas de changement de comportement dans la prise en charge médicale en fonction de leur rang, soit 67.2% des parents concernés.

28.9% (n=39) répondent avoir changé d'attitude, soit 32.8% des parents concernés

### *Présence ou non d'un changement d'attitude médicale en fonction du rang des enfants*



#### **4- Observation du groupe « parents-médecins »**

Pour rappel, cette 4<sup>e</sup> partie composée de 4 questions s'adressait uniquement aux médecins assurant le suivi médical de leurs enfants, définis comme les « parents-médecins ».

Suivant les questions, entre 51.4 et 55.7% (n=72 à 78) des répondants ont participé à cette partie.

##### **a) Motivations principales**

La principale raison de gérer le suivi de son enfant est bien évidemment **le côté pratique** : sur 72 parents-médecins, 64 l'ont coché, et 12 d'entre eux ont coché uniquement cette case.

Dans la lignée de la praticité, viennent ensuite les situations de nécessité (n=27), sous tendues par le sentiment d'avoir les mêmes compétences qu'un autre collègue (n=24), et qu'il vaut donc mieux éviter de le « déranger » (n=19)

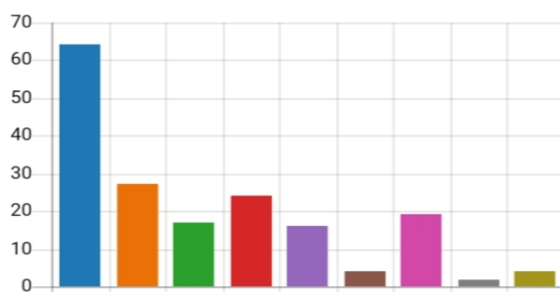
Moins d'un quart déclare le faire par implication parentale (n=17), en ayant l'impression de rester objectif (n=16).

Enfin, pour seulement 4 médecins-parents, le suivi médical sera meilleur s'ils s'en chargent.

L'influence de l'enfant (n=4) ou du conjoint (n=2) reste une motivation très annexe.

### **Motivations principales à suivre médicalement ses enfants**

● Aspect pratique	64
● Situation de nécessité	27
● Envie de m'impliquer en tant ...	17
● Compétences analogues à cell...	24
● Capacité d'objectivité mainten...	16
● Prise en charge de meilleure q...	4
● Eviter de déranger un confrère	19
● Influence de l'autre parent	2
● Influence de l'enfant	4



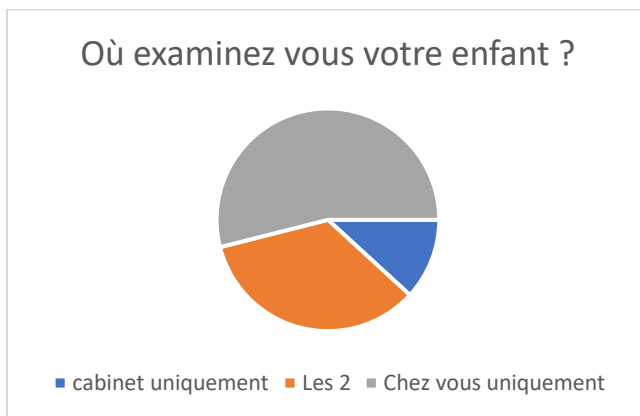


## b) Lieu d'examen

53.9% (n=41) des parents médecins examinent toujours leur enfant chez eux.

Seuls 11.8% le font systématiquement au cabinet.

### *Lieu d'examen des enfants de médecins généralistes*



## c) Autocritique de la qualité de la prise en charge

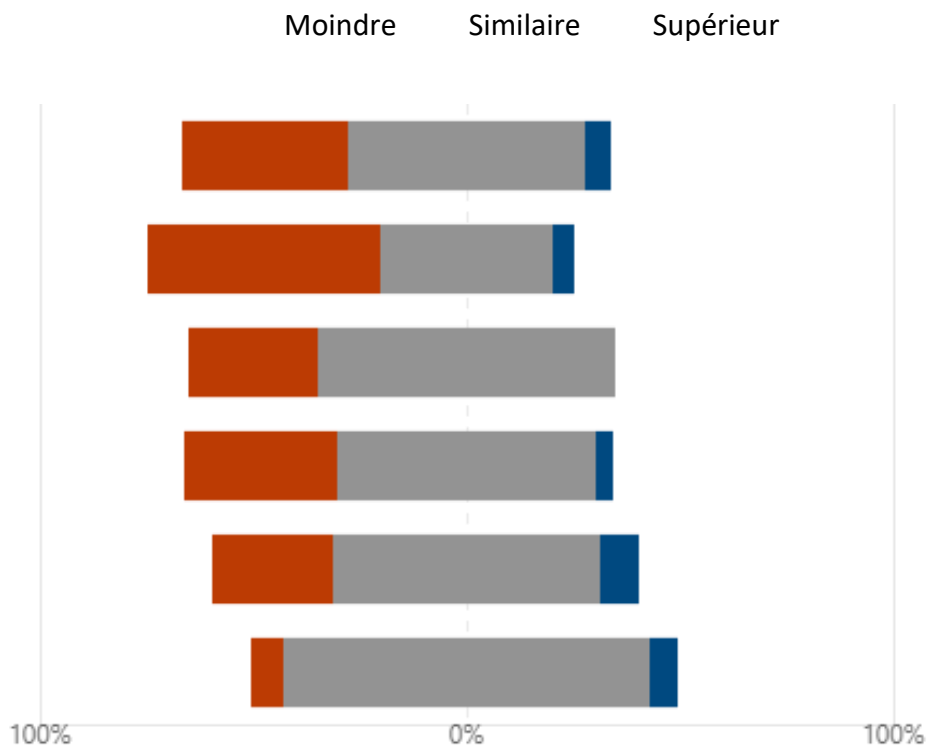
Nous avons ensuite demandé aux parents médecins leur point de vue sur la qualité du suivi de leur enfant.

On peut s'apercevoir que le **temps d'écoute et de consultation est raccourci** pour respectivement 38.5% et 54.5% des 77 parents médecins ayant répondu, avec un recours aux examens complémentaires plus faible pour 36.4%.

L'examen clinique reste aussi rigoureux pour 69.2%, tout comme le suivi de la croissance, similaire ou supérieur pour 71% d'entre eux.

Ce sont pour les vaccins que le suivi reste le plus similaire, avec seulement 6 parents (7.8%) affirmant être moins à jour qu'avec leur patientèle.

### ***Autocritique des médecins de leur pratique médicale sur leurs enfants***



- 1- Temps d'écoute
- 2- Temps de consultation
- 3- Qualité de l'examen clinique
- 4- Recours aux investigations complémentaires
- 5- Suivi de la croissance
- 6- Suivi des vaccinations

#### d) Facteurs limitants la prise en charge

L'influence du suivi médical sur la relation parent/enfant et l'intimité sont les deux limites principales citées par près de la moitié des 77 parents-médecins.

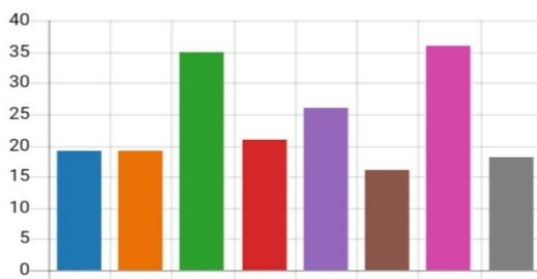
On retrouve ensuite les pathologies gynécologiques, puis les pathologies psychiatriques et les pathologies chroniques, bien souvent déléguées aux spécialistes.

Avec la même fréquence sont rapportées les limites de suivi dues à l'âge ou à l'incapacité à gérer son affect dans la relation.

19 parents médecins (25%) déclarent ne pas ressentir de facteur limitant.

#### *Facteurs limitant le suivi médical de leurs enfants*

● Aucun	19
● Age	19
● Intimité	35
● Pathologies psychiatriques	21
● Pathologies gynécologiques	26
● Pathologies chroniques	16
● Influence de la relation parent...	36
● Incapacité à gérer l'affect.	18



## 5- Motivations principales du groupe « parents non-médecins »

Pour rappel, cette 5<sup>e</sup> partie, composée d'une unique question, était réservée aux parents n'assurant pas le suivi médical de leur enfant, que nous appellerons « parents non-médecins »

70 réponses ont été recueillies, soit la moitié des répondants.

La première explication avancée au fait de déléguer le suivi médical est la **volonté de maintenir une objectivité**, citée par la quasi-totalité des « parents non-médecins ».

On trouve bien après, citée dans la moitié des cas, la notion de principe personnel, de conviction profonde à ne pas suivre son enfant.

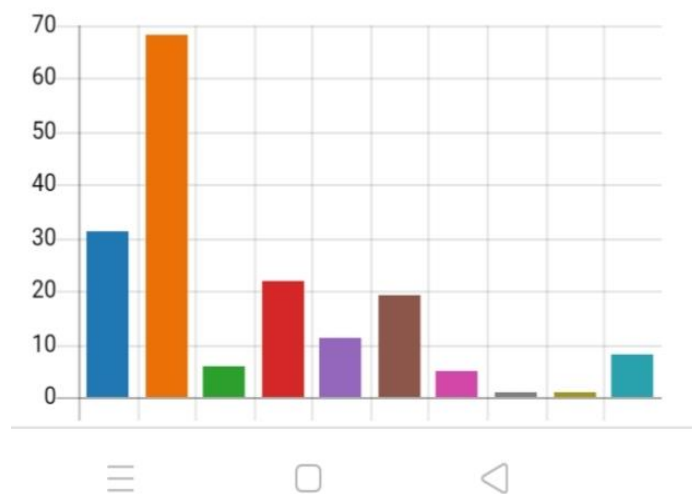
Sont ensuite avancés deux arguments assez similaires : la peur de faire une erreur diagnostique, et la volonté de ne pas être le responsable de la santé de son enfant.

On ne retrouve que derrière la notion d'intimité à préserver, le manque de confiance, et la prise en charge de pathologies spécifiques, citée uniquement 6 fois.

De mauvaises expériences ou soucis relationnels restent exceptionnels.

## Motivations avancées à ne pas prendre en charge médicalement ses enfants

● Convictions / principes	31
● Maintien de l'objectivité	68
● Pathologies spécifiques	6
● Volonté de transfert de respo...	22
● Défaut de professionnalisme d...	11
● Peur de l'erreur diagnostique	19
● Manque d'assurance	5
● Vécu, mauvaise expérience	1
● Problèmes relationnels.	1
● Intrusion dans intimité	8



## IV- ANALYSE MULTIVARIEE

Aux vu des résultats précédents, certaines questions de comparaisons se sont posées entre le groupe des parents annonçant assurer eux-mêmes la prise en charge médicale de leurs enfants et ceux annonçant déléguer la prise en charge.

### 1- Comparaison du profil de médecin entre les deux groupes

Nous avons comparé le groupe « parent médecin » et « parent non-médecins » à travers plusieurs critères pour rechercher les différences qui ressortent significativement.

Ont été testé tous les items des parties 1 et 2 du questionnaire, à savoir : le sexe, l'âge et le nombre d'années d'exercice, le lieu d'installation, le type d'exercice, le pourcentage de patientèle pédiatrique, l'existence ou non d'une formation complémentaire en pédiatrie, le nombre d'enfants, le statut du conjoint, et la présence d'une pathologie chronique chez l'enfant.

Tous les chiffres trouvés et les résultats sont regroupés dans le tableau suivant :

#### *Comparaison du profil du groupe « parents-médecins » et « parents non-médecins »*

CRITERES		"Parents médecins" [Nb (%)]	"Parents non médecins" [Nb (%)]	p
<b>Sexe</b>	féminin	27 (50.9)	50 (58.8)	0.465
	masculin	26 (49.1)	35 (41.2)	
<b>Age</b>	< 30 ans	1 (1.9)	2 (2.4)	<0.001
	30-45 ans	12 (22.6)	68 (80.0)	

	45 - 60 ans	24 (45.3)	10 (11.8)	
	> 60 ans	16 (30.2)	5 (5.9)	
<b>Nombre d'années d'exercice</b>	< 10 ans	8 (15.1)	57 (67.1)	<0.001
	10-20 ans	14 (26.4)	17 (20.0)	
	20 -30 ans	11 (20.8)	6 (7.1)	
	> 30 ans	20 (37.7)	5 (5.9)	
<b>Lieu d'installation</b>	rural ;	5 (9.8)	16 (19.0)	0.355
	semi-rural;	24 (47.1)	36 (42.9)	
	urbain;	22 (43.1)	32 (38.1)	
<b>Type d'exercice</b>	Avec des associés médecins généralistes	38 (71.7)	73 (86.9)	0.042
	Avec des associés médecins généralistes et pédiatres	0 (0.0)	1 (1.2)	
	seul	15 (28.3)	10 (11.9)	
<b>% de patientèle pédiatrique</b>	< 10%	18 (34.6)	33 (39.8)	0.819
	10-20%	28 (53.8)	42 (50.6)	
	> 20%	6 (11.5)	8 (9.6)	
<b>Formation complémentaire en pédiatrie ?</b>	non	41 (77.4)	72 (84.7)	0.388
	oui	12 (22.6)	13 (15.3)	
<b>Nombre d'enfants</b>	1	12 (22.6)	30 (35.3)	0.030
	2	19 (35.8)	38 (44.7)	
	3	14 (26.4)	14 (16.5)	
	4	5 (9.4)	3 (3.5)	

	> 4	3 (5.7)	0 (0.0)	
<b>Conjoint médecin ?</b>	non	38 (71.7)	51 (60.7)	0.259
	oui	15 (28.3)	33 (39.3)	

A l'issu de cette analyse, on retrouve un certain nombre de différences :

- Age et nombre d'années d'exercice : Différences les plus fortes, ( $p < 0.001$ ) : **le groupe de parents « non-médecins » est plus jeune** (moins de 45 ans pour > 80% et < 10 ans d'exercice pour 67.1%) que le groupe de parents médecin (>75% de médecins de plus de 45 ans).
- Sexe du médecin : Si la répartition homme/femme est homogène pour le groupe de « parents médecins », elle ne l'est pas pour le groupe de parents « non-médecins », composé à 58.8% de femmes ( $p = 0.465$ )
- Type de pratique : **Le groupe de parents médecins exerce plus volontiers seul** (28%) que les parents non-médecins (12%) ( $p < 0.05$ )
- Lieu d'installation : Le groupe de parents médecin est moins rural que les non-médecins (10% de rural VS 19%) ( $p=0.355$ )
- Formation en pédiatrie : Plus fort taux de formation en pédiatrie pour les parents médecins (22.6% VS 15.3% des « parents non-médecins »). ( $p=0.388$ )



**Pour résumer, le groupe déléguant le suivi médical de ses enfants est significativement plus jeune, et plus volontiers installé en association avec d'autres médecins généralistes.**

**Il serait également plus féminin, sans que ce résultat soit significatif dans notre étude.**

**A l'inverse, le groupe assurant lui-même la prise en charge médicale de ses enfants est plus âgé, plus souvent installé en ville, et avec une formation plus solide en pédiatrie.**

Le nombre d'enfants est logiquement moins élevé dans le groupe des parents non-médecins, à la moyenne d'âge plus jeune.

Le pourcentage de patientèle pédiatrique est assez similaire entre les deux groupes.

## **2- Cohérence entre parents se définissant comme médecin ou non de leurs enfants et prise en charge réelle.**

Y a-t-il une cohérence totale dans la prise en charge médicale de leurs enfants par les parents médecins ?

Les parents qui se disent « non-médecins » parviennent-ils réellement à confier entièrement leurs enfants à un confrère ? A l'inverse, les « parents-médecins » gèrent-ils la totalité des actes médicaux ?

Pour le savoir, nous avons travaillé avec des tableaux croisés dynamiques selon différents critères.

Les résultats les plus intéressants sont présentés dans le tableau suivant, avec en rouge les résultats les plus marquants, analysés plus bas.

La totalité des tableaux est disponible en annexe (Annexe 6)

La cohérence est variable selon les éléments questionnés : en effet, si on observe une réelle différence entre les deux groupes pour les vaccins, avec 72% des « parents non-médecins » déléguant le vaccin VS 88.5% des « parents médecins » l’assurant eux-mêmes, le lien n’est pas si fort lors d’autres situations.

### Vaccins

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
JAMAIS	52,94%	0,00%
RAREMENT	18,82%	1,92%
PLUSIEURS FOIS	22,35%	9,62%
TRES FREQUEMMENT	3,53%	25,00%
TOUJOURS	2,35%	63,46%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

**Ainsi, nous pouvons pointer certaines contradictions, d’abord dans le sens de parents ne souhaitant pas suivre leurs enfants mais assumant finalement certaines prises en charge :**

Comme nous l'avions déjà soulevé, les prises en charges aigues sont facilement assurées quel que soit le statut du parent : c'est le cas pour 32% des « parents non-médecins » qui les gèrent « très fréquemment » ou « toujours ».

Consultation pratique et rapide, 22.6% d'entre eux rédigent systématiquement eux-mêmes les certificats de sport.

¼ d'entre eux suivent eux même régulièrement la croissance staturo-pondérale de leur enfant, et quasiment 10% le font systématiquement.

### Prise en charge aigue

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non- médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	1,19%	1,89%
JAMAIS	7,14%	1,89%
RAREMENT	23,81%	5,66%
PLUSIEURS FOIS	35,71%	18,87%
TRES FREQUEMMENT	19,05%	13,21%
TOUJOURS	13,10%	58,49%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

### Certificats médicaux sportifs

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	20,24%	9,43%
JAMAIS	32,14%	0,00%
RAREMENT	4,76%	0,00%
PLUSIEURS FOIS	16,67%	7,55%
TRES FREQUEMMENT	3,57%	15,09%

TOUJOURS	22,62%	67,92%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

### Courbe de croissance

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	1,19%	1,92%
JAMAIS	35,71%	1,92%
RAREMENT	27,38%	5,77%
PLUSIEURS FOIS	26,19%	19,23%
TRES FREQUEMMENT	7,14%	21,15%
TOUJOURS	2,38%	50,00%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

... Mais également à l'inverse, certains parents assurant habituellement le rôle de médecin traitant, préférant ne pas intervenir dans certaines situations médicales :

*(Les pourcentages sont systématiquement pondérés sur le nombre de parents concernés par la situation).*

Bien que se définissant comme le médecin de leur enfant, c'est 1/3 des parents médecins concernés qui orientent systématiquement chez un tiers pour le traitement de l'acné, quasiment la moitié pour la contraception, et 79% pour les addictions.

De la même manière, 72% d'entre eux concernés par l'obésité de leur enfant préfèrent l'envoyer chez un confrère.

La réponse aux visites médicales obligatoires est intéressante : ce sont 41.5% des « parents-médecins » qui emmènent finalement leur enfant chez un confrère.

### Visites médicales obligatoires

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	1,18%	0,00%
JAMAIS	87,06%	22,64%
RAREMENT	7,06%	18,87%
PLUSIEURS FOIS	2,35%	13,21%
TRES FREQUEMMENT	0,00%	9,43%
TOUJOURS	2,35%	35,85%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

# DISCUSSION

## I - FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

### 1- FORCES

#### a) Intérêt suscité par le sujet sur les médecins.

Tout médecin parent s'est un jour posé la question de soigner ou non son propre enfant.

Cet intérêt personnel s'est ressenti au cours de la diffusion du questionnaire.

Tout d'abord auprès des médecins que je connaissais, qui ont tous montré intérêt et bienveillance à l'égard de mon travail.

Mais j'ai également été surprise des retours intéressés et intéressants de bien d'autres médecins. Bien que passant la plupart du temps par le biais de la secrétaire les atteindre, j'ai eu de nombreuses fois l'occasion de les avoir directement en ligne, permettant un retour direct sur le sujet.

Plusieurs m'ont rapporté des anecdotes :

*« Mon fils, quand il avait 9 ans, m'a un jour demandé à table : « Papa, pourquoi nous on n'est jamais malades ? Mes copains sont tous déjà allés voir quelqu'un : pour apprendre à bien parler, pour faire des bonnes chaussures, pour prendre la taille ... pourquoi nous on n'a jamais eu tout ça ? » »*

*« Je m'étais toujours dit que je ne les soignerai pas. Et puis, la routine s'installe. Et on se dit que ça sera quand même beaucoup plus rapide de mesure et peser vite fait, et puis de faire ce*

*vaccin vite fait ... et c'est trop tard, ils ont 18 ans et n'ont jamais vu un autre médecin que moi ».*

Malgré un sujet qui pourrait être perçu comme sensible ou intrusif, l'immense majorité s'est montrée enthousiaste sur le sujet, et humble sur ses pratiques. Je suis honorée du temps qu'ils m'ont accordé, consciente de leurs sollicitations multiples pour des travaux de thèse.

18 médecins m'ont demandé de leur transmettre le travail de thèse une fois terminé.

### **b) Choix de la méthode**

Le choix de la méthode quantitative permet d'obtenir des statistiques, sur une problématique déjà soulevée lors de thèses qualitatives bien menées. (16,23,25)

Le questionnaire sur Google Form était intuitif, sans nécessité de manipulation de logiciel technique. Aucun médecin ne m'a rapporté ne pas pouvoir répondre du fait d'une non-informatisation de son cabinet.

Les questions étaient simples, et avaient été relues par plusieurs médecins au préalable afin de limiter toute ambiguïté dans les réponses.

Le temps de réponse était volontairement court - estimé à 5 minutes-. Les médecins répondaient quand ils le désiraient, sans autre contrainte que la date limite.

Tout le questionnaire était anonyme, permettant d'éliminer un biais de désirabilité dans les réponses.

### **c) Mode de recrutement.**

Aucune mailing-liste n'étant disponible, la question du mode de recrutement s'est posée longuement.

Finalement, nous avons opté pour une méthode fastidieuse mais efficace, celle de contacter tous les médecins généralistes des Pyrénées Atlantiques par téléphone afin de recueillir leur adresse mail.

Cette méthode permet dans le même temps d'augmenter le taux de réponse, mais aussi de diminuer le biais de recrutement qui aurait pu exister en se contentant d'envoyer un mail.

En effet, l'opportunité d'avoir le médecin ou sa secrétaire directement au téléphone m'a permis d'expliquer mon projet de vive voix et d'obtenir un accord oral, constituant un engagement tacite.

Des médecins qui ne se seraient peut-être pas senti concernés par le sujet ou qui ne lisent pas les sollicitations de thèse habituelles m'ont ainsi répondu.

Le recrutement par le biais du centre de vaccination et de la page Facebook ont permis d'étayer la diversité des répondants.

Le fort taux de réponse final constitue une force indéniable de notre étude.

### **d) Analyse statistique**

L'analyse statistique a été réalisée par un statisticien professionnel, rencontré à plusieurs occasions afin de définir clairement les objectifs. Son expertise a été un atout majeur de la validité des résultats.



## 2- LIMITES

### a) **Biais de recrutement**

Le recueil des adresses mail par téléphone constitue en elle seule plusieurs biais de recrutement :

Tout d'abord, elle suppose que l'intégralité des médecins ont un numéro de téléphone disponible sur les Pages Jaunes, ce qui n'est pas le cas pour une vingtaine de médecins.

Ensuite, la facilité d'obtention des adresses mails était plus grande dans les cabinets avec secrétaire.

En effet, aucune relance n'a été faite à l'issue de l'appel de la totalité des numéros. Les cabinets avec secrétaire avaient plus tendance à répondre que les médecins exerçant seuls.

De plus, le passage par une secrétaire permettait au médecin d'être informé sur le projet à un moment opportun, sans le couper dans une consultation, comme ce fut le cas dans une quinzaine d'appels.

On peut imaginer que les médecins exerçant en cabinet mutualisé avec secrétaire ont un profil différent, plus jeune notamment, que des médecins exerçant seuls.

Enfin, l'excellent accueil réservé au message Facebook sur la page des remplaçants médecins généralistes représente un biais de sélection, les quinze réponses recueillies étant toutes représentatives d'une frange de la population jeune et utilisatrice de réseaux sociaux.

Ainsi, la population de notre échantillon n'est pas strictement comparable à celle des médecins généralistes, comme nous le verrons dans la partie suivante.

#### **b) Biais de mémorisation**

Les médecins étant interrogés sur des faits passés, datant parfois de plusieurs décennies. Il existe donc un biais inévitable de mémorisation.

#### **c) Biais de simplification**

Le mode de questionnement fermé, inhérent à la méthode quantitative, entraîne un biais de simplification évident forçant parfois les médecins à choisir entre des propositions peu variées pour lesquelles ils auraient préféré pouvoir s'exprimer avec plus de nuances.

Une seule réponse laissait la possibilité de compléter avec des commentaires, permettant de préciser la question portant sur l'évolution des pratiques de prise en charges au fil du temps entre ses propres enfants.

#### **d) Biais de désirabilité**

Ce biais est défini comme la tendance qu'ont les individus à vouloir se présenter sous un jour favorable et à ne pas reporter des informations qui les feraient mal voir.

Il est admis dans la communauté médicale qu'un suivi assuré par ses proches est rarement optimal. Ainsi, certains médecins ont pu, même inconsciemment, répondre plus aisément qu'ils délégueraient le suivi à un confrère.

### **e) Peu de bibliographie**

Les recherches bibliographiques se sont avérées assez pauvres en la matière.

Plusieurs thèses, pour la majorité qualitative, ont été menées sur des sujets plus vastes tels que « la prise en charge des proches de médecins généralistes ». Plus rares sont les travaux menés spécifiquement sur leurs enfants.

Aucune étude de grande envergure n'a été réalisée sur notre problématique, rendant la constitution d'un contenu bibliographique solide de départ complexe.

## **II- COMPARAISON DE NOTRE ECHANTILLON A LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES**

Il était intéressant de comparer notre échantillon à la population générale des médecins généralistes. Nous avons demandé par mail au CNOM d'avoir accès à leurs statistiques, sans réponse de leur part.

La comparaison a donc pu s'établir sur des articles plus ou moins récents disponibles en ligne, principalement du DRESS et du CNOM.

## **1- Age et répartition entre hommes et femmes**

D'après les données du CNOM en 2020 (26), l'âge moyen des médecins généralistes inscrits au Tableau de l'Ordre est de 50.1 ans, et les femmes représentent 50.4 % des effectifs.

Notre échantillon est plus féminin, avec 55.8% de femmes, et 44.5% d'hommes.

La tranche d'âge la plus représentée (58%) est celle des 30-45 ans, puis celle des 45-60 ans (24.6%).

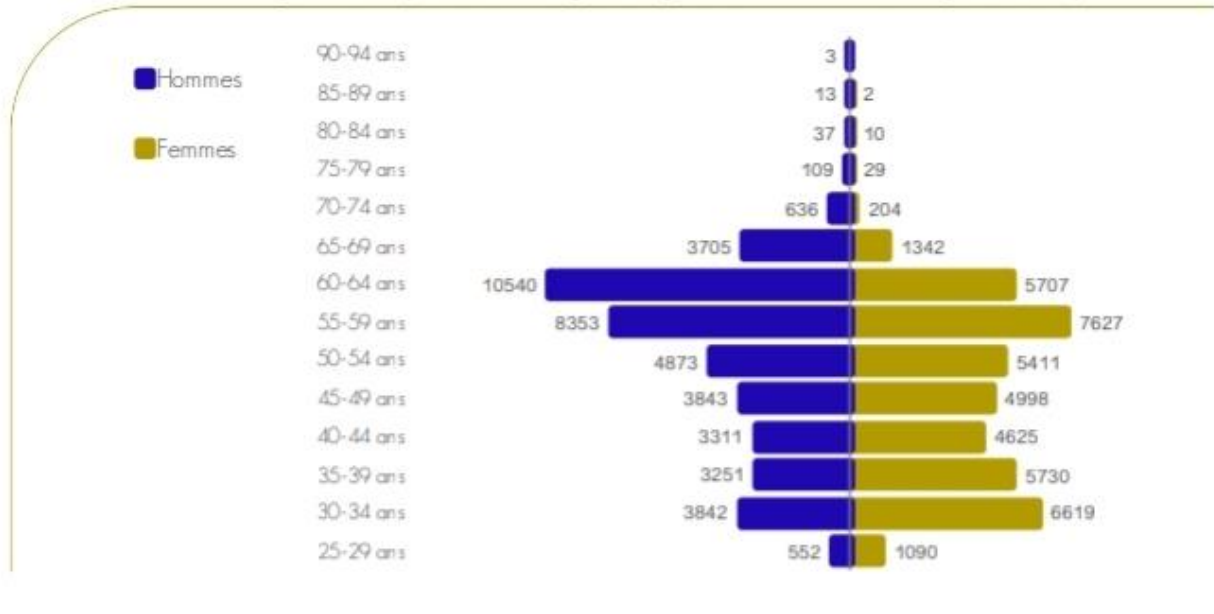
47.1% des répondants sont installés depuis moins de 10 ans.

La moyenne d'âge n'ait pas pu être calculée dans notre étude, mais il apparait fort probable que notre population soit plus jeune que la moyenne nationale des médecins généralistes.

Bien que pas tout à fait représentatif des médecins en activités, notre échantillon est en revanche plus représentatif de la nouvelle génération : en effet, parmi les jeunes médecins généralistes de moins de 40 ans, les femmes représentent 65%, comme le montre le tableau de la démographie médicale de 2020 du CNOM.

Dans les 2 thèses de médecine menées sur le sujet en 2001 dans le Rhône (27) et en 2010 en Normandie (22), les échantillons étaient composés respectivement de 31% et de 34% de femmes, avec une moyenne d'âge de 46 ans, coïncidant plus justement avec les statistiques de l'époque.

**Figure 13.** Pyramides des âges des généralistes en activité régulière au 1<sup>er</sup> janvier 2020



64 - CNO.M - Atlas de la démographie médicale 2020

## 2- Mode d'exercice

Dans notre étude, 44.4% des médecins exercent en zone péri urbaine et 40% en zone urbaine, pour seulement 15.6% exerçant en zone rurale.

Aucune donnée n'a pu être trouvée pour pouvoir comparer notre échantillon à la population réelle. De plus, cette question se basait plus sur un ressenti de type d'exercice, aucun critère objectif n'ayant été défini pour ces trois termes.

Cependant, on remarque une constance dans réponse en comparaison avec les deux thèses d'il y a 11 et 20 ans, rapportant une pratique urbaine dans 74 et 73.5% (22,27).

Une prédominance nette de médecins de notre échantillon exerce en association avec d'autres médecins généralistes (81%).

D'après une étude de la DRESS de 2019 (28), ce pourcentage correspond exactement à la tranche d'âge des médecins de moins de 50 ans, ce qui confirme le recrutement plutôt jeune de notre étude. Toujours d'après le DRESS, c'est seulement 57% des médecins libéraux généralistes qui exercent en association.

La thèse du Dr Berthomme menée il y a 20 ans rapportait un pourcentage de seulement 49% de médecins travaillant en association.

51.9% des répondants de notre étude voient entre 10 et 20% d'enfants, et 37.8% moins de 10%.

82% n'ont suivi aucune formation complémentaire en pédiatrie.

Fautes de données nationales, ces statistiques n'ont pas pu être confrontées au reste de la population.

### **3- Situation familiale**

Nous n'avons pas trouvé de référence récente concernant la situation familiale des médecins généralistes, hommes et femmes confondus.

Dans notre enquête, la majorité des médecins généralistes ont entre 1 (30.4%) et 2 (41.3%) enfants. 20.3% en ont 3 et 8% plus de 3.

Un biais évident vient s'immiscer dans cette réponse, puisque les médecins devaient avoir au moins un enfant pour répondre au questionnaire.

Des statistiques de 2014 citent un taux de fécondité allant de 1.6 à 1.9 enfant par femme médecin (29).

Cette moyenne floue, tronquée de toutes les données concernant les hommes, ne permettent pas d'établir une comparaison optimale.

35% des répondants ont leur conjoint également médecin (généraliste ou autre spécialité).

Le seul article comparatif de la DRESS trouvé datant de 2005, il est difficile de se baser dessus.

On y apprend qu'il y a 16 ans, 22% des médecins avaient un conjoint médecin, et 31% en ce qui concernait les femmes.

Au vu de la féminisation de la profession, il n'est pas improbable que nos données soient représentatives de la population généraliste.

14.5% des parents de notre échantillon ont un de leur enfant atteint d'une pathologie chronique. Bien qu'aucune donnée n'ait été trouvée à ce sujet, on peut imaginer que ce pourcentage soit similaire à tout parent non-médecin.

### III- PRINCIPAUX ELEMENTS DE L'ENQUETE

#### 1- Être ou ne pas être le médecin de son enfant

Nous avons vu que **38.4% affirment assurer seuls le suivi médical de leurs enfants.**

Ces données objectivent un tournant depuis une vingtaine d'années, les thèses plus anciennes rapportant des pourcentages de parents-médecins traitants plus élevés : 70% pour la thèse du Dr Berthomme en 2001, et 69% dans la thèse du Dr Jean Lobstein en 2010.

Cependant, dans la partie 4, adressée uniquement aux parents-médecins, on observe un taux de réponses allant de 51.4 à 55.7% (n=72 à 78), partie où l'on aurait logiquement dû trouver 38.4% de réponses.

Inversement, dans la partie 5 adressée aux parents « non-médecins », seuls 50.7% (n=70) des parents ont répondu, alors que l'on devrait compter 61.8% des répondants.

Quelques parents ont donc répondu aux deux parties.

On peut alors supposer que certains médecins n'ont pas répondu « moi uniquement » à la question « qui assure le suivi ? », car certaines des prises en charges spécifiques étaient confiées à des confrères, alors même qu'ils se considèrent comme le médecin de leur enfant. La question « Etes-vous le *médecin traitant* de votre enfant ? » aurait peut-être gonflé le taux de réponses positives.

Dans tous les cas, même en prenant en compte les 51-56% de parents-médecins de la partie 4, on note bien une diminution de cette double casquette en 20 ans.



Autre changement net, **44.4% ont préféré déléguer la prise en charge à un pédiatre**, contrastant avec la thèse du Dr Berthomme en 2001 (seulement 8%).

Le reste des prises en charge se partage entre médecin généraliste sans lien affectif (9.4%) et médecin généraliste ami (8.0%).

Cette part croissante de médecins préférant faire suivre leurs enfants par un confrère devrait se poursuivre en ce sens ces prochaines dizaines d'années, si le lien avec la féminisation et le rajeunissement de la profession était confirmé.

## **2- Comparaison du profil des deux groupes**

On a pu observer que le profil type du parent médecin serait un homme, plus âgé, plus souvent installé en ville, et avec une formation plus solide en pédiatrie, alors que le profil type du « parent non-médecins » serait une femme, plus jeune, et plus volontiers installée en association avec d'autres médecins généralistes.

Ces résultats viennent appuyer des différences qui s'existaient déjà en 2010. En effet, on notait déjà dans la thèse du Dr Jean Lobstein que le groupe des parents « non-médecins » était plus féminin (61% VS 22% dans l'autre groupe) et moins urbain (69% VS 75%) (22).

De même, dans sa thèse sur la prise en charge des proches en 2019, le Dr Douard aboutit à des résultats semblables (16) : les femmes et les médecins plus jeunes éprouveraient plus de difficultés à fournir des soins à leurs proches. Les hommes plus âgés seraient plus à l'aise, et plus satisfaits car ils rencontreraient moins de difficultés et seraient plus fermes dans leurs réponses. Le fait de ne pas être le seul médecin dans sa famille et de participer à l'enseignement renforcerait ce sentiment.

### 3- La prise en charge médicale des enfants de médecins

Dans notre enquête, **96.4%** des parents ont déjà examiné leur enfant lors d'un épisode aigu, traduisant bien la difficulté à rester en dehors de toute intervention médicale pour ses enfants en toutes circonstances.

Ce haut pourcentage était déjà élevé dans les thèses de 2001 et en 2010 avec respectivement 92% et 98% des parents ayant examiné au moins une fois leur enfant lors qu'une pathologie banale.

Ces réponses illustrent bien le fait que tout parent médecin est confronté à la santé de son enfant, indépendamment du fait d'être ou non son médecin traitant.

Etablir des limites dans la prise en charge est toujours complexes : ne pas assurer le suivi mais dépanner pour un certificat ? Ou au contraire, assurer le suivi de croissance mais ne pas vouloir être associé aux vaccins ? ...

Entre éthique, praticité, affect, des situations extrêmement variables peuvent se rencontrer, et se justifier.

Ainsi, les situations médicales inhérentes à l'adolescence et à l'intimité sont très majoritairement déléguées, même dans les situations où le parent se considère comme le médecin traitant (30).

Programmées, facilement déléguables et nécessitant un temps clinique conséquent, les **visites médicales obligatoires** sont gérées par un confrère dans quasiment  $\frac{3}{4}$  des cas. C'est également plus de 40% de « parents médecins » qui emmènent finalement leur enfant chez un confrère.

Les **sutures**, tout comme la **vaccination**, sont des actes relativement invasifs pour un enfant, pouvant être difficilement vécus dans une relation parent enfant.

Lors de ses entretiens avec des médecins, Dr Goubet rapporte : *« Tout ce qui était agressif, je n'aimais pas faire. J'ai essayé mais j'ai trouvé que ça n'était pas bien ; quand j'ai vu la tête qu'il faisait après son vaccin, j'ai dit on arrête là »* (25).

Ceci peut expliquer les 2/3 de parents déléguant les sutures et la quasi-moitié déléguant les vaccins.

De plus, les sutures peuvent nécessiter du matériel pas toujours disponible en cabinet. Cela pourrait expliquer les 47% de « parents médecins » ne suturant jamais (ou rarement) eux même leur enfant.

Ce souci de rapport à la douleur chez son enfant n'intervient pas dans la réalisation de la courbe de croissance ou d'un certificat médical sportif, expliquant donc le plus fort taux de prise en charge au domicile.

Concernant la moindre prescription d'antibiotique chez ses propres enfants pour la moitié des parents, on peut supposer que le privilège du suivi au domicile peut dispenser d'une prescription parfois « préventive » au cabinet.

#### 4- Motivations avancées dans chaque groupe

Nous avons ensuite demandé à chaque groupe les raisons de leur choix, sans limite dans les réponses.

##### A- Groupe des « parents médecins »

###### a) Arguments avancés en faveur du suivi médical par leurs soins

Dans le groupe des parents assurant le suivi de leurs enfants, le principal avantage soulevé est celui de la **praticité d'accès aux soins**, avec **89%** des répondants, et 17% l'ayant pour seul argument. Dans sa thèse qualitative, Dr Goubet avait déjà relevé cet aspect dans ses entretiens : « *pas besoin d'attendre au cabinet* », « *tout est fait à la maison, c'est pratique* » (25). En effet, il est extrêmement tentant d'aller au plus rapide, quand le matériel médical et l'ordonnancier sont à disposition.

Est ensuite soulevé bien derrière le cas **des situations de nécessité, à 37%**. On peut imaginer plusieurs cas de « nécessité » : la bobologie, qu'un parent médecin s'estime capable et même de son devoir de s'en occuper, ou bien la nécessité pratique, si aucun confrère n'est disponible.

Dans sa thèse qualitative, le Dr Charbonnier relève plusieurs situations, relevant le plus souvent de l'urgence : « *Quand tu es dans l'urgence, ben tu vas soigner tes gamins en réagissant comme n'importe quel parent* » (23)

On retrouve quasiment à la même place l'argument de **se sentir tout aussi compétent qu'un confrère** pour prendre en charge son propre enfant, à **34%**. Ainsi, la dimension émotionnelle et le manque de recul ne semble pas perturber la prise en charge pour 1/3 des parents médecins.

Le Dr Goubet va même plus loin, en évoquant les entretiens de certains parents : « *Le fait de gérer soi-même le suivi de santé de son enfant, serait bénéfique à l'enfant.* » « *Cette confiance pure de l'enfant pour son parent semblerait dans certains cas, faciliter l'examen clinique de l'enfant* ». (25)

Ces parents se sentiraient donc autant, sinon plus à même de se charger de la santé de leur enfant, ayant reçu une formation universitaire identique que leurs confrères.

Dans une période de pénurie médicale, la possibilité d'alléger les emplois du temps bien souvent surchargés des collègues est séduisante. **Eviter de déranger un confrère** est un argument retenu par ¼ des parents.

Arrivant quasiment ex-aequo, **l'envie de s'impliquer en tant que parent** est citée dans **22%** des réponses. Cette volonté d'entretenir une relation parent enfant au travers de la prise en charge médicale se retrouve dans plusieurs travaux de thèse qualitative : « *Je suis quand même sa mère. Et médecin, donc je serais impliquée dans la coordination.* » (23)

## **b) Autocritique sur leur prise en charge**

Nous avons ensuite demandé à ces parents quel était le ressenti concernant les soins prodigués à leurs enfants.

Le **temps de consultation** est raccourci pour plus de la moitié des enfants examinés par leur parent, le **temps d'écoute** pour plus d'un tiers.

De plus, l'examen est systématiquement réalisé **en dehors du cabinet** pour plus de la moitié d'entre eux.

Il s'agit donc d'une prise en charge effectuée avec un matériel restreint, et dans des conditions techniques possiblement limitées. Il s'agit également d'un moment où le médecin est en dehors de ses horaires de travail (soir, week-end) et où celui-ci est peut-être moins disponible intellectuellement car le moment est mal choisi et peut faire suite à une journée de travail chargé.

Rapportée dans plusieurs travaux de thèses qualitatives, cette différence de rigueur dans l'examen clinique paraît se retrouver autant dans l'aigu que dans le chronique.

- « Le suivi s'est résumé pour la plupart d'entre eux à « ils grandissent bien »
- « Je ne leur ai pas mis l'otoscope à chaque fois qu'ils avaient mal aux oreilles... je les laissais au moins 4 jours et si ça ne passait pas avec la base, je les amenais aux urgences» (23).

Le **recours aux examens complémentaires** est également moindre pour plus d'un tiers des parents médecins. Le luxe du suivi au domicile leur permet de temporiser, mais au risque de passer à côté d'un diagnostic.

Cependant, plus de 2/3 des parents médecins estiment réaliser un examen clinique tout aussi sérieux qu'avec leur patientèle, tout comme le suivi de la croissance, similaire ou même supérieur pour 71% d'entre eux.

De même, on observe une grande rigueur dans la réalisation des vaccins, avec seulement 6 parents (7.8%) affirmant être moins à jour qu'avec leur patientèle.

Moins de temps imparti et dans des conditions d'exercice différente, mais souvent tout aussi rigoureux, c'est ce qui semble caractériser l'examen clinique d'un parent médecin.

### **c) Facteurs limitants leur prise en charge médicale**

Une des raisons principales citée semblant entraver la volonté de soigner ses enfants est la  **Crainte que le suivi médical n'altère la relation parent / enfant.**

En effet, une relation de soin doit être basée sur le principe de l'empathie, définie par une attitude d'écoute et de disponibilité, avec une distance émotionnelle nécessaire au maintien d'une totale lucidité. (31)

La sympathie, définie par le Larousse comme « la faculté à participer aux peines et aux joies de l'autre » est ce qui caractérise intrinsèquement la relation parent enfant.

Ces deux relations contradictoires sont constamment à gérer dans la prise en charge médicale de son enfant :

D'un côté la perte d'objectivité dans la prise en charge du fait de l'affect démesuré, problème souvent relevé dans les soins prodigués aux proches.

Mais à l'inverse, comme cité ici, l'influence possiblement néfaste à la relation parent enfant que peut ériger une relation empathique, avec une distance émotionnelle imposée.

Dans un entretien de la thèse du Dr Charbonnier, on peut lire « *il y a un problème du médecin vis à vis du proche et un problème du proche envers le médecin. C'est les deux côtés qui font que ça ne va pas.* »

Citée également dans plus de la moitié des réponses, **l'intrusion dans l'intimité** conduit également à une limitation du soin.

On remarque d'ailleurs que les actes les plus facilement délégués (contraception, obésité, acné) sont ceux de l'adolescence, touchant à la pudeur, à la vie de l'enfant en dehors de ses parents.

D'ailleurs, la barrière exposée à la troisième place est celle des pathologies gynécologiques, intrinsèquement liée à la problématique de l'intimité.

Les **pathologies chroniques** semblent être un frein au suivi dans près d'un tiers des cas. Le cadre imposé à une telle prise en charge permet aux parents de prendre le temps de réfléchir à leur souhait de suivi. Cependant, pour la majorité des parents, la volonté de s'impliquer est la plus forte : « *j'aime ça, prendre des décisions pour mes patients et qu'il faut assumer ; et donc pour mes enfants, j'aurais encore plus aimé que ce soit moi qui m'en occupe.* » (23)



Les **limites de suivi dues à l'âge** vont logiquement mettre un terme au suivi, que ce soit pour des raisons d'intimité ou de distance géographique.

Etonnamment, **l'incapacité à gérer son affect** est cité dans moins d'un quart des réponses seulement. De même ¼ des parents déclarent ne pas ressentir de facteur limitant dans la limite de leur domaine de compétences.

#### **B- Groupe des « parents non-médecins »**

Dans le groupe des parents ne souhaitant pas suivre leur enfant, **la perte d'objectivité** est le principal argument avancé, par 68 répondants sur 70.

Cet argument se retrouve dans de nombreux travaux s'étalant sur plusieurs centaines d'années (4-7)

Dans un ouvrage sur l'éducation, Françoise Dolto aborde cette problématique :  
*« Malheureusement pour certains enfants, leurs parents les soignent, et c'est très dommage car ils mêlent une intersubjectivité inconsciente à ce qui devrait rester, autant que possible, objectif. Un médecin n'est jamais totalement objectif vis-à-vis de son patient, mais lorsque c'est un parent, cela devient impossible »* (32).

Cependant, dans la thèse du Dr Berthomme, 56% des médecins de son échantillon ont répondu « oui » à la question « Pensez-vous pouvoir garder une attitude professionnelle et objective face à vos propres enfants (27).

De la même manière, dans sa thèse réalisée sur la prise en charge des proches en 2019, Dr Douard retrouve 50% de répondants estimant maintenir leur objectivité la plupart du temps, et 10% systématiquement, avec parmi eux une plus grosse proportion d'homme de plus de 40 ans (16).

On peut imaginer qu'il n'est pas simple de reconnaître son propre manque d'objectivité. Pourtant, il est nécessaire d'en avoir conscience pour y faire barrage et ne pas perdre en efficacité dans le soin (32).

D'ailleurs, le 2<sup>e</sup> argument avancé à 48% est celui du principe, de la **conviction**, argument intimement lié à celui de l'objectivité. En effet, il sous-tend que le parent médecin est conscient de son manque d'objectivité, et donc de compétence face à la situation médicale de son enfant, et qu'il ne dérogera pas à sa conviction profonde de devoir déléguer pour des raisons de praticité notamment.

Les 2 arguments venant ensuite sont la peur de l'erreur diagnostique à 27% et la volonté de transfert de responsabilité à 31%.

Cette notion de **responsabilité génératrice de stress** est retrouvée dans plusieurs travaux qualitatifs. Dans sa thèse menée en 2012, Marie Emilie Bouquet Lautie rapporte que *«les médecins interrogés évoquaient de nombreux inconvénients, comme la responsabilité considérée comme pesante pour le soignant et une pression familiale particulièrement forte »*

(12)

Ainsi, le fait de confier son enfant à un confrère permet de s'affranchir d'une possible culpabilité d'une prise en charge incomplète, et ainsi de s'octroyer une certaine tranquillité morale.

La **crainte de l'erreur médicale**, est un élément intéressant à soulever : peur de sous-estimer la gravité, peur d'être celui qui fera un diagnostic sombre, peur d'une prise en charge inadaptée ou peur d'une thérapeutique iatrogène, la peur peut s'immiscer dans toutes les prises en charge, aiguës comme chroniques.

Cet argument avait déjà été soulevé dans la thèse du Dr Goubet ; elle rajoute que *«la possibilité de pouvoir agir et décider en couple, lorsque le conjoint est également médecin, permet de réduire cette inquiétude inhérente à l'erreur médicale, puisqu'il en résulte un partage des responsabilités »*.

### **C- Evolution des attitudes en fonction du rang de l'enfant**

2/3 des parents concernés ne rapportent pas de changement de prise en charge entre leurs différents enfants.

Pour les 1/3 de parents ayant noté un changement d'attitude, une question ouverte leur permettait de s'expliquer.

On retrouve plusieurs fois la justification par **le manque d'expérience et l'anxiété avec le premier** enfant, s'effaçant avec les suivants :

*« Je n'ai pas suivi mes 2 premiers enfants pendant la toute petite enfance car je n'étais pas encore passé en stage de pédiatrie et l'examen des enfants nouveaux nés me stressait »*

*« Meilleure connaissance de la croissance des nourrissons donc plus à l'aise pour l'examen et donner des conseils »*

*« Moins de stress, plus de recul car déjà l'expérience du 1er enfant ! »*

*« Moins d'inquiétude pour le 2<sup>ème</sup> »*

*« Conseils sur la parentalité beaucoup plus précis. Meilleures connaissances du développement de l'enfant et de sa psychologie »*

*« Plus on en a et plus on relativise "c'est pas grave" »*

*« Moindre anxiété au fur et à mesure de l'augmentation du cheptel et de la compétence professionnelle »*

*« Prise en charge par un autre généraliste avant l'installation »*

*« Au départ l'aînée était suivie par une pédiatre mais étant moi-même amenée à consulter de beaucoup d'enfants je n'ai pas trouver de valeur ajoutée à la prise en charge pédiatrique notamment dans les cas d'urgence »*

*« Mon premier était régulièrement vu par son pédiatre même pour pathologies intercurrentes, mes deux premiers ont eu plus de médicaments (Doliprane Advil antibiotiques) que les deux dernières »*

Certains expliquent cette évolution de soins par la **différence de caractères** entre leurs enfants :

*« Profil psychologique différents, et demandes différentes »*

*« J'emmène un peu plus le 3° chez mes collègues il me semble... »*

*« Facilité avec le second qui voudrait que je sois son médecin traitant, et anxiété anticipatoire de l'ainée rendant mon avis inopérant ! »*

.... Ou par la **différence de sexe** :

*« Différences entre les enfants (sexe biologique) »*

*« J'ai plus suivi mes deux garçons que ma fille, qui a rapidement voulu « aller chez le docteur »*

## **CONCLUSION**

Le médecin généraliste, à la naissance de son premier enfant, est confronté au choix de la prise en charge médicale de ce dernier. Soignera-t-il son enfant ? Dans quels cas ? Laissera-t-il la fonction de médecin à un confrère ? Le cas échéant, choisira-t-il un pédiatre ou un confrère généraliste ? Ces choix, chaque parent médecin les fait de façon personnelle, aucune recommandation ne venant encadrer la pratique de la médecine pour ses proches.

Le but de ce travail est de montrer les situations et les réponses possibles de chacun.

Nous avons établi un questionnaire à partir de résultats d'entretien fournis par des thèses qualitatives, et nous l'avons soumis à l'ensemble des médecins généralistes libéraux des Pyrénées Atlantiques. Sur 143 réponses recueillies, 138 étaient exploitables.

Nous avons analysé les réponses ainsi collectées et nous avons enrichi la discussion à partir de réflexions suscitées par le questionnaire et de données de la littérature.

Le profil type du médecin qui aurait répondu à notre questionnaire serait une femme jeune, installée en association avec des confrères médecins généralistes depuis moins de 10 ans dans une zone péri urbaine. Elle aurait 2 enfants, un conjoint non-médecin, et aurait entre 10 et 20% de pédiatrie dans sa patientèle, sans avoir de formation complémentaire en la matière. Ce médecin-type correspond à la frange des jeunes médecins installés, probablement donc au profil du médecin de demain.

Il ressort de notre étude que la double casquette de parent et médecin a connu un très fort déclin ces 20 dernières années, puisque seuls 38% des parents assurent se charger eux même de la santé de leurs enfants, alors même que la proportion de parents souhaitant faire suivre

leurs enfants par un pédiatre a considérablement augmenté pour atteindre 44% dans notre échantillon.

Cependant, une ambivalence persiste puisqu'une majorité se considère tout de même comme le médecin de son enfant, et la quasi-totalité admet avoir déjà examiné son enfant lorsqu'il était malade.

La motivation principale pour assurer le suivi est la praticité, s'affranchissant ainsi de la prise de rendez-vous, ne se déplaçant pas et examinant au domicile.

Les médecins ayant fait ce choix de suivre leurs enfants sont en proportion plus souvent des hommes, plus âgés, exerçant plus volontiers en ville.

Ils admettent prendre moins le temps pour la consultation, mais faire leur possible pour rester rigoureux dans l'examen clinique.

Cependant, ils préfèrent tout de même faire appel à un confrère pour les problèmes d'addiction et de comportement, et à minima pour la prescription d'une contraception.

C'est d'ailleurs l'intimité de leurs enfants qui constitue leur principale barrière, au même titre que la peur d'altérer la relation qu'ils ont avec leur enfant en se rajoutant le rôle de médecin.

Moins d'un quart d'entre eux redoutent de perdre leur objectivité, alors même que les parents ayant choisi de déléguer le suivi médical ont fait ce choix en tout premier lieu face à cette crainte.

Les parents n'assurant pas la prise en charge médicale de leurs enfants correspondent au profil type décrit plus haut.

Ils préfèrent ne pas endosser la responsabilité d'une possible erreur médicale, déléguant au maximum. Cependant, peu sont ceux n'ayant jamais interféré avec la santé de leurs enfants, que ce soit pour le suivi chronique avec les courbes de croissance et les certificats médicaux sportifs, ou bien pour des lésions bénignes en aigu, pour éviter d'aller déranger un confrère.

Quoi qu'il en soit, les attitudes face à ces choix évoluent au fil de l'expérience grandissante, de l'anxiété de la parentalité décroissante, ainsi que des caractères et des demandes des différents enfants.

Un travail de recherche concernant le point de vue et les attentes des enfants des médecins concernant leur prise en charge pourrait venir compléter nos résultats.



## ANNEXES

### Annexe 1 : Message posté sur la page facebook des remplaçants du 64

[THESE SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICALE  
DES ENFANTS DE MEDECINS]

Bonjour,

Je réalise en ce moment mon travail de thèse  
sur la prise en charge médicale des enfants de  
médecins généralistes du 64 (installés ou non)  
via un questionnaire par email.

Les critères d'inclusion : avoir au moins un  
enfant et exercer dans le 64.

Si vous avez 5 minutes, cela m'aiderait  
grandement 😊

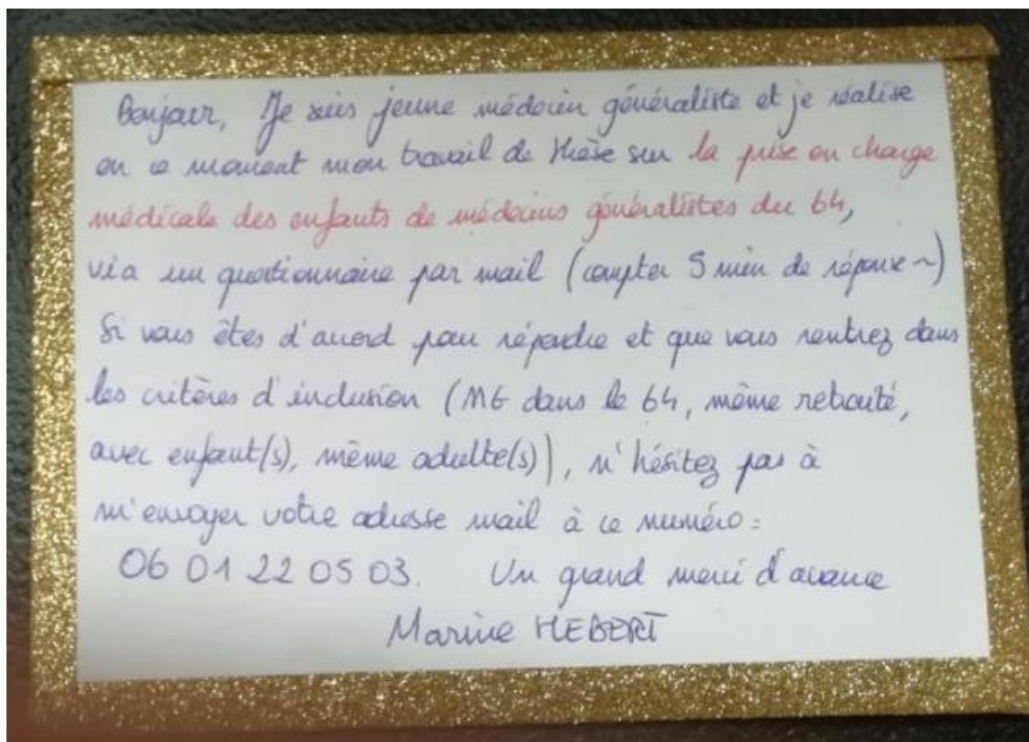
Voici le lien du questionnaire :

[https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=DQSlkWdsW0yxEjajBLZtrQAAAAAAAAAAAAAN\\_hew0TJUOTJRVzhXTkkyNkhXRdINOUhDVzISQUdQSC4u](https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=DQSlkWdsW0yxEjajBLZtrQAAAAAAAAAAAAAN_hew0TJUOTJRVzhXTkkyNkhXRdINOUhDVzISQUdQSC4u)

PS : désolée de poster cela sur cette page,  
c'est l'unique moyen que j'ai trouvé pour  
pouvoir avoir des médecins non installés dans  
mon recueil ...

Un immense merci d'avance !!

### Annexe 2 : Message manuscrit déposé à tous les postes médicaux du vaccinodrome de Pau



### Annexe 3 : QUESTIONNAIRE

## Quelle prise en charge pour les enfants de médecins généralistes ?

Je prépare une thèse de médecine générale sur la prise en charge médicale des enfants de médecins généralistes dans le département des Pyrénées Atlantiques.

Pour cela, je réalise une enquête s'appuyant sur le questionnaire ci-joint, qui vous prendra environ 4 minutes.

**!!! La section 4 se destine uniquement aux médecins assurant le suivi médical chronique de leur(s) enfant(s),**

**et la section 5 uniquement pour ceux ne l'assurant pas !!!**

D'avance je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à mon travail.

### PREMIERE PARTIE : PRESENTATION GENERALE

1- **Sexe** : H / F

2- **Age** :

- < 30
- 30-45
- 45-60
- > 60

3- **Années d'exercice** :

- < 10
- 10-20
- 20-30
- > 30

4- **Lieu d'exercice** :

- Rural
- semi-rural
- urbain

**5- Type d'exercice :**

- seul
- associé avec des médecins généralistes
- associé avec des médecins généralistes et pédiatre

**6- Pourcentage de patientèle pédiatrique :**

- < 10%
- 10-20%
- >20%

**7- Formation complémentaire en pédiatrie : OUI / NON**

## **DEUXIEME PARTIE : SITUATION FAMILIALE**

**8- Nombre d'enfants : 1 / 2 / 2 / 4 / >4**

**9- Dans quelle(s) tranche(s) d'âge se situent actuellement vos enfants ? (choix multiples) :**

- < 3 ans
- entre 3 et 12 ans
- entre 12 et 18 ans
- > 18 ans.

**10- L'autre parent est-il médecin ? OUI / NON**

**11- Votre enfant a-t-il une pathologie chronique nécessitant un suivi par un spécialiste ?**

OUI / NON

## **TROISIEME PARTIE : PRISE EN CHARGE MEDICALE DE VOS ENFANTS**

**12- Avez-vous déjà examiné votre enfant lorsqu'il était malade (épisode aigu) ?**

OUI / NON

**13- Qui assure le suivi médical de vos enfants (RDV obligatoires, vaccination, courbe staturo-pondérale ...) ?**

- Vous uniquement
- Médecin généraliste parmi vos connaissances proches
- Médecin généraliste sans lien affectif
- Pédiatre

**14- Les vaccins de vos enfants sont-ils à jour ? (tableau vaccinal standard obligatoire) ?**

OUI / NON

**15- A quelle fréquence avez-vous été amené à prendre en charge les situations médicales suivantes pour vos enfants ?**

- Vaccinations
- Courbes de croissance
- Visites médicales obligatoires avant 2 ans
- Certificats médicaux sportifs
- Bilan orthophonique ; latéralité ; dyslexie
- Actes techniques (sutures, agrafes, soins locaux spécifiques)
- Pathologies aiguës intercurrentes
- Troubles du comportement ; dépression ; TDHA
- Addiction ; tabac ; toxicomanie ; alcool
- Contraception
- Obésité
- Acné

⇒ *JAMAIS / RAREMENT / PLUSIEURS FOIS / TRES FREQUEMMENT / TOUJOURS / NON CONCERNE*

**16- Pour ceux assurant la prise en charge des pathologies aiguës intercurrentes, comment considérez vous votre fréquence de prescriptions d'antibiotiques par rapport au reste de votre patientèle pédiatrique ?**

- Moindre
- Similaire
- Supérieure
- Non concerné (pas de prise en charge des pathologies aiguës)

**17- Pour les parents ayant plusieurs enfants : Y a-t-il eu un changement d'attitude dans votre prise en charge médicale entre vos enfants ?**

OUI / NON / NON CONCERNE

**18- Si oui, pourquoi ? QUESTION OUVERTE**

## **QUATRIEME PARTIE : POUR LES MDECINS ASSURANT LE SUIVI MEDICAL (RDV obligatoires, vaccinations, courbes de croissance ...) de leurs enfants**

*Pour les médecins n'assurant pas le suivi, passer directement à la partie 5*

**19- J'ai choisi de suivre mon enfant pour les motifs suivants (pas de limites de choix) :**

- Aspect pratique
- Situation de nécessité
- Envie de m'impliquer en tant que parent
- Compétences analogues à celles de mes confrères
- Capacité d'objectivité maintenue
- Prise en charge de meilleure qualité
- Eviter de déranger un confrère
- Influence de l'autre parent
- Influence de l'enfant

**20- Dans quel lieu examinez-vous votre enfant ? (2 réponses possibles)**

- Au cabinet
- Chez vous

**21- La prise en charge de mes enfants comparée à celle de ma patientèle pédiatrique :**

- Temps d'écoute
  - Temps de consultation
  - Qualité de l'examen clinique
  - Recours aux investigations complémentaires
  - Suivi de la croissance
  - Suivi des vaccinations
- ⇒ *MOINDRE / SIMILAIRE / SUPERIEUR(E)*

**22- Quels sont les facteurs limitants la prise en charge de mes propres enfants ? (pas de limite de choix)**

- Aucun
- Age
- Intimité
- Pathologies psychiatriques
- Pathologies gynécologiques
- Pathologies chroniques
- Influence de la relation parent / enfant
- Incapacité à gérer l'affect.

## **PARTIE 5 : POUR LES MEDECINS N'ASSURANT PAS LE SUIVI MEDICAL DE LEURS ENFANTS**

*Pour ceux assurant le suivi médical, passer cette section*

**23- Pourquoi avez-vous choisi de ne pas assurer le suivi médical de vos enfants ? (choix multiples)**

- Conviction / principes
- Maintien de l'objectivité
- Pathologies spécifiques

- Volonté de transfert de responsabilité
- Défaut de professionnalisme dans cette prise en charge
- Peur de l'erreur diagnostique
- Manque d'assurance
- Vécu, mauvaise expérience
- Problèmes relationnels.
- Intrusion dans intimité

#### **Annexe 4 : Mail d'explication du travail de thèse envoyé aux médecins généralistes**

Bonjour,

Actuellement jeune remplaçante en médecine générale, je réalise mon travail de thèse sur **la prise en charge médicale des enfants de médecins généralistes**, via un questionnaire par email d'environ 4 minutes.

Les **2 critères d'inclusion** sont :

- Etre ou avoir été médecin généraliste en cabinet dans le 64 (remplaçant, titulaire ou retraité)
- Avoir au moins un enfant (**même si adulte maintenant**).

Voici le lien du questionnaire : [https://forms.office.com/Pages/Response-Page.aspx?id=DQSIkWdsW0yxEjajBLZtrQAAAAAAAAAAAAAN\\_hew0TJUOTJRVzhXTk-kyNkhXRDINOuhDVzISQUdQSC4u](https://forms.office.com/Pages/Response-Page.aspx?id=DQSIkWdsW0yxEjajBLZtrQAAAAAAAAAAAAAN_hew0TJUOTJRVzhXTk-kyNkhXRDINOuhDVzISQUdQSC4u)

Le recueil des données se poursuit jusqu'à fin mai.

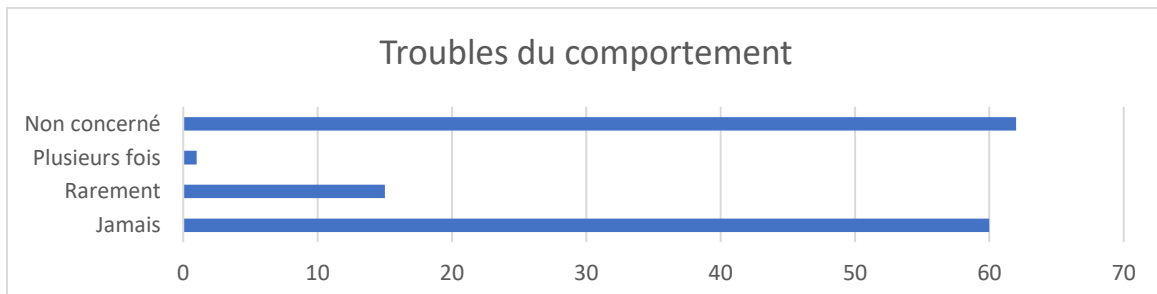
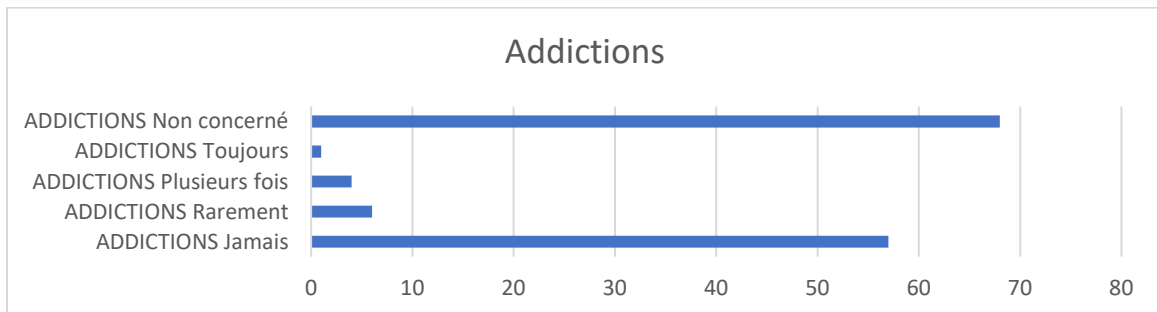
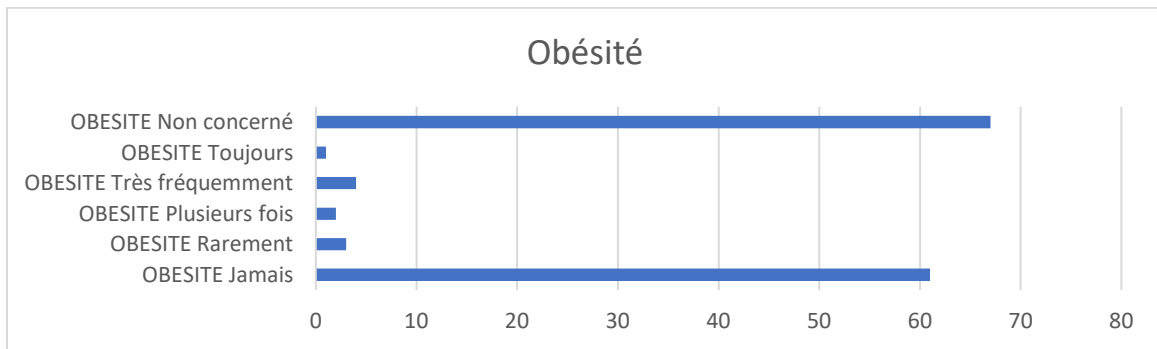
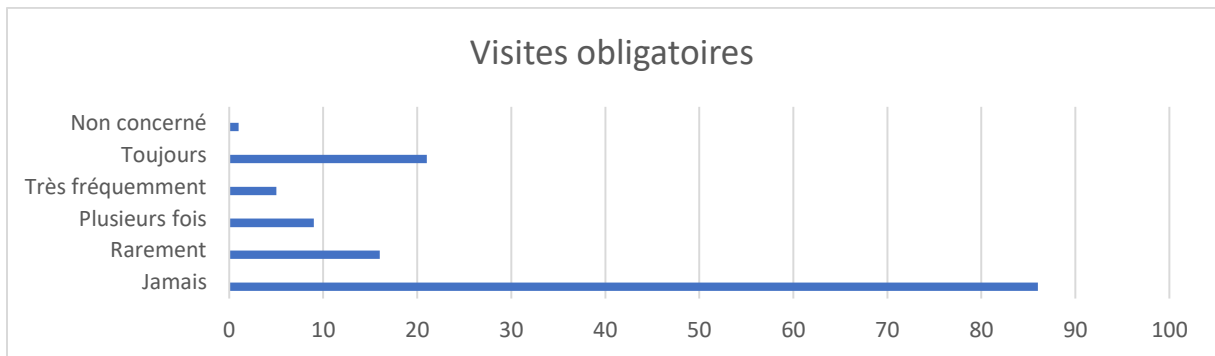
Si vous souhaitez recevoir les résultats de mon travail, n'hésitez pas à m'en faire part, je vous enverrai un exemplaire mail lorsqu'il sera terminé.

**Merci** d'avance de prendre ce temps de réponse.

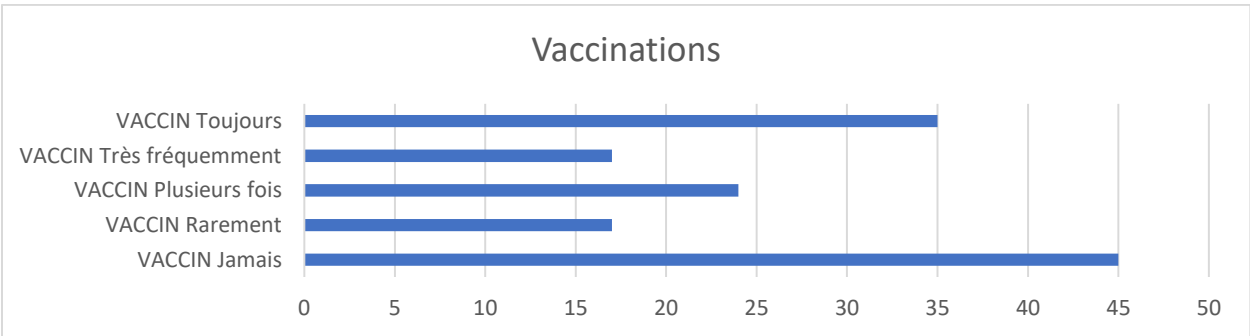
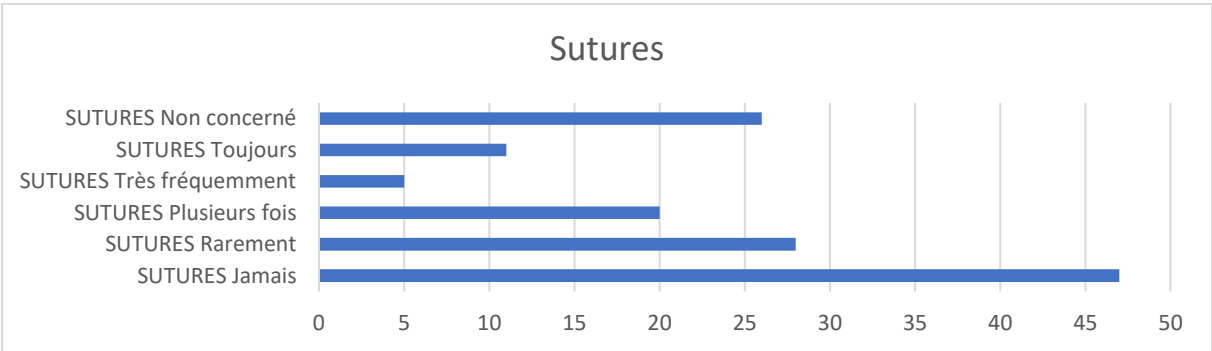
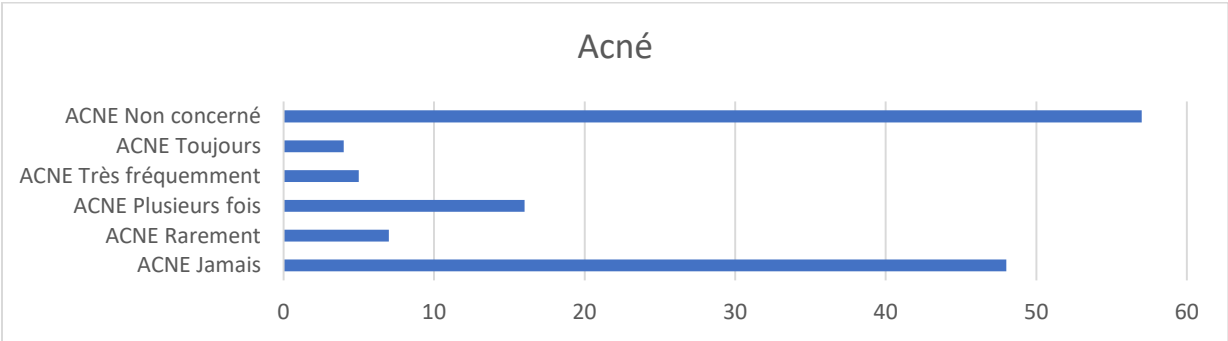
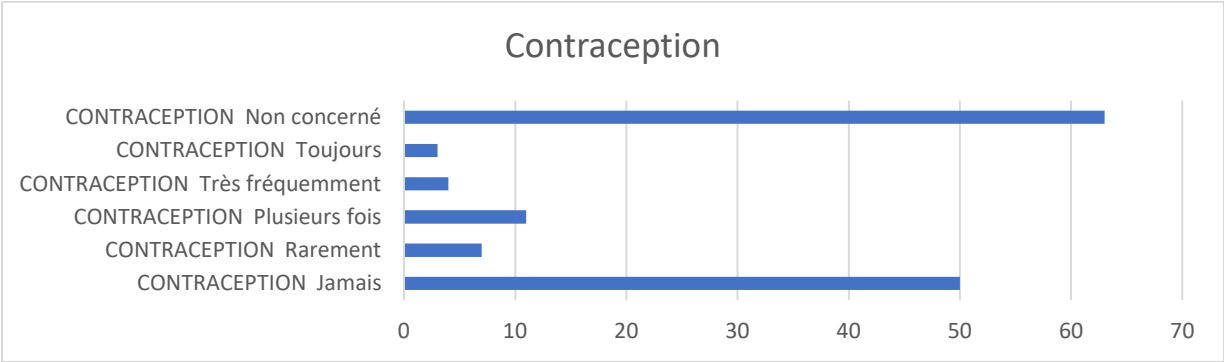
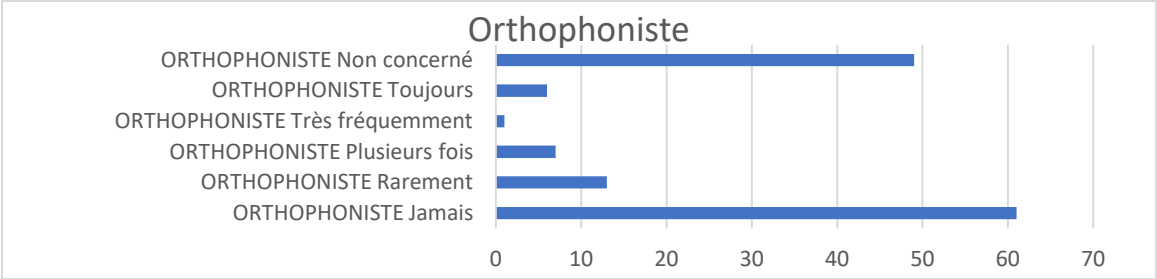
Bien confraternellement,

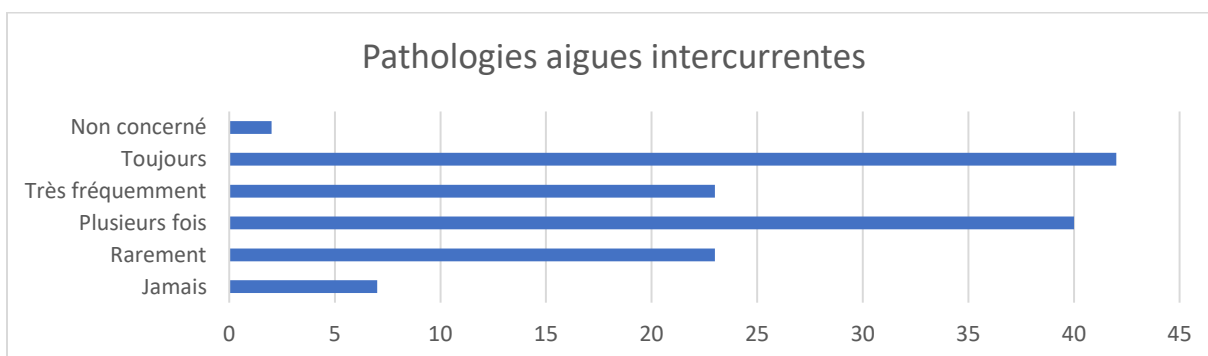
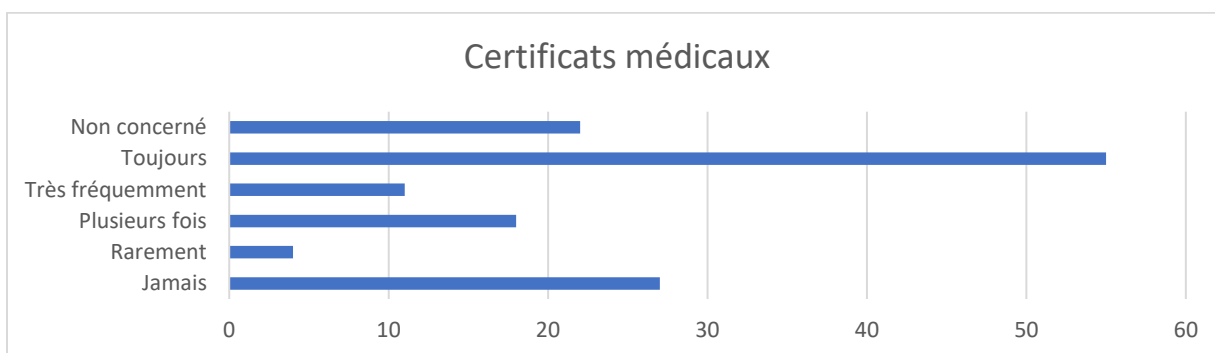
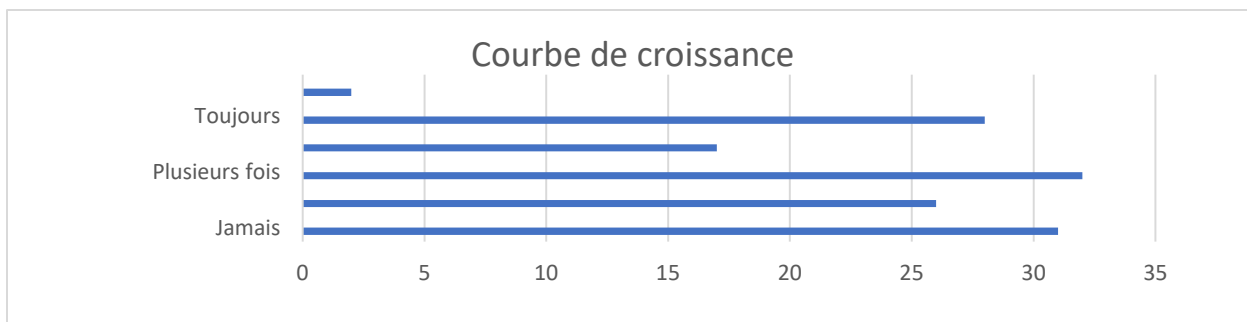
Marine HEBERT

**Annexe 5 : Fréquence de prise en charge de situations médicales courantes pour leurs propres enfants chez les médecins généralistes**









**Annexe 6 : Cohérence entre parents se définissant comme médecin ou non de leurs enfants et prise en charge réelle.**

**Antibiotiques**

Fréquence de prescription par rapport au reste de sa patientèle pédiatrique	Parents « non-médecins »	Parents médecins
MOINDRE	48,24%	52,83%
NON CONCERNÉ (PAS DE PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES AIGUES)	5,88%	1,89%
SIMILAIRE	43,53%	43,40%
SUPÉRIEURE	2,35%	1,89%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Prise en charge aigue

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	1,19%	1,89%
JAMAIS	7,14%	1,89%
RAREMENT	23,81%	5,66%
PLUSIEURS FOIS	35,71%	18,87%
TRES FREQUEMMENT	19,05%	13,21%
TOUJOURS	13,10%	58,49%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Certificats médicaux

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	20,24%	9,43%
JAMAIS	32,14%	0,00%
RAREMENT	4,76%	0,00%
PLUSIEURS FOIS	16,67%	7,55%
TRES FREQUEMMENT	3,57%	15,09%
TOUJOURS	22,62%	67,92%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Vaccins

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
JAMAIS	52,94%	0,00%
RAREMENT	18,82%	1,92%
PLUSIEURS FOIS	22,35%	9,62%
TRES FREQUEMMENT	3,53%	25,00%
TOUJOURS	2,35%	63,46%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Visites médicales obligatoires

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	1,18%	0,00%
JAMAIS	87,06%	22,64%
RAREMENT	7,06%	18,87%
PLUSIEURS FOIS	2,35%	13,21%
TRES FREQUEMMENT	0,00%	9,43%
TOUJOURS	2,35%	35,85%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Acné

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	47,62%	32,08%
JAMAIS	42,86%	22,64% (soit 33.3% des concernés)
RAREMENT	2,38%	9,43%
PLUSIEURS FOIS	4,76%	22,64%
TRES FREQUEMMENT	1,19%	7,55%
TOUJOURS	1,19%	5,66%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Addictions

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	51,81%	47,17%
JAMAIS	42,17%	41,51% (soit 78.6% des concernés)
%RAREMENT	3,61%	5,66%
PLUSIEURS FOIS	2,41%	3,77%
TOUJOURS	0,00%	1,89%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Contraception

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	50,59%	37,74%
JAMAIS	40,00%	30,19% (soit 48.5% des concernés)
RAREMENT	3,53%	7,55%
PLUSIEURS FOIS	4,71%	13,21%
TRES FREQUEMMENT	1,18%	5,66%
TOUJOURS	0,00%	5,66%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Courbe de croissance

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	1,19%	1,92%
JAMAIS	35,71%	1,92%
RAREMENT	27,38%	5,77%
PLUSIEURS FOIS	26,19%	19,23%
TRES FREQUEMMENT	7,14%	21,15%
TOUJOURS	2,38%	50,00%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Obésité

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	50,59%	45,28%
JAMAIS	47,06%	39,62%
RAREMENT	2,35%	1,89%
PLUSIEURS FOIS	0,00%	3,77%
TRES FREQUEMMENT	0,00%	7,55%
TOUJOURS	0,00%	1,89%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Orthophoniste

Étiquettes de lignes	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	30,95%	43,40%
JAMAIS	50,00%	35,85%
RAREMENT	11,90%	5,66%
PLUSIEURS FOIS	3,57%	7,55%
TRES FREQUEMMENT	0,00%	1,89%
TOUJOURS	3,57%	5,66%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Sutures

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	20,00%	17,31%
JAMAIS	44,71%	17,31%
RAREMENT	20,00%	21,15%
PLUSIEURS FOIS	9,41%	23,08%
TRES FREQUEMMENT	3,53%	3,85%
TOUJOURS	2,35%	17,31%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Troubles du comportement

Fréquence de prise en charge personnelle	Parents « non-médecins »	Parents médecins
NON CONCERNÉ	44,71%	45,28%
JAMAIS	43,53%	43,40%
RAREMENT	10,59%	11,32%
PLUSIEURS FOIS	1,18%	0,00%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [consulté le 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
2. Percival T. Medical Ethics: Or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons : to which is Added an Appendix ; Containing a Discourse on Hospital Duties ; Also Notes and Illustrations. S. Russell; 1803.
3. Code of Medical Ethics overview [Internet]. American Medical Association. [consulté le 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/code-medical-ethics-overview>
4. Dusdieker LB, Murph JR, Murph WE, Dungy CI. Physicians treating their own children. Am J Dis Child. févr 1993;147(2):146-9.
5. McSherry J. Long-distance meddling: do MDs really know what's best for their children? CMAJ. 1 sept 1988;139(5):420-2.
6. New Code of Ethics for doctors [Internet]. Australian Medical Association. 2017 [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://ama.com.au/media/new-code-ethics-doctors>
7. La Puma J, Stocking CB, La Voie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families. Practices in a community hospital. N Engl J Med. 31 oct 1991;325(18):1290-4.
8. WMA - The World Medical Association-Manuel D'éthique Médicale [Internet]. 3e édition. 2015 [consulté le 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.wma.net/fr/ce-que-nous-faisons/education/manuel-dethique-medicale/>
9. CMA Code of Ethics and Professionalism [Internet]. Disponible sur: <https://policybase.cma.ca/en/permalink/policy13937>
10. Dispositif du médecin traitant [Internet]. [consulté le 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
11. Jaddo. . « Je sais que t'aimes pas donner des conseils médicaux, mais... » [Internet]. Juste après dresseuse d'ours. 2011 [consulté le 8 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.jaddo.fr/2011/04/10/>
12. Bouquet Lautie M-E. Déterminants de la prise en charge de ses proches, en particulier de ses enfants, par le médecin généraliste. Etude qualitative auprès de médecins girondins par focus groupes. [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 2012.

13. Garand J. Médecin traitant de sa propre famille, quelles sont les difficultés à soigner ses proches (parents, conjoint, enfants) ? Enquête qualitative menée auprès de proches de médecins généralistes ardennais [Thèse d'exercice]. Reims Champagne-Ardenne; 2017.
14. Méchin M. Perception de la qualité relationnelle entre le médecin généraliste et des proches qu'il soigne. [Thèse d'exercice]. Saint Etienne; 2016.
15. Demond V. Soigner ses proches : une erreur ? Recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins délivrés par un médecin généraliste à ses proches [Thèse d'exercice]. Claude Bernard Lyon 1; 2014.
16. Douard F. La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste [Thèse d'exercice]. Strasbourg; 2019.
17. Aguillon S, Marre J. Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches ? Thèse qualitative en " focus group " dans le Lot [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [consulté le 18 mai 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1023/>
18. Mietka AD. Le médecin peut-il soigner ses proches ? Revue de la littérature à ce sujet [Internet]. 2019 [consulté le 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02886010>
19. Rebeyrotte A. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste: enquête quantitative auprès de membres de famille de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2016.
20. Tefana Tauraa - Soigner ses proches : focus sur l'adolescence. Enquête qualitative sur le vécu des médecins généralistes face à la santé de leurs proches adolescents – Upthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [consulté le 18 mai 2021]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/64142>
21. Benth H. Ressenti des enfants de médecins concernant leur prise en charge médicale: étude qualitative par entretiens semi-dirigés menés auprès d'enfants âgés de 6 à 18 ans de médecins généralistes et spécialistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2017.
22. Jean Lobstein A. Audit sur le suivi médical des enfants de médecins généralistes. Thèse de médecine [Thèse d'exercice]. [Rouen]; 2010.
23. Charbonnier D. Prise en charge par le Médecin généraliste de la santé de ses propres enfants : étude qualitative auprès de dix-huit praticiens de la région [Thèse d'exercice]. Marseille; 2017.
24. Toumelin S. La prise en charge médicale de la famille du généraliste : conjoint et enfants [Thèse d'exercice]. [Rennes]; 2009.



25. Goubet J. Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants : peut-on soigner ses enfants ? [Thèse d'exercice]. [Amiens]: Picardie Jules Verne; 2016.
26. CNOM. Atlas de la démographie médicale 2020 [Internet]. 2020 [consulté le 21 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1grhel2/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2020\\_tome1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf)
27. Berthomme B. Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ? [Rhône]; 2001.
28. DRESS. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. 2019 [consulté le 21 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/media/37796/download>
29. Féminisation et maternité des médecins en quelques chiffres [Internet]. What's Up Doc. 2014 [consulté le 29 août 2021]. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/feminisation-et-maternite-des-medecins-en-quelques-chiffres>
30. Douglas S, Crook E, Boyle W, Blackstone J. Caring for Adolescent Family Members of Physician Colleagues. Vol. 323. 2002.
31. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2002;no 29(2):213-37.
32. Mailhot M. Caring for our own families. Can Fam Physician. mars 2002;48:546-52.

## Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté.

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

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.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai.

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.