



**HAL**  
open science

## Fils et filles de généralistes : être soigné par son parent, recueil et analyse du vécu

Germain Debuire

► **To cite this version:**

Germain Debuire. Fils et filles de généralistes : être soigné par son parent, recueil et analyse du vécu. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04782512

**HAL Id: dumas-04782512**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04782512v1>**

Submitted on 14 Nov 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE**

**UFR DE MEDECINE D'AMIENS**

**ANNEE 2024**

**N°2024-171**

**FILS ET FILLES DE GENERALISTES : ETRE SOIGNE PAR SON PARENT,  
RECUEIL ET ANALYSE DU VECU.**

**THESE**

**Pour l'obtention du DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Spécialité : Médecine Générale**

**Présentée et soutenue publiquement**

**Le 16 octobre 2024**

**Par Monsieur Germain DEBUIRE**

**PRÉSIDENT DU JURY :**

Monsieur le Professeur Henri COPIN

**MEMBRES DU JURY :**

Monsieur le Professeur Eric HAVET

Monsieur le Docteur Marc BOCQUILLON

Monsieur le Docteur François DUPRIEZ

**DIRECTRICE :**

Madame le Docteur Lucie BERGEZ KOSTEK

*"J'aime mieux être un météore superbe, chacun de mes atomes rayonnants d'un magnifique éclat plutôt qu'une planète endormie. La fonction de l'homme est de vivre non d'exister. Je ne gâcherai pas mes jours à tenter de prolonger ma vie, je veux brûler tout mon temps"*

Jack London

REMERCIEMENTS :

**A Monsieur le Professeur Henri COPIN**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et CECOS de Picardie

Pôle "Femme-Couple-Enfant"

Responsable de l'UF de Cytogénétique du Laboratoire de Génétique Constitutionnelle

Pôle "Biologie, Pharmacie et Santé des Populations"

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Merci de me faire l'honneur de bien vouloir présider ma thèse, veuillez recevoir mes sincères remerciements.*

**A Monsieur le Professeur Eric HAVET**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Anatomie - Chirurgie Orthopédique

Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'AMIENS

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

*Je suis honoré de votre présence et de vous présenter mon travail, recevez toute ma gratitude.*

**A Monsieur le Docteur Marc BOCQUILLON**

Maître de Conférence Associé des Universités

Département de Médecine Générale

*Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à ce travail.*

**A Monsieur le Docteur François DUPRIEZ**

Praticien Hospitalier

Chef de pôle Psychiatrie et Addictologie du Centre Hospitalier de l'Arrondissement de  
Montreuil

*Je sais que tu es sensible à ce sujet, reçois tous mes remerciements d'être présent aujourd'hui.*

**A Madame de le Docteur Lucie BERGEZ KOSTEK**

Docteur en Médecine Générale

*Merci d'avoir eu la gentillesse et la patience de diriger un incorrigible procrastinateur, reçois  
ma plus grande reconnaissance et mon amitié après ces années d'internat partagées  
ensemble.*

### **A Capucine**

*Mon amour, ma femme, ma meilleur amie, ma confidente. Merci pour ton amour. Merci de me supporter, de me pousser à devenir chaque jour meilleur.*

*Je t'aime.*

### **A Simone et à son petit frère ou sa petite sœur qui arrive bientôt**

*Merci d'être mes rayons de soleil, vous voir grandir est un bonheur de chaque instant. Merci de rendre votre mère si heureuse et épanouie.*

*Je vous aime.*

### **A mes parents Franck et Odile**

*Merci pour tout, pour votre amour, saurais-je un jour rendre tout ce que vous nous avez donné ? Vous êtes des parents merveilleux, inspirants, et admirablement patients... la thèse est enfin là !*

### **A mes sœurs Perrine et Elise**

*Merci pour votre joie de vivre et tous ces souvenirs gravés à jamais. Vous faites de moi un frère heureux.*

### **A mes grands-parents Francis, Marie-Jo, Jacques et Annie**

*Merci pour toutes les valeurs que vous nous avez transmises. Vous êtes des modèles que j'aspire à reproduire.*

### **A mes beaux-parents Frédéric et Véronique**

*Merci de votre générosité, de votre disponibilité et de votre soutien inconditionnel.*

**A mes beaux-frères Maxence et Amaury**

*Merci de m'avoir intégré comme un frère, et de me faire vivre des défis que j'aime tant.*

**A Alexandre**

*Le troisième membre du trio Méd Coco, notre compagnon d'infortune. Merci pour ton amitié et pour tous ces souvenirs de stage.*

**A Raphaël, Guillaume, Pierre, Antoine, Vincent et tous les autres**

*Merci pour tous ces moments partagés et ceux à venir.*

**A mes maîtres de stages et praticiens hospitaliers**

*Merci pour tous les enseignements transmis.*

**A Grégoire, Nicolas, Thomas, et à tous les autres médecins que je remplace**

*Merci pour la confiance que vous m'accordez.*

**Aux participants**

*Merci de m'avoir accordé votre temps.*

## SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	9
II.	MATERIEL ET METHODES.....	12
	A) Choix de la méthode.....	12
	B) Grille d'entretien .....	12
	C) Echantillonnage.....	13
	D) Recueil et analyse des données .....	13
III.	RESULTATS .....	15
	A) Les avantages perçus à être soigné par son parent.....	15
	1) Les aspects pratiques.....	15
	2) La confiance, la réassurance et l'assurance de l'investissement du médecin .....	17
	3) Des lieux de la consultation atypiques et une banalisation du monde médical.....	18
	4) Pour soi-même ou pour les autres .....	22
	5) Accès aux autres professionnels de santé et second avis .....	22
	B) Les inconvénients à être suivi par un parent MG.....	24
	1) Manque de disponibilité.....	24
	2) Moins d'écoute et minimisation des symptômes .....	25
	3) L'absence de suivi régulier, un examen clinique incomplet et expéditif.....	27
	4) La pudeur.....	29
	5) Un manque d'autonomie ? .....	30
	6) Les limites et la fin de cette relation médecin-malade .....	30
	C) Une relation médecin-malade atypique.....	31
	1) La confusion des rôles de chacun.....	31
	2) Des patients rarement malades .....	32
	3) Le patient décideur ? .....	33
	4) Fierté et reconnaissance .....	33
	5) Des patients comme les autres ... ..	33
	6) ... mais la sensation de ne pas être soignés comme les autres.....	34
	7) Le reste de la fratrie.....	35
	D) Envisager le point de vue du parent MG.....	36
	1) Le caractère naturel, évident .....	36
	2) Une situation avantageuse.....	36
	3) Les inconvénients ressentis .....	37



4) Le manque d’objectivité et la place des sentiments .....	38
E) Soigner ou ne pas soigner ses enfants ? .....	39
IV. DISCUSSION .....	40
A) Les forces de l’études .....	40
1) Un sujet attractif et original.....	40
2) L’implication personnelle de l’auteur.....	40
B) Les faiblesses de l’étude.....	41
1) Le manque d’expérience de l’investigateur .....	41
2) Les biais de l’étude.....	42
3) Le faible effectif de l’échantillonnage.....	42
C) Confrontation à la bibliographie et réflexions personnelles.....	43
1) Données de la littérature.....	43
2) Le « syndrome du parent-médecin » .....	44
3) Les déterminants de la prise en charge de ses enfants .....	45
4) Soigner ses proches et soigner ses enfants .....	46
5) La place du consentement de l’enfant mineur.....	47
6) La nécessité de se questionner en amont.....	47
7) Une formation universitaire ?.....	48
V. CONCLUSION .....	50
VI. BIBLIOGRAPHIE .....	51
VII. ANNEXES .....	54
A) Le guide d’entretien .....	54

## I. INTRODUCTION

Récemment devenu père et moi-même fils de médecin généraliste (MG), je me suis posé la question suivante : « *Dois-je soigner mon enfant ?* ».

Tout médecin s'est un jour posé la question s'il devait ou non soigner sa famille et tout médecin a reçu une demande de soins d'un proche. De nombreux travaux de recherche (1)(2)(3)(4)(5)(6) s'accordent à répondre de manière négative à cette question, de même que bon nombre de codes de déontologie et d'éthique médicale recommandent de ne pas soigner ses proches.

En effet, dans *Medical Ethics* (7), premier traité de déontologie médicale publié en 1803, Thomas Percival nous écrit : « *L'éthique médicale voudrait qu'on ne soigne pas ses proches (...) l'anxiété générée par la maladie de ses proches risque d'obscurcir son jugement et de produire de la timidité et de l'irrésolution dans sa pratique* ». Par la suite, nombreuses sont les sociétés savantes qui ont élaboré leurs recommandations éthiques : l'American Medical Association (8), le Collège des Médecins du Québec (9), l'Association Médicale mondiale (10)... Ces dernières vont toutes dans le même sens et recommandent de ne pas soigner ses proches. Dans l'état d'Ohio aux Etats Unis, le conseil médical évoquait même une révocation du droit d'exercer en cas de délivrance de soins inappropriés aux proches (11).

En France il n'existe pas de consensus ou de recommandations strictes, mais dans l'avant-dernière version du code de déontologie du Conseil National de l'Ordre des Médecins, il est mentionné en commentaire de l'article 7 (12) que « *Le médecin va soigner un ami, un proche ou une personnalité avec une attention renforcée, des précautions supplémentaires, qui peuvent être aussi bien bénéfiques que nuisibles. L'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs* ». Ce commentaire n'est plus présent dans la version actuelle du code de déontologie (13), mais remplacé par le suivant : « *L'objectivité est nécessaire à l'action du médecin* ». Sur le plan légal, il n'existe pas de loi statuant sur le sujet, de même qu'il n'existe aucune interdiction de soigner ses proches dans le code de santé publique (14), le médecin se devant de soigner tout patient quelle que soit sa situation.

Malgré cela, une grande majorité de médecins généralistes soigne ses proches, bien qu'ils pensent que ce n'est pas une bonne chose et que cette situation soit source de difficultés. Lorsqu'un proche (ami ou un membre de la famille) sollicite un médecin généraliste, qu'il soit son médecin traitant ou non, la réponse à la demande est le plus souvent positive. Le serment d'Hippocrate (15) précise « *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera* » mais aussi « *Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission* », ces deux commandements semblent en opposition lorsqu'il s'agit de soigner les siens. Comment rester objectif en les soignant ?

Plusieurs travaux de thèse ont été réalisés récemment et se sont intéressés au point de vue des proches du médecin généraliste (16)(17)(18)(19), leur ressenti concernant les attentes et les éventuels désagréments inhérents à cette relation, mais qu'en est-il des enfants médecins généralistes ? En bas âge, ils n'expriment pas toujours de demande, mais ils sont tout de même soignés par leur parent médecin. Comment évolue cette relation à l'adolescence ou à l'âge adulte ? Quand et comment s'interrompt cette relation de soins ? Sont-ils soignés comme n'importe quel autre patient ? Dans son travail de thèse réalisé en 2016 (20), Goubet J. souhaitait identifier les avantages et les limites à prendre en charge soi-même la santé de ses enfants. Au terme de ce travail, elle concluait qu'il ne fallait pas être le médecin de son enfant car nous sommes trop marqués par les sentiments affectifs, mais que nous le sommes par la force des choses. Durant les entretiens réalisés, certains praticiens ont exposé naturellement le point de vue de leurs enfants, le sujet de son étude ayant été source de débats au sein du cercle familial. Certains enfants de médecins généralistes ont exprimé leur ressenti et il semblait que certains se sentaient moins suivis, moins écoutés ou moins pris au sérieux.

Il nous est apparu pertinent de recueillir les expériences et le ressenti de ces enfants de médecins généralistes. Sont-ils des patients comme les autres ? Eux, les enfants-patients, comment vivent-ils cette relation avec ce parent-médecin ? Quelle est leur rapport avec la santé et la médecine ?

L'objectif de cette étude est de recueillir et d'analyser le ressenti des enfants de médecins généralistes, soignés ou ayant été soignés par ce parent médecin.

Secondairement, il s'agit d'identifier les avantages et les inconvénients à être pris en charge par un de ses parents, et de proposer au parent-médecin des conseils et des mises en garde lorsqu'ils prennent en charge la santé de leurs enfants.

## II. MATERIEL ET METHODES

### A) Choix de la méthode

L'objectif principal de cette étude étant le recueil et l'analyse d'un ressenti, le choix d'une méthode qualitative s'est imposé.

En effet le choix d'une méthode dépendant de la question de recherche, la méthode qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer objectivement. Leur application est parfaitement adaptée pour les aspects relationnels liés aux soins, en particulier pour la recherche en médecine générale. D'une façon générale, la recherche qualitative permet de répondre au « *pourquoi ?* » et au « *comment ?* » en étudiant le comportement des différents acteurs. Elle se détache des méthodes de recherche quantitatives qui permettent de répondre au « *pourquoi ?* » de manière statistique. Dans un article intitulé *Introduction à la recherche qualitative* paru dans la revue *Exercer* (21), I. Aubin-Augier nous décrit ce type de méthode permettant de faire le lien entre la « vraie vie » et la « science dure ».

Notre choix s'est ensuite porté sur la réalisation d'entretiens individuels. Notre travail ayant pour but de recueillir une expérience personnelle, propre à chaque individu, ce type d'entretien nous a permis d'aborder des sujets parfois délicats, mais aussi de récolter des éléments de communication non-verbale.

Nous avons donc réalisé des entretiens semi-dirigés. Il s'agit d'une forme d'entretien verbal guidé par une grille d'entretien, réalisé par un enquêteur auprès d'un enquêté. Notre approche s'apparente aux entretiens compréhensifs, où l'enquêteur ne s'adresse pas uniquement à un enquêté, mais à un informateur, détenteur et producteur d'un savoir qui intéresse l'enquêteur. Pour cela l'investigateur doit conduire les entretiens de manière à s'approcher du cadre d'une conversation, sans toutefois s'y confondre. L'entretien compréhensif se démarque de l'entretien semi-dirigé, par son caractère moins rigide, JC. Kaufmann annonce à ce propos que « *la meilleure question n'est pas donnée par la grille, elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être dit par l'informateur* » (22).

### B) Grille d'entretien

Une première grille d'entretien a été élaborée d'après nos recherches bibliographiques. Par la suite, cette grille a été ajustée après les premiers entretiens. La grille d'entretien nous a servi de support pour aborder les différents sujets nous intéressant, mais il ne s'agit pas d'un questionnaire à suivre à la lettre, l'idée étant de suivre le déroulement de l'entretien et de

rebondir sur les éléments fournis par l'interlocuteur. La grille d'entretien est disponible en annexe. (Annexe 1, page 54).

### C) Echantillonnage

Pour la réalisation de cette étude, nous avons interrogé 11 enfants de médecins généralistes. Par le terme enfant, nous entendons « *filis et filles de* », il s'agit dans notre étude des fils ou filles de médecins généralistes.

Les critères d'inclusion sont fixés préalablement aux entretiens : être majeur, avoir un de ses parents médecin généraliste et avoir été pris en charge par ce parent médecin.

Nous avons tenté de diversifier au maximum la population étudiée par l'âge, le sexe, la profession, la distance géographique par rapport au parent médecin, le mode d'exercice du parent médecin, l'activité actuelle ou non du parent médecin.

Les deux premiers sujets ont été recrutés dans l'entourage de l'investigateur, les suivants ont été recrutés selon la méthode dite de la « *boule de neige* ». A chaque fin d'entretien, nous avons demandé aux interrogés de nous proposer des individus pouvant répondre à nos critères d'inclusion, ainsi que leurs coordonnées téléphoniques. Par la suite, un contact est pris avec les potentiels sujets. Lors de ce premier contact, nous avons pu nous présenter à l'interlocuteur, présenter le sujet de notre travail et leur proposer d'y participer. En cas de réponse positive, nous leur avons proposé de réaliser un entretien, leur laissant le choix des modalités (conditions, heure, lieu). Une durée prévisionnelle d'une vingtaine de minutes leur était annoncée afin de faciliter la planification de leur emploi du temps. En cas de réponse négative, nous leur demandions s'ils avaient dans leur entourage des sujets susceptibles de correspondre à nos besoins.

### D) Recueil et analyse des données

Les entretiens se sont déroulés d'avril à juin 2024. Ils ont une durée moyenne de 21 minutes et 11 secondes (entre 16 minutes 35 secondes et 29 minutes 42 secondes).

Après avoir obtenu l'accord des interviewés, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Après chaque entretien, les enregistrements ont été retranscrits afin d'être analysés, les éléments de communication non-verbale ayant été inclus lors de la retranscription.

Plusieurs relectures des verbatims ont été réalisés afin de se familiariser avec les données. Ensuite les données ont été analysées à l'aide d'un logiciel de codage adapté (NVivo 14). A la lecture des retranscriptions, le texte était fragmenté puis codé afin de faire émerger des thèmes, selon une approche par théorisation ancrée (« *grounded theory* ») (23).

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsque les entretiens n'ont plus apporté d'éléments nouveaux.

### III. RESULTATS

	Sexe	Age	Profession	Parent MG	Lieu d'exercice	Durée entretien
Participant 1	F	20	Etudiante	Père	Rural	18min48s
Participant 2	F	31	Pharmacien	Père	Urbain	20min18s
Participant 3	H	32	Artisan	Père	Semi-rural	16min55s
Participant 4	F	29	Commerciale	Père	Semi-rural	16min35s
Participant 5	H	39	Ingénieur	Père	Rural	29min42s
Participant 6	F	49	Femme au foyer	Père	Urbain (retraité)	21min34s
Participant 7	H	64	Médecin	Père	Urbain (décédé)	22min44s
Participant 8	F	51	Psychothérapeute	Père	Urbain (retraité)	24min48s
Participant 9	F	58	Institutrice	Père	Urbain (retraité)	20min40s
Participant 10	F	45	Ressources humaines	Père	Semi-rural (retraité)	21min9s
Participant 11	H	41	Entrepreneur	Père	Rural	19min51s

#### A) Les avantages perçus à être soigné par son parent

##### 1) Les aspects pratiques

Le premier avantage, celui le plus fréquemment cité par les enfants de MG est la rapidité d'accès aux soins.

*« Le fait d'être vu rapidement et facilement par un médecin, ça c'est un gros avantage » P3*

*« La prise en charge est hyper rapide » P4*

*« J'ai un accès beaucoup plus rapide à un avis, à une prescription. » P5*

*« On avait un accès très rapide à la santé » P10*

*« Tu es soigné rapidement... » P11*

Un accès aux soins qui est facilité et qui représente un atout pratique dans la vie quotidienne.



*« Il y a moins de contraintes, quand on entend dire que c'est plusieurs jours d'attente pour avoir un rendez-vous chez tel ou tel médecin, là on n'a pas besoin de rendez-vous » P1*

*« Quand j'ai quelque chose qui ne va pas ou que j'ai mal quelque part, je vais le voir directement » P4*

*« C'est quand même pratique, pas besoin d'ordonnance, pas besoin de rendez-vous, pas besoin d'aller à la pharmacie parce qu'il avait tout sur place, il avait plein d'échantillons. » P9*

Le parent MG est généralement le premier recours, disponible en toutes conditions.

*« La première personne à qui je vais m'adresser, c'est lui » P1*

*« On se coupait, il nous recousait, il nous soignait tout le temps quoi » P7*

*« Je me souviens de la veille de mon premier accouchement je sentais qu'il y avait quelque chose, j'avais dû rompre la poche, j'étais en doute à 04h00 du matin, je l'ai appelé « Qu'est-ce que tu en penses ? Qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je vais aux urgences ? » C'est pratique quand même. C'est hyper pratique » P10*

Les sujets interrogés reconnaissent aussi la possibilité d'avoir un avis médical à distance.

*« Parfois je n'ai même pas forcément besoin de le voir, ça peut se faire à distance par téléphone. » P3*

*« Comme j'habite à distance, en général ça se fait par téléphone, je lui explique les symptômes et puis il peut me poser quelques questions. Ensuite il va m'envoyer une ordonnance avec les médicaments qu'il faut par téléphone. » P4*

*« Si je consulte mon père, c'est par téléphone puisque qu'on habite à distance maintenant. » ;  
« Tout se fait par téléphone » P5*

*« Si j'ai besoin d'une ordonnance, je l'appelle et il m'envoie une ordonnance. » P8*

Cet accès pratique permet de gérer les cas ressentis comme urgents et la traumatologie, aussi bien que les pathologies les plus bénignes.

*« Dès qu'on a un souci, d'avoir quelqu'un « sous la main » pour répondre à ce problème. » P1*

*« Et même pour traiter des cas d'urgence aussi... je prends en exemple les deux fois où on est allés à l'hôpital pour C\*\*\*\*\* et M\*\*\*\*\* (ses filles), on s'est décidé après avoir appelé « papa ». Pour savoir ce qu'il en pensait aussi quoi, s'il fallait attendre ou s'il fallait avoir un avis directement » P5*

*« S'il y a une urgence, évidemment qu'il est là. Un jour, je me suis coupée sur la table basse à la maison, il m'a recousue tout de suite » P6*

*« Il m'a fait ... au moins une dizaine de sutures, j'étais un peu casse-cou hein, partout, à la tête, aux genoux, aux bras, tout ça ... » P7*

La gratuité des soins est évoquée par certains sujets mais il semble que cet élément ne soit que secondaire au regard des autres bénéfices pratiques de cette situation.

*« Je n'ai jamais payé une consultation » P3*

*« Et c'était gratuit » P10*

*« C'est gratuit aussi (rires), je n'ai jamais eu à payer une consultation chez le médecin par exemple... » P11*

## 2) La confiance, la réassurance et l'assurance de l'investissement du médecin

Les sujets soignés par un parent MG le sont dans un climat de confiance.

*« La confiance qu'on peut avoir dans sa prise en charge. Après avoir demandé quelque chose à mon père, jamais je ne suis allé vérifier ce qu'il m'a dit » P1*

*« J'ai plus confiance aussi. Confiance en son diagnostic, confiance en ce qu'il me préconise de faire. » P2*

*« Je n'ai jamais eu aucun doute dans ce qu'il a fait, ce qu'il m'a dit... » P6*

*« Je dirais que l'avantage c'est qu'il y a la confiance, je pense, parce que c'était mon père, donc forcément j'étais certainement plus en confiance. » P8*

Ce climat de confiance participe à créer un sentiment de réassurance fort.

*« C'étaient des situations avec un peu de panique. En me disant « qu'est-ce que je dois faire ? », mais après avoir eu son avis j'étais rassuré » P6*

*« Ça rassure le soigné, le patient, le fait que ce soit quelqu'un de sa famille, surtout quand c'est un de ses parents. » P8*

*« On peut être rassuré en deux minutes. » P9*

De plus, en étant soigné par un parent, les sujets s'assurent de l'intérêt et de l'investissement du parent MG dans leur prise en charge.

*« Tout de suite, ça l'a beaucoup inquiété et là, effectivement, il s'est tourné vers un spécialiste pour mettre en route le traitement le plus vite possible. » P2*

*« Je me souviens qu'avec les résultats il a appelé un collègue radiologue qui m'a fait venir tout de suite, et dans la foulée le chirurgien était prévenu. » P3*

*« Il s'est démené pour me trouver la meilleure solution. » P6*

*« La douleur était tellement intense que mon père s'est alerté, il m'a examiné et puis il a vite fait le diagnostic, ensuite il a appelé un de ses collègues chirurgiens qui m'a hospitalisé en urgence. » P11*

La relation de proximité et le sentiment de confiance avec le parent permet d'aborder tous types de sujets, même des sujets plus intimes, mais ce sentiment n'est pas partagé par tous les participants.

*« Je ne pense pas que certains sujets me gêneraient... En fait, il n'y a pas des sujets que je n'oserais pas aborder avec mon médecin, qui en plus est mon père. » P5*

*« Globalement oui ... Je me suis toujours sentie libre par rapport à ça. » P8*

*« Ouais, je pense que je pouvais lui poser toutes les questions. » P10*

### 3) Des lieux de la consultation atypiques et une banalisation du monde médical

Le contexte des consultations est le plus souvent informel, avec des consultations réalisées au domicile, dans un environnement familial.

*« Je ne suis jamais allée au cabinet médical. » P1*

*« Tout s'est toujours fait à la maison. » P3*

*« Quand on avait 39°C c'était dans notre plumard hein (rires). Je suis rarement allé dans le dans le cabinet. » P7*

*« On n'allait jamais au cabinet parce qu'on était malade ça se passait toujours à la maison. » P11*

Nous remarquons que pendant l'enfance, les actes médicaux s'effectuaient presque exclusivement au domicile familial, une majorité de sujets nous a évoqué le sujet de la vaccination.

*« Je me souviens par exemple, les vaccins on les faisait à la maison pour mes sœurs et moi. » P3*

*« Il nous a fait les vaccins, il y a une ou deux fois où c'était fait à la maison. Comme ça ... » P5*

*« La vaccination se faisait lors de la pub du film du soir (rires). » P10*

*« J'ai souvenir que les vaccins par exemple on les faisait dans le salon à la maison » P11*

Même lorsque le lieu d'exercice professionnel du parent MG était au domicile, les actes médicaux et les soins se déroulaient presque exclusivement dans la partie privée, rarement dans la partie cabinet médical.

*« Le cabinet était à la maison, mais ça ne se faisait pas souvent dans la partie cabinet quand même » ; « il me faisait mes piqûres dans le salon (rires), ça je m'en souviens, c'étaient mes premières piqûres pour la migraine. » P6*

*« C'était interdit, on avait défense d'aller dans le côté médical, sauf quand il nous le demandait pour aller faire des soins ou des trucs comme ça, mais c'était la partie où on n'allait jamais. » P7*

*« Ça se passait à la maison, toujours à la maison. Voilà, son cabinet était collé à la maison, mais ce n'était jamais dans son cabinet. » P8*

*« Toujours, à la maison, je n'ai pas souvenir d'être allée au cabinet en tant que malade. » P10*

*« Tout se passait à la maison. A chaque fois qu'on se retrouvait à son cabinet, c'était un peu par hasard... On n'allait jamais au cabinet parce qu'on était malade ça se passait toujours à la maison. » P11*

Ce n'est qu'à l'âge adulte que les choses se modifient et que les soins se déroulent aussi bien sur le lieu d'exercice du parent MG que dans d'autres lieux.

*« Maintenant je passe le voir directement au cabinet. » P11*

Certains sujets interrogés estimaient que vivre sous le même toit permettait au parent MG de surveiller de manière quotidienne leur état de santé.

*« En grandissant avec lui, forcément il surveillait si tout allait bien ou pas. » P1*

*« L'avantage, c'est que le médecin nous voit tous les jours. » P2*

*« Il avait l'occasion de nous revoir, nous surveiller tous les jours sans qu'on ne s'en rende compte. » P3*

Quelques sujets ont même associé le jeu au monde médical, participant aussi à une dédramatisation du monde médical.

*« On avait une grande armoire à pharmacie à l'époque, et on avait plein de médicaments, en libre accès. Et d'ailleurs on s'amusait avec [...] Pour nous c'était un jeu, on jouait à la pharmacie. » P10*

*« On jouait un peu avec ses instruments, son stéthoscope, on passait sur la balance, il nous mesurait, je regardais les oreilles de mes sœurs... » P11*

Ce monde médical vient même jusqu'à s'inviter dans la vie familiale.

*« Souvent il profitait des vacances pour nous vacciner (rires). » P7*

*« J'ai eu un père qui travaillait beaucoup, qui en plus recevait ses consultations dans son cabinet collé à la maison, donc on voyait les gens se garer devant la maison, on voyait le débit*

*de patients... Donc on savait quand même qu'il était sous pression par le nombre de patients qu'il avait et tout ça... » P8*

*« Il y avait des gens qui venaient parfois à la maison pour des certificats médicaux, il les recevait dans le salon exceptionnellement. » ; « Quand on partait chez des amis le dimanche, on s'arrêtait d'abord chez ses patients en fin de vie. » P10*

*« Ça arrivait souvent que le week-end, ou des fois le soir, il y avait des patients ou un voisin qui venait parce qu'il s'était coupé ou parce que leur enfant était malade. Et il recevait les gens à la maison. » P11*

Cette banalisation du monde médical participe également au sentiment de confiance, envers le parent MG, mais aussi par extension aux autres professionnels de santé, avec une reconnaissance de leurs compétences et de leurs difficultés.

*« Et je pense aussi de notre point de vue, en tant qu'enfant de médecin, on a longtemps entendu ce qui se passait dans le milieu médical [...] on a peut-être une compréhension différente ... on est plus tolérant, on a plus confiance dans les autres médecins. Quand je dis tolérante c'est par exemple une infirmière ou un médecin qui ne prend pas le temps ... qui fait son truc rapidement, on a conscience des difficultés qu'ils ont dans les hôpitaux ou dans le milieu médical. Du coup on est peut-être un peu plus tolérants vis-à-vis de ça... » P4*

*« Mais je sais que j'ai cette sensation là pour tout médecin. Même pour mes enfants, il faut que ça aille vite parce qu'il y a du monde derrière, il n'a pas que ça à faire le pauvre ... c'est un peu ça. » P8*

*« On sait qu'ils ont un travail très prenant qu'ils ne sont pas forcément toujours disponibles mais malgré tout on comprend... on comprend que ce n'est pas toujours facile. Je suis allé voir un chirurgien récemment pour un souci du genou, voilà j'ai attendu un long moment en salle d'attente, les gens tiraient la tronche et râlaient parce qu'il était en retard mais personnellement ça ne m'a pas posé de problème, j'étais déjà bien content qu'il me reçoive rapidement. » P11*

Certains voient même ce contact répété avec le milieu médical comme une sorte de formation acquise sur le terrain qui permet une meilleure autonomie et un moindre recours aux médecins de façon générale.

*« Tu sais un peu t'auto-diagnostiquer sur des petites choses, donc tu filtres ce que tu peux demander. » P5*

*« En vrai, je crois que j'ai appris à ne pas être malade (sourire). » P9*

*« Ça peut aussi être un avantage, comme on a baigné dans le milieu médical depuis notre enfance on est familiarisé avec ce milieu donc on arrive à se soigner soi-même. » P11*

#### 4) Pour soi-même ou pour les autres

Un élément qui est également apparu lors de nos entretiens, c'est le recours à ce parent MG pour demander des avis médicaux pour son entourage, principalement pour les enfants des sujets interrogés, les petits enfants du MG. Comme s'il s'agissait d'une extension d'eux-mêmes, ils décrivent les mêmes aspects pratiques.

*« Je prends en exemple les 2 fois où on est allés à l'hôpital pour mes filles C\*\*\*\*\* et M\*\*\*\*\*, on s'est décidé après l'avoir appelé. » P5*

*« Avec mes garçons, quand ils se sont blessés, j'ai quand même appelé « papa »... » P6*

*« On le voyait le weekend et je pouvais lui dire « tiens, tu pourrais me faire le vaccin de ma fille ? » » P8*

*« Je pouvais l'appeler pour moi ou pour les enfants quand il était encore en activité. » P10*

*« Quand j'ai besoin de lui parce que mes filles sont malades, je lui passe un coup de fil. » P11*

Certains évoquent des demandes de soins pour leur conjoint, et un seul sujet nous a évoqué la demande d'avis pour des amis.

*« Mon mari, l'a beaucoup sollicité. » P10*

*« Si tu as besoin d'un avis médical pour toi ou pour ta femme. » P11*

*« J'avais même des copines qui me demandaient de lui poser des questions. » P10*

#### 5) Accès aux autres professionnels de santé et second avis

Les enfants de MG nous ont également décrit l'accès aux médecins spécialistes comme grandement facilité, grâce aux contacts professionnels du parent MG, ce dernier ayant souvent fait les démarches pour l'accès aux spécialistes.

*« Si on a besoin d'aller voir un spécialiste, ce genre de chose, on l'a directement. » P1*

*« Pour le dermatologue, ça m'a permis d'avoir un rendez-vous rapidement, ce qui n'est pas le cas de tous les autres patients j'imagine. » P3*

*« Après si c'est pour aller voir un spécialiste et qu'ils se connaissent, s'il y a des difficultés pour avoir des rendez-vous, des choses comme ça, forcément ça aide parce que tu arrives à avoir des créneaux dans des délais plus courts alors que certains peuvent attendre des mois. » P5*

*« C'était un dimanche matin et il connaissait bien un chirurgien [...] on est allé chez le lui le matin. » P7*

*« On a bénéficié de tout le réseau médical, les professionnels de santé, avec qui il travaillait au quotidien. » P10*

C'est quand les problématiques dépassent le cadre de ses compétences que le parent MG adresse ses enfants aux confrères.

*« Il m'a dit « Non moi là je suis très limité, il faut l'avis du dermatologue ». » P2*

*« Il avait besoin d'autres conseils, notamment pour mes migraines, je suis allé voir des neurologues plusieurs fois. Il m'avait envoyé les voir parce qu'il ne savait plus trop quoi faire. » P6*

*« Je me souviens que j'avais fait une broncho-pneumopathie et ça avait été très suivi par le par le pédiatre à l'époque. » P10*

Dans un second temps, l'avis du parent MG est souvent demandé, afin de conforter l'avis d'un confrère.

*« Même si j'avais mon médecin généraliste, souvent je faisais un double avis avec lui... » P8*

*« Je pouvais lui demander son avis « il m'a prescrit ça, qu'est-ce que tu en penses ? ». » P9*

Parfois, en cas d'absence ou d'indisponibilité du parent MG, c'est l'accès aux confrères généralistes qui semble favorisé.



*« Ma mère m'a emmené voir un de ses copains, un médecin généraliste et c'est lui qui m'a recousu à ce moment-là. » P3*

*« Un généraliste, une seule fois, quand papa était en vacances, il avait un remplaçant qui était là. » P7*

*« Quand mes enfants sont malades ça m'est arrivé quelques fois d'aller voir les autres médecins de son cabinet, et ils me reçoivent même si leur planning est rempli. » P11*

De plus, il semblerait qu'avoir un parent MG permet de faciliter une hospitalisation, et dans les meilleures conditions.

*« Tout de suite il a appelé le chirurgien qui m'a fait hospitaliser dans son service le jour même et j'ai été rapidement opéré. » ; « En fait ça permet de rentrer plus vite à l'hôpital et de sortir plus vite. » P3*

*« Quand j'ai eu un problème de d'intestin, j'ai pu à faire une coloscopie hyper rapidement. » P4*

*« Oui, j'ai été hospitalisée assez jeune, [...] c'est lui qui a organisé la prise en charge... » P8*

*« En revanche, je me souviens qu'à l'hôpital, oui, j'ai été mieux prise en charge. » P10*

L'éducation dans un milieu médical semble également favoriser la confiance envers les autres professionnels et parfois même faciliter la communication.

*« Il va parler plus facilement au médecin, les médecins vont plus facilement nous parler, il y aura plus de transparence. » P8*

*« L'avantage c'est que justement en cas de pathologie grave on a une communication plus facile avec les autres professionnels de santé, les autres médecins, les infirmiers... » P11*

## **B) Les inconvénients à être suivi par un parent MG**

### **1) Manque de disponibilité**

Un certain nombre de sujets interviewés évoque un manque de disponibilité du parent MG et parfois le sentiment de passer après les autres patients.

*« J'ai eu une plaie au niveau du crâne et mon père n'était pas disponible. » P3*

*« Quelquefois il n'est pas tout à fait disponible parce qu'il a plein de travail, donc tu passes peut-être après. » P6*

*« L'avantage c'est à la fois d'être soigné rapidement ... mais aussi d'être soigné pas rapidement (sourires) parce que parfois on passait après les autres. » P7*

*« On se rend compte qu'on passe après les autres, on passait après ses patients... » P11*

Le sujet 7 étant lui-même médecin généraliste, reconnaît faire parfois passer ses enfants après ses patients.

*« L'inconvénient c'est qu'on est fort pris par le métier. [...] c'est sûr que parfois ils passaient après les patients... Comme moi je passais un peu après les patients de mon père... »*

*« Avant j'avais le cabinet à la maison et je me rappelle d'une fois, une de mes filles, elle était encore petite, et elle se plaignait de quelque chose, je ne sais plus quoi... Ma femme lui avait dit « on va attendre ton père ». Elle s'était installée dans la salle d'attente et elle a attendu son tour avec tout le monde (rires). Elle avait du caractère (rires). Mais c'est bien la preuve qu'elle savait très bien qu'elle passait après les autres. »*

## 2) Moins d'écoute et minimisation des symptômes

Les sujets interrogés nous ont également fait part de leur sentiment d'être moins écoutés.

*« On est peut-être un peu moins écoutés. » P3*

*« Peut-être qu'il y avait une sensation de ne pas être très entendue, ou que lui n'était pas très à l'écoute de ses enfants quand ils étaient malades. » P8*

*« Le plus gros inconvénient c'est qu'on n'était pas forcément très écoutés, surtout quand on était gamins. » P11*

Nous retrouvons aussi la sensation que le parent MG minimise les symptômes de ses enfants.

*« L'inconvénient, c'est que, souvent on nous dit « ce n'est pas grand-chose », on nous dit « Oh, Non, tu n'as rien, c'est bon ça va passer ». » P2*

*« Je me souviens avoir eu plusieurs fois la réponse « si ça va pas, va dormir et ça ira mieux demain ». » P4*

*« Je me souviens de mon père, du genre « Papa, j'ai mal au ventre, qu'est-ce que je fais ? » il me répondait « Bah ça va passer ». Ou alors « J'ai mal aux pieds » il répondait « arrête de marcher et tu auras moins mal ». » P6*

*« On riait beaucoup entre frères et sœurs parce qu'on répétait souvent ce que notre père nous disait « C'est pas grave, c'est parce que tu grandis ». » P8*

Certains évoquent même ce manque d'écoute et cette tendance à ignorer les plaintes comme responsables d'un retard de diagnostic et de prise en charge.

*« Je me souviens aussi d'un moment où, je m'étais cassée la figure en vélo et j'avais le poignet cassé... j'ai eu un plâtre une semaine après. » P4*

*« J'ai attendu 6 mois pour faire une radio de l'épaule, et j'avais vraiment quelque chose [...] Je me suis blessé à l'épaule, un ligament arraché et ça a duré des mois avant que je ne fasse une radio et qu'on me dise que j'aurais dû être opéré suite à l'accident. » P5*

*« On s'est rendu compte que je ne voyais rien, que j'étais myope comme une taupe grâce aux visites scolaires. » P9*

*« On a constaté, lorsque j'étais en études supérieures, que je faisais une œsophagite et que j'avais vraiment mal... J'avais des remontées gastriques importantes. Et mon père quand il m'auscultait disait « Allez, ce n'est rien, au suivant » ... Mais en réalité j'avais vraiment mal à la gorge et ça a duré des années. » P10*

Enfin, d'autres sujets interrogés nous rapportent même une forme d'exclusion des plaintes et des pathologies.

*« La douleur il ne fallait pas s'en occuper. » P7*

*« On avait l'impression que cette phrase était souvent la bonne excuse. « T'inquiète pas, c'est parce que tu grandis », et on passe à autre chose... » P8*

*« On n'est jamais malade, parce qu'on n'a pas le droit d'être malade. » ; « Avec lui la maladie n'a pas de place en fait, on n'a pas le droit d'être malade, même aujourd'hui. » P9*

### 3) L'absence de suivi régulier, un examen clinique incomplet et expéditif

Les sujets interviewés nous ont rapporté l'impression de ne pas avoir de suivi médical.

*« Je ne sais pas si on peut dire qu'il y a vraiment eu de suivi médical. » P1*

*« On va dire que je n'ai pas eu l'impression d'avoir beaucoup de suivi. » P2*

*« Mon suivi médical ? Bonne question (rires). Je n'ai pas l'impression qu'il y ait vraiment un suivi médical, ou alors je ne m'en souviens pas (rires). » P3*

*« Ce n'était pas très suivi je pense. » P9*

D'autres estimaient avoir un suivi médical aléatoire, lié à un manque de rigueur dans l'examen clinique et dans la tenue de leur dossier médical.

*« De temps en temps on était toisés, pesés. » ; « il n'y avait pas les examens systématiques comme il y a maintenant. » P7*

*« Je n'ai pas forcément de souvenir d'avoir été pesée, mesurée, ou même examinée dans son cabinet. » P9*

*« Sans noter les vaccins dans le carnet de santé. [...] J'ai dû refaire tous mes vaccins parce qu'ils n'étaient pas forcément notés. » P10*

*« On passait sur la balance, on était mesuré mais c'était plutôt un jeu je ne sais pas si ça s'était si c'était vraiment noté quelque part. » P11*

Une fois de plus, la vaccination et la tenue du carnet de santé étaient évoqués pour témoigner d'un manque de rigueur et appuyer ce sentiment de manque de suivi.

*« A voir mon carnet de santé qui n'est pas beaucoup rempli, qui est plutôt vide même [...] c'était suivi, mais... pas forcément noté comme un médecin le ferait pendant une visite médicale classique. » P2*

*« Je pense que, quand on était plus jeune, les vaccins, tout ça, on n'était jamais vraiment bien à l'heure... » P5*

*« J'ai dû être vaccinée, évidemment, mais c'est le truc qu'on fait dans la cuisine parce qu'on a acheté les vaccins et qu'il faut les faire. Rapidement entre deux trucs, hop on fait les vaccins. » P9*

*« Mon carnet de santé ben je ne sais pas où il est ... il ne doit pas être bien rempli » P11*

De plus, lorsque les plaintes sont écoutées par le parent MG, les examens cliniques sont le plus souvent décrits comme sommaires, uniquement centrés sur les symptômes exprimés.

*« Il examinerait là où j'ai mal mais pas de la tête aux pieds. [...] il examinerait là où j'ai mal et c'est tout. » P2*

*« Mais oui effectivement, je lui dis ce que j'ai, il regarde rapidement ... et voilà, c'est tout. Il ne m'ausculte pas complètement. » P3*

*« Il nous palpa le ventre rapidement si on avait mal au ventre, il regardait nos oreilles si on avait mal aux oreilles mais ça s'arrêtait là. » P11*

Avec la sensation d'une consultation expéditive.

*« Ça lui prend 30 secondes pour regarder et il me fait une petite ordonnance si nécessaire et ça s'arrête là. » P3*

*« C'était souvent « Allez (sifflement) », c'était assez rapide, c'était « Allez hop, je te fous sous antibio et puis on en parle plus ». » P8*

*« Quand on avait mal au ventre ou une angine, ça se déroulait en 2 minutes « Ouvre la bouche, OK Angine, OK Antibio, hop je te donne une boîte ». » P9*

Et par moments, l'examen clinique est inexistant.

*« ... ou bien il ne m'examine pas du tout. » P3*

*« Quand tu fais une consultation il y a une prise, de température, il y a une prise de la tension certainement, il écoute aussi le cœur et le reste, de manière classique. Moi je ne me souviens qu'il m'ait fait ces examens-là. » P5*

*« Il ne m'examine jamais. » P11*

#### 4) La pudeur

La pudeur est également un des principaux inconvénients à être pris en charge par un parent MG.

*« On ne peut pas forcément parler de tout. Il y a des choses qu'on ne peut pas forcément aborder. » P1*

*« L'inconvénient c'est vraiment dans la sphère intime, où là je ne dépasserai pas cette limite-là. » P2*

*« Il y a quand même des limites avec la vie privée et des choses dont je n'aurais pas forcément envie de parler. » P3*

*« Il y a certaines choses pour lesquelles j'allais voir d'autres personnes. » P6*

Il s'agit essentiellement de ce qui s'approche de l'intimité physique.

*« Ce qui est autour la région génitale, ou si c'est pour parler de maladies sexuellement transmissibles, des choses comme ça, c'est vrai que je n'en parlerais pas forcément avec mon père. » P3*

*« Comme un problème gynécologique ou autre, c'est pas forcément facile d'en parler avec son père. » P4*

*« Ce n'est pas mon père qui me fait des examens gynécologiques. » P9*

*« Je pense que si tu es une femme et que ton père est médecin, là t'as peut-être plus de frein à parler d'un souci gynécologique. » P11*

Mais également ce qui touche à l'intimité psychologique.

*« Une addiction, de la consommation d'alcool ou de drogues, ou même une dépression, des choses comme ça, je ne sais pas si j'oserais en parler avec lui... J'irais peut-être voir un autre médecin. » P3*

*« Non, un souci psychologique, je ne pense pas... Oui, ça aurait peut-être été un frein. » P8*

*« Non, maintenant j'irais avoir un autre médecin ou un psychiatre je crois. » P9*

## 5) Un manque d'autonomie ?

Un sujet interrogé nous a fait part de son manque d'autonomie sur le plan médical, avec le fait de n'avoir consulté qu'un seul médecin.

*« Je ne sais pas comment ça se déroule un examen médical dans un cabinet comme pour n'importe quel autre patient. Ça a toujours été fait à la maison, donc je ne suis jamais allé au cabinet, je ne me suis quasiment jamais servi de ma carte vitale, je ne suis jamais allé dans une salle d'attente, je n'ai jamais pris de rendez-vous. Donc je ne suis pas très ... autonome de ce point de vue-là. » P3*

Dans certains entretiens, on peut même aller jusqu'à reconnaître une forme d'autorité, avec la sensation d'une image paternaliste du parent MG sur ses enfants.

*« C'est lui qui va décider si oui ou non je vais aux urgences, si oui ou non je dois être hospitalisée. » P1*

*« Il me dit « Tu as ça, il faut faire ci, il faut faire ça » je le fais directement sans me poser de question. » P3*

*« Je garde cette image du père médecin généraliste qui connaît tout, qui sait tout, qui est le seul à tout bien maîtriser. [...] Il fallait faire ce qu'il nous disait de faire » P9*

## 6) Les limites et la fin de cette relation médecin-malade

Différents facteurs nous ont été évoqués et semblaient mettre un point d'arrêt à cette relation médecin-malade. En premier, c'est le temps, l'âge de l'enfant.

*« Il y a des choses que tu n'as pas envie de lui dire, et ça c'est surtout avec l'âge que tu t'en rends compte. » P6*

Mais aussi l'âge du parent médecin, synonyme pour certains d'un arrêt d'exercice ou de dégradation de l'état de santé.

*« Je pense que ça fait trop longtemps qu'il est à la retraite, et je pense qu'il n'a plus envie... » P6*

*« Je pense que ça a contribué à son arrêt, le fait qu'il n'ait plus envie de nous soigner quand il n'était plus médecin, entre guillemets... » P8*

*« Je pense qu'il est vraiment dépassé. [...] la pharmacie me dit « mais ça, ça n'existe plus depuis 10 ans au moins ». » P9*

*« Je ne le fais plus... Parce qu'il est un peu en déclin, mais je le faisais encore il n'y a pas si longtemps. » P10*

Il y a également la distance géographique qui est responsable d'un moindre recours à ce parent MG.

*« Quand tu n'es pas à côté, tu vas voir un autre médecin. » ; « ça ne m'avantage pas vraiment, dans le sens où comme je ne suis pas proche du lieu où il exerce. » P5*

*« Jusqu'au moment où je suis partie à Paris [...] après, j'ai eu mon médecin généraliste là-bas » P8*

*« Dès que j'ai quitté la maison et fini mes études, je me suis installée en région parisienne, j'ai pris un médecin généraliste à côté. » P10*

C'est également la présence d'une pathologie spécifique ou atteignant la sphère privée, qui représente un frein à cette relation.

*« Peut-être qu'il y a des choses dont on n'ose pas trop parler, parce qu'elles sont un peu plus intimes. » P4*

*« Non, là je serais allé voir quelqu'un d'autre... Ça ouais, je crois que j'aurais cassé le truc (silence). Plus parce que c'est mon père, et puis avec des idées très arrêtées, qui ne me convenaient pas toujours... » P7*

### C) Une relation médecin-malade atypique

#### 1) La confusion des rôles de chacun

Au cours de nos entretiens, les sujets interrogés nous ont fait part des difficultés à séparer les liens affectifs du cadre strictement médical, qu'on retrouve dans une relation médecin-malade classique.

*« Il a son rôle de père et son rôle de médecin qui sont toujours liés, tous les jours de notre vie. » P3*



*« Il y a un moment où c'est ton papa, ce n'est plus ton médecin. » P6*

*« Il y avait parfois le mélange famille et médical qui peut gêner un peu, qui peut être difficile à dissocier. » P7*

*« Tout est un peu mélangé si c'est un parent qui soigne ses enfants. » P8*

Cette confusion des rôles pouvant impacter la prise en charge du patient-enfant.

*« Pour les autres on a quand même un certain recul, alors que là il y a les sentiments qui rentrent en jeu et ça peut fausser le diagnostic je dirais... et la prise en charge. » P2*

*« Il faut avoir un recul suffisant pour pouvoir bien diagnostiquer. » P10*

*« Il vaut mieux savoir garder le rôle de parents plutôt que le rôle de médecin et ne pas intervenir dans la prise en charge, parce que je pense qu'on ferait pire que mieux. » P11*

## 2) Des patients rarement malades

Nombreux sont les sujets interrogés qui nous ont décrit le sentiment de ne pas ou peu être malades.

*« Je crois qu'on n'a pas été très malade non plus » P4*

*« Je n'ai pas souvent eu besoin d'être soigné ... » P5*

*« L'avantage c'est qu'on n'est jamais malade » P9*

*« J'étais assez peu malade, en tant qu'enfant de médecin généraliste je pense que je dois être bien immunisée (rires) » P10*

Certains évoquent même une certaine forme d'éducation face à la maladie avec peu de consommation de soins et de traitements.

*« En vrai, je crois que j'ai appris à ne pas être malade. » P8*

*« Je pense aussi que tu apprends à ne pas être malade. » P10*

*« Je crois que la première fois que j'ai pris des antibiotiques j'avais une vingtaine d'années. » P11*

### 3) Le patient décideur ?

Au cours de nos entretiens, nous avons remarqué que cette relation atypique est également marquée par un déséquilibre des rôles de chacun avec d'un côté un patient demandeur et un médecin exécuteur sans poursuivre la prise en charge.

*« Si j'ai une demande, c'est moi qui vais la lui demander, ce n'est jamais lui qui va me demander si j'ai besoin de quelque chose. » P1*

*« Et pour ce qui est avoir des médicaments ou un certificat par exemple, je lui demande directement et il me fait il me fait mon certificat. » P3*

*« Si je dois refaire des vaccins ou ce genre de choses, c'est un peu moi qui regarde quand je dois les faire et c'est moi qui demande. » P4*

*« Quand j'ai besoin je lui demande et j'ai mon ordonnance. » P9*

### 4) Fierté et reconnaissance

Certains sujets interrogés nous ont fait part de leur fierté d'avoir un parent médecin.

*« Quand j'étais petite c'était un peu comme un héros pour moi, je voyais à quel point il était apprécié et considéré par ses patients ... ça me rendait fière d'être sa fille. » P2*

*« Même si moi j'étais très fière d'être soignée par mon père, je pense qu'il y avait aussi une fierté que mon père soit médecin. » P8*

*« Ça m'amenait une certaine fierté. » P10*

D'autres ont également exprimé des sentiments positifs, voire de la reconnaissance envers le parent MG qui les a soignés.

*« C'est grâce à lui si maintenant j'ai un traitement qui est efficace, et ... Et je le remercie pour ça. » P6*

*« Je garde des bons souvenirs. [...] c'étaient des bons moments qu'on a passés avec lui. » P10*

### 5) Des patients comme les autres ...

La plupart des sujets interrogés nous ont fait part du sentiment d'être soigné comme n'importe quel autre patient par leur parent MG.

*« Oui, je pense qu'on est soigné comme un autre patient » P1*

*« Je ne pense pas être soigné différemment d'un autre patient. » P3*

*« Ce n'était pas spécifiquement avec nous, je m'en suis rendu compte, il faisait ça avec les autres patients. » P7*

Ils avaient également le sentiment d'être soignés comme les autres par les autres médecins.

*« On reste des patients comme les autres pour eux. » P2*

*« Je ne pense pas que le dermatologue m'ait traité différemment d'un autre. » P3*

*« Mais je pense qu'il m'a reçue et soignée comme un patient lambda, oui ça je pense, oui... » P6*

*« Je pense qu'ils m'ont soigné comme un autre patient... en tout cas je n'ai pas eu l'impression d'avoir un traitement particulier parce que j'étais le fils de leur confrère. » P11*

6) ... mais la sensation de ne pas être soignés comme les autres

Pourtant, en poussant l'interrogatoire plus loin, les sujets interrogés reconnaissaient avoir une prise en charge différente de celles des autres patients.

*« Ça ne se passe jamais au cabinet comme un autre patient. » P3*

*« On n'est pas ausculté comme un patient. » P4*

*« Je pense que si c'est quelqu'un qui vient le voir, un patient banal, il aurait peut-être plus creusé, je ne sais pas...Il aurait cherché un peu plus... » P5*

*« Ça rejoint le fait qu'on ne se sentait pas forcément écoutés, donc pas forcément comme un autre patient. » P8*

Ce sentiment d'être des patients à part vient également du fait qu'ils sont pris en charge dans des conditions différentes, ils peuvent avoir un contact plus rapide et parfois informel aux médecins, qu'il s'agisse d'un généraliste ou de spécialistes.

*« J'ai un accès beaucoup plus rapide à un avis, à une prescription. Donc déjà en ce sens, ce n'est pas comme ... comme tout le monde. » P5*

*« Je pense qu'au niveau compétences médicales, tu es aussi bien soigné qu'un autre patient, mais c'est un peu différent quand même... parce que tu es soignée dans ta chambre ou dans le canapé. » P6*

*« Un peu différemment oui, chez le chirurgien parce que j'ai été accueilli chez lui, dans leur maison. » P7*

*« Oui forcément... on est soigné de façon différente par rapport aux autres patients, dans le sens où nous on a un avis médical rapide. » P11*

Certains ont même le sentiment d'avoir été moins bien pris en charge que d'autres patients.

*« On dit que « les cordonniers sont les plus mal chaussés ». » P3*

*« Moins bien je pense... » P9*

*« J'ai réalisé tardivement que là-dessus je n'ai pas été bien soignée. » P10*

#### 7) Le reste de la fratrie

Spontanément plusieurs sujets interrogés nous ont fait part des mêmes sentiments partagés par le reste de la fratrie.

*« Après on riait beaucoup entre frères et sœurs parce qu'on répétait souvent ce que notre père nous disait « C'est pas grave, c'est parce que tu grandis ». Il y avait un peu de cette sensation chez nous trois, c'est qu'on n'était pas forcément pris en charge, ou en tout cas on n'avait pas l'impression d'être complètement écoutés quand on avait mal quelque part ... c'était assez vite balayé. » P8*

*« Pour ma sœur aînée, on n'a jamais réussi à diagnostiquer les problèmes psy qu'elle avait, on a parlé d'autisme, on a parlé du fait qu'elle était borderline et en fait je pense qu'il n'a pas vu, il n'a pas réussi à le voir. » P10*

A l'opposé, certains nous ont partagé un ressenti différent, et leur impression d'être soignés de façon différente, en comparaison des autres membres de la fratrie.

*« Moi quand j'avais mal on ne m'écoutait pas, parce que je suis un garçon... mais pour ce qui était de mes sœurs c'était différent, dès qu'elles avaient quelque chose c'était limite s'il ne fallait pas aller à l'hôpital (rires)... bon j'exagère un peu. » P3*

*« Enfin voilà j'ai eu des retards comme ça... des décalages de prise en charge en fait. Et je me souviens de ma sœur, on avait un peu chahuté et elle avait très mal au coude. Dans l'heure elle était à l'hôpital avec le radiologue, qui avait annulé un examen d'un de ses patients pour faire passer ma sœur. » P5*

#### D) Envisager le point de vue du parent MG

Dans notre étude, il nous semblait intéressant de demander aux sujets interrogés de se mettre à la place de ce parent MG qui les soigne, pour essayer de leur faire exprimer ce que ce parent peut ressentir dans cette situation.

##### 1) Le caractère naturel, évident

Pour certains enfants de MG interrogés, soigner ses enfants est quelque chose d'évident, de naturel. Certains évoquent même l'action de soigner ses enfants comme quelque chose d'instinctif.

*« Je pense que c'est difficile quand tu es médecin généraliste d'aller voir un autre médecin généraliste pour soigner tes enfants. » P6*

*« Après il y a peut-être une question de maîtrise pour lui, de se dire « au moins ils sont bien soignés par moi ». » P8*

*« Soigner ses enfants, c'est quelque chose de naturel. » P9*

*« Je pense que ça doit être une facilité de soigner ses enfants, ses proches. » P10*

*« À mon avis c'est instinctif (rires), tu as envie de le faire. » P6*

##### 2) Une situation avantageuse

D'après les sujets questionnés lors de notre étude, les avantages pour un parent MG à soigner ses enfants semblaient nombreux.

*« Je pense que c'est plus d'avantages que d'inconvénients. » P1*

*« Pour lui j'imagine que c'est une source d'avantages. » P3*

*« C'est une source d'avantage parce qu'on peut tout gérer dans l'instant. » P7*

*« Soigner ses enfants ? D'avantages, évidemment... » P9*

*« Un médecin généraliste peut soigner ses enfants quand ce sont des petites pathologies courantes, des virus, des bricoles comme ça. » P11*

Les mêmes éléments pratiques de la vie courante nous sont évoqués lorsque nous retournons la question, la disponibilité, la rapidité, la capacité de faire appels aux confrères en cas d'indisponibilité ou d'incertitude.

*« C'est quand même pratique de ne pas les emmener chez le médecin, ne pas les emmener en consultation. » P2*

*« C'est plus facile, j'imagine que quand tu as un enfant, tu dois prendre rendez-vous chez le médecin, chez le pédiatre ou un autre... tu dois faire les suivis et tout, ça prend du temps, c'est de l'organisation » P4*

*« Mais vous savez les mettre dans les mains de quelqu'un de compétent parce que ce n'est pas votre spécialité. » P5*

*« Tu peux traiter rapidement. » P7*

### 3) Les inconvénients ressentis

Cependant, les enfants de MG reconnaissaient également les inconvénients et les limites qu'il pouvait y avoir à prendre en charge la santé de ses enfants.

*« La peur de de se tromper, ou de passer à côté de quelque chose. » P2*

*« Je pense que mon père, qui voit des patients toute la journée au cabinet, quand il rentre à la maison ou qu'il voit ses enfants, il n'a pas forcément envie de voir des patients à la maison. » P3*

*« L'inconvénient c'est qu'on est fort pris par le métier... » P7*

*« Je pense que c'est un inconvénient... J'ai mis très longtemps à le comprendre. » P8*

*« L'expérience vécue d'avoir un père médecin, c'est « c'est bon, j'ai vu des gens malades toute la journée, vous ne venez pas avec vos soucis quand je rentre le soir ». Donc l'impression de ne pas être écoutée, de ne pas être entendue, c'est « tu prends des antibiotiques et tu me fous la paix » ... » P9*

*« Ça peut être une source de stress, d'angoisse supplémentaire. » P11*

Ils faisaient naturellement la part des choses et reconnaissaient les difficultés de la pratique de la médecine, surtout en cas de pathologie grave.

*« Quand on a un enfant qui a un souci de santé sérieux là ça doit être difficile, parce qu'on sait les conséquences qu'il peut y avoir... » P11*

Certains évoquaient une responsabilité qui peut être difficile à vivre par le parent MG.

*« S'il s'agit d'un enfant qui a des gros soucis de santé ça peut être une forme de responsabilité supplémentaire en plus de celle d'être juste parent. » P1*

*« Ça peut être hyper stressant quand même parce que c'est une responsabilité. » P4*

*« Je pense qu'on leur fait porter une grosse responsabilité. » P8*

D'autres évoquaient une part d'impuissance, le fait d'être démuni face à un souci de santé de l'enfant.

*« Peut-être que tu peux avoir une certaine frustration parfois, de ne pas se sentir capable de tout faire... » P5*

*« Il faut savoir mettre ses enfants dans les mains de quelqu'un d'autre et ça doit être quelque chose d'assez difficile à vivre. » P11*

#### 4) Le manque d'objectivité et la place des sentiments

Au cours de nos entretiens, il est apparu que l'affect qui lie un parent à son enfant peut perturber la relation médecin-malade, et nuire à la prise en charge.

*« Il est peut-être un peu moins objectif qu'avec un autre patient. Il y a toujours une part sentimentale qui joue dans la balance. » P3*

*« Il me disait que parfois, on n'est peut-être pas tout à fait objectif. » P6*

*« On est forcément dans le déni quand ça nous touche trop, c'est impossible autrement. » P8*

*« Il faut avoir un recul suffisant pour pouvoir bien diagnostiquer. » P10*

*« Il faut savoir laisser la main dès qu'on ne maîtrise plus le sujet... encore plus quand il s'agit d'un de ses proches ou un de ses enfants parce qu'on manque de discernement. » P11*

#### E) Soigner ou ne pas soigner ses enfants ?

Au terme de nos entretiens, ou parfois au cours de nos entretiens, il nous semblait important de recueillir l'avis de sujets concernés sur la question de soigner ou non ses enfants lorsqu'un parent était médecin généraliste. Les avis étaient partagés sur la question. Pour certains d'entre eux, le caractère naturel, évident, poussait le parent MG à soigner ses enfants.

*« Ça me semble compliqué pour des parents médecins de faire la démarche d'aller voir quelqu'un d'autre pour leurs enfants. » P6*

*« Soigner ses enfants, c'est quelque chose de naturel, on le fait. » P9*

*« Oui un médecin généraliste peut soigner ses enfants. » P11*

Mais les réponses étaient toujours nuancées par l'existence d'une pathologie jugée grave, nécessitant le recours à d'autres médecins.

*« Dès qu'on est dépassé ou qu'on ne trouve pas, on envoie vers le spécialiste. » P9*

*« Il faut savoir passer le flambeau à quelqu'un rapidement dès que on se sent un dépassé. » P11*

Pour d'autres, la réponse était négative, un parent médecin ne devrait pas soigner ses enfants.

*« Je dirais plutôt non... psychologiquement, pour le bien-être de tout le monde. Soigner ses enfants comme soigner sa famille... » P8*

*« Je pense qu'il ne faut pas être le médecin de ses enfants. » P10*



## IV. DISCUSSION

### A) Les forces de l'études

#### 1) Un sujet attractif et original

L'ensemble des sujets interrogés nous a paru être séduit par le sujet, nous recevions même quelques commentaires lors de la prise de contact, « *j'ai plein de choses à vous dire là-dessus* » ou « *Ah ! c'est original* », ce qui semblait refléter une sincère attractivité. De plus, lors de nos discussions avec des confrères médecins, internes ou étudiants en médecine, le sujet s'est révélé attrayant et nous avons reçu beaucoup d'intérêt à l'énoncé de notre sujet.

Nos recherches bibliographiques nous ont permis de trouver ce sujet inédit. En effet, les travaux de recherche portant sur le médecin généraliste soignant son entourage ne sont pas nouveaux (24)(25)(26)(27). Ces dernières années, avec la popularisation des enquêtes qualitatives, le point de vue de l'entourage (famille, amis) des médecins généralistes est également apparu comme un sujet digne d'intérêt (17)(19)(28). Cependant, nous n'avons retrouvé aucune étude s'appliquant à récolter et analyser le ressenti particulier des enfants de médecins généralistes. Ce sujet nous est apparu à la lecture des travaux de Goubet (20). Au cours de son étude portant sur le ressenti du médecin généraliste prenant en charge la santé de ses enfants, l'évocation du sujet par l'investigateur auprès des médecins interrogés a été le point de départ de débats au sein du cercle familial, il semblerait que certains des enfants des sujets interrogés ont rapporté certains inconvénients à être soigné par un de ses parents parce qu'ils se sentaient « *moins suivis, moins écoutés, moins pris au sérieux* ». Dans une autre étude portant sur les proches du médecin généraliste, Garand (25) a pu interroger des enfants de MG, ces derniers rapportaient un manque d'intérêt, de disponibilité et de patience du parent MG à leur égard. Par conséquent, il nous est apparu légitime de donner la parole aux enfants de médecins généralistes afin de récolter leur ressenti sur cette relation médecin malade atypique.

A la fin de l'entretien 10, le sujet interrogé nous a fait part de l'importance qu'il apporte à notre travail et des éventuelles conséquences qui peuvent en être extraites : « *je pense que peut-être que des études comme la vôtre aident à comprendre que c'est mieux de ne pas se soigner ou soigner sa famille... il faut avoir un recul suffisant pour pouvoir bien soigner* ».

#### 2) L'implication personnelle de l'auteur

Le choix du sujet de thèse de médecine générale étant libre, il paraît naturel de sélectionner un sujet qui nous tient particulièrement à cœur ou qui fait écho à une situation vécue.

Fils de médecin généraliste et récemment devenu père, je me suis retrouvé à la place de ce patient-enfant et vais endosser ce rôle du médecin-parent. C'est au tout début de ma paternité que les interrogations sont apparues, que le questionnement sur mon expérience est venu bousculer mes idées sur mon nouveau rôle de médecin et de père. Plus qu'un sujet d'étude, ce travail a été pour moi une forme d'introspection sur ce que j'ai vécu plus jeune et sur les choses que je souhaite appliquer ou éviter en tant que père et médecin.

Au cours de ce travail, j'ai pu reconnaître une forme de souffrance chez les enfants de médecins généralistes, une souffrance de ne pas être entendu, une souffrance de ne pas être écouté, toutefois sans qu'il n'y ait de rancœur envers le parent-médecin. A l'opposé, j'ai aussi pu identifier les peines et les limites qu'il peut y avoir à prendre en charge soi-même la santé de ses enfants.

Une grosse difficulté dans ce travail était pour moi de laisser mon histoire personnelle de côté et de ne pas me projeter sur les sujets interrogés, en tant qu'enfant de médecin généraliste, et de comparer ma situation, mes expériences aux leurs. Toute la complexité de ce travail était pour moi d'ignorer cette dualité qu'est la mienne, à la fois fils-patient et père-médecin, afin de traiter au mieux les données recueillies, avec le plus de neutralité et d'impartialité.

Ce travail m'a nourri et va permettre de me construire, de grandir en tant qu'homme, fils et père, mais aussi en tant que médecin.

## B) Les faiblesses de l'étude

### 1) Le manque d'expérience de l'investigateur

Réalisant pour la première fois une enquête qualitative, la première difficulté a été d'incorporer et de maîtriser l'aspect méthodologique spécifique à ce type d'étude à l'aide de guides (29)(30). Il a fallu ensuite construire une grille d'entretien basée sur nos recherches bibliographiques.

Le manque d'expérience de l'investigateur dans le déroulement des premiers entretiens a pu limiter l'expression de certaines données par les sujets interrogés. Une reformulation ainsi que la préparation de questions de relance ont pu permettre de raviver les conversations. Les éléments de communication non verbale ont également pu être ignorés involontairement par l'investigateur au cours des premiers entretiens.

La découverte et la familiarisation avec le logiciel de codage (NVIVO14) puis l'établissement de la grille de codage a également nécessité un certain temps d'adaptation, lié à ce manque d'expérience.

## 2) Les biais de l'étude

Dans notre étude, les premiers sujets étant recrutés dans l'entourage de l'investigateur, puis par effet « boule de neige », certains sujets interrogés étaient de la même fratrie, cela résulte en un biais de sélection malgré nos efforts pour varier aux maximum les caractéristiques des sujets interrogés.

Il est à noter qu'à chaque fin d'entretien, nous demandions aux personnes interrogées de nous transmettre les coordonnées d'individus pouvant être inclus dans notre étude. En faisant cela, certains sujets interrogés nous ont fait part de pathologies qu'ils estimaient graves et dont souffraient les potentiels sujets. Malheureusement, ces personnes n'ont pas souhaité participer à notre étude, ce qui participe également au biais non-réponse. De plus nous déplorons l'absence de mère médecin chez les sujets interrogé dans notre étude.

Les discours des sujets interrogés étant subjectifs, nous retrouvons également un biais de déclaration. Une grande partie des faits relatés par les sujets interrogés remontant à leur enfance, ils ont dû faire appel à leurs souvenirs, probablement altérés avec le temps, ce qui pose inévitablement un biais de mémorisation.

De façon involontaire, en choisissant ce type d'étude avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés et en laissant libre cours aux conversations, nous retrouvons un risque de digression non négligeable, qu'il a fallu apprendre à maîtriser et à cadrer au cours de notre travail.

Pour finir, le recueil, l'analyse et l'interprétation des résultats ayant été réalisés par la même personne, il existe de façon inévitable un biais d'interprétation, malgré toute notre application à rester neutre et impartial lors du traitement des données.

## 3) Le faible effectif de l'échantillonnage

Pour des raisons de temps et de disponibilité, les entretiens se sont déroulés sur une durée restreinte de 2 mois, ce qui rend l'échantillonnage assez faible. Nous avons tout de même souhaité que l'échantillon de sujets interrogés soit le plus varié possible en variant au maximum les caractéristiques des sujets : âge, sexe, profession, éloignement avec le parent-médecin, mode d'activité du parent-médecin.

Cependant, l'intérêt du sujet auprès des personnes interrogées et la richesse des entretiens nous a permis de faire ressortir de nombreux thèmes et de disposer d'un corpus conséquent pour la réalisation du codage. Les entretiens se sont poursuivis en ajoutant des éléments à la grille de

codage après les premiers entretiens. Nous avons estimé que les données étaient saturées car les derniers entretiens ne nous ont pas permis de faire ressortir de nouveaux éléments.

### C) Confrontation à la bibliographie et réflexions personnelles

#### 1) Données de la littérature

Au cours des études réalisées par le passé (1)(2)(3), ces dernières qu'une grande majorité des médecins ont déjà été sollicités par leur proche, que ce soit en France, mais aussi dans le monde, et qu'ils répondent le plus souvent de manière positive à cette demande. Il s'agit donc d'une pratique répandue, les proches recevant le plus de soins étant les conjoints et les enfants (4)(16), et dans une moindre mesure les parents. Les médecins réalisent avant tout des prescriptions médicamenteuses (principalement des antibiotiques et des AINS)(6)(37) et des diagnostics (6), les actes les moins réalisés étant les prises en charge de troubles psychiatriques, les suivis de grossesse et les soins palliatifs (31)(32). D'une manière générale, les médecins sont beaucoup plus à l'aise avec les maladies bénignes (27), et préfèrent le rôle de conseiller auprès de leurs proches (33). Ils s'opposent davantage à suivre des pathologies chroniques ou graves, où le pronostic vital risque d'être engagé (27). Les MG reconnaissent bien les arguments en faveur de la prise en charge des proches et les répercussions sont essentiellement positives avec un sentiment d'accomplissement, de satisfaction voire de fierté (32)(34).

Malgré cela, ils concèdent les arguments allant à l'encontre du soin aux proches. L'implication affective et le manque d'objectivité qui en découle est le plus souvent cité. Ils admettent également réaliser des consultations incomplètes avec des interrogatoires sommaires, un examen clinique bâclé voire inexistant, la pudeur écartant tout ce qui se rapproche de l'intimité, des modalités de consultations inadaptées, un dossier mal tenu et un secret médical difficile à respecter (6)(24)(27). Soigner ses proches peut également avoir des répercussions négatives sur le médecin, sur le plan personnel avec un empiétement sur la vie privée, des conséquences sur le plan psychologique avec le poids des responsabilités parfois perçu comme un fardeau (27)(32)(35). Au final, les études portant sur le point de vue du médecin mettent en évidence que la majorité d'entre eux estime qu'il ne faut pas soigner ses proches (32), certains le faisant à contrecœur et d'autres ayant même refusé une demande de soins de la part de leur proche (6).

De plus, certaines études se sont intéressées à l'avis, aux attentes et au ressenti des proches du médecin généraliste (16)(17)(28). Dans ces travaux nous retrouvons essentiellement les mêmes avantages partagés par les proches du MG : une facilité d'accès, confiance et réassurance, la connaissance du patient par la proximité du lieu, un lieu de consultation différent du lieu d'exercice et une relation avec les spécialistes. D'un autre côté, des limites sont partagées par les patients interrogés : un manque d'objectivité, une confusion des rôles, des consultations écourtées et incomplètes, la pudeur physique et psychologique, une observance aléatoire et un risque de complaisance. Lorsque les proches sont interrogés, ils font systématiquement la distinction entre pathologies bénignes et pathologies graves ou chroniques, et reconnaissent aisément les difficultés du MG à les suivre dans ces conditions en évoquant leur peine et la complexité de leur situation pouvant entraver la relation de soins.

## 2) Le « syndrome du parent-médecin »

Dans un article paru dans le Canadian Medical Association Journal, le Dr McSherry (36), médecin généraliste exerçant au sein d'une université, relate les interactions qu'il a pu avoir avec des étudiants qui ont un parent médecin. Il évoque une forme d'ingérence de ce parent lorsque son enfant est pris en charge par un confrère. Il en va même à se questionner si les parents médecins savent ce qui est le mieux pour leurs enfants. Il a pu mettre en évidence ce qu'il appelle le « Syndrome du parent – médecin », une relation médecin-malade parasitée par le fait qu'un des parents du patient soit un médecin, caractérisé par trois niveaux de gravité.

Le premier niveau apparaît lorsque le parent médecin soigne son enfant, on y retrouve des examens cliniques incomplets, un dossier médical mal tenu, voire inexistant, une vaccination incomplète et mal documentée. Le second niveau voit apparaître d'autres problématiques, le secret médical n'est pas respecté, le parent MG exerce un droit de veto sur les soins médicaux, adresse son enfant à des spécialistes désignés par leur choix. On retrouve une forme de contrôle qui empêche toute forme de prise de responsabilité et d'autonomie. De plus certains problèmes de santé comme les pathologies mentales ou la sexualité sont volontairement ignorés. Le troisième niveau intègre les éléments précédents, mais le parent MG exerce une forme de contrôle encore plus importante, qui affecte non seulement la santé mais aussi d'autres aspects de la vie.

La plupart de ces éléments représenteraient des obstacles s'ils s'appliquaient à leurs patients, pourtant ils l'appliquent bien à leurs enfants, à cause d'une inquiétude à l'égard de leur santé.

Pour Mc Sherry le problème ne viendrait pas du médecin qui est un parent, mais de certains parents qui ont un besoin de contrôle et qui se trouvent être médecins.

Pour éviter ce « Syndrome du parent-médecin », il propose les règles de conduite suivantes : ne pas faire de médecine « express », ne pas prescrire par téléphone, faire confiance à ses enfants, leur permettre d'avoir un médecin traitant, faire confiance à ses confrères et éviter de donner un second avis après eux, et en cas de besoin appeler le médecin traitant de son enfant pour discuter de problèmes médicaux.

Dans cet article, McSherry recommande d'appliquer ces conseils aux parents ayant un enfant étudiant, mais on peut extrapoler ces conseils à l'ensemble des parents médecins ayant des enfants, comme ceux de notre étude. Pour résumer il s'agit de faire confiance, à ses enfants, comme à ses confrères, et savoir confier ses enfants, éviter toute forme d'interventionnisme, et préférer un rôle de conseiller.

### 3) Les déterminants de la prise en charge de ses enfants

Les facteurs influençant les médecins généralistes à prendre en charge leurs enfants sont nombreux. L'aspect pratique et facile, entraînant un gain de temps, pour le médecin comme pour l'enfant, est le premier facteur qui vient à l'esprit (32). Il peut aussi s'agir d'un choix motivé par des raisons personnelles, la prise en charge de ses enfants étant considérée naturelle, comme une prolongation du rôle de parent. Parfois le généraliste assure la prise en charge de ses enfants par nécessité, dans des situations d'urgence ou par manque de disponibilité des confrères (20). Il se considère au moins aussi compétent que ses confrères et estime être capable de rester objectif (37). La difficulté de faire confiance aux confrères et parfois la gêne de déranger un confrère sont aussi des facteurs influençant cette prise en charge. L'influence positive du conjoint ou de l'enfant poussent également le MG vers le soin aux enfants.

A l'opposé, il existe de nombreux éléments s'opposant ou limitant la prise en charge de ses enfants. Le manque d'objectivité par l'intervention des émotions et par manque de recul, est caractérisé par un raisonnement médical altéré, qui pousse à surestimer ou sous-estimer les symptômes (27). La présence d'une pathologie spécifique et considérée comme grave est également une limite reconnue, d'autant plus lorsque cette pathologie dépasse le cadre des compétences du MG. La peur de l'erreur et le manque d'assurance représentent des freins à cette prise en charge (25). Enfin, le respect de l'intimité et certaines pathologies, notamment gynécologiques et psychiatriques, représentent des barrières.

Parmi les déterminants, l'âge est également perçu comme un facteur influençant fortement cette prise en charge. La période des premières années de vie est synonyme de fragilité et les médecins confient plus facilement leurs enfants aux confrères. Un enfant en bonne santé dans ses premières années de vie l'est généralement les années qui suivent et les pathologies aiguës sont généralement prises en charge par le parent médecin. La période de l'adolescence est une période de transition où les difficultés résident principalement dans les relations plus que dans le médical. L'âge de la majorité est souvent synonyme de libération de rôle de parent et donc d'une libération de la responsabilité, et les demandes émanent plus facilement des enfants devenus adultes (37).

Il apparaît également que le sexe de l'enfant peut être un facteur influençant la prise en charge, les médecins qui ont une fille modifient toujours leur prise en charge dès que la puberté se manifeste, et c'est d'autant plus flagrant quand le parent médecin est un homme.

En partant du postulat : « *il n'est pas souhaitable de soigner ses propres enfants* », Charbonnier (37) a tenté d'identifier les facteurs influençant la prise en charge de ses enfants par le médecin généraliste. Au cours de cette étude elle a notamment interrogé les médecins sur leur capacité à conserver leur capacité d'objectivité, seuls 4 médecins parmi les 18 interrogés s'estimaient capable de rester objectifs, la moitié d'entre eux a reconnu un manque d'objectivité évident. Malgré cela, la majorité des parents médecins semblent assurer la santé de ses enfants, même si une bonne partie estime qu'il est préférable de ne pas le faire (32). Finalement, seule une minorité des MG semble défavorable à ce sujet et l'applique réellement.

#### 4) Soigner ses proches et soigner ses enfants

Dans son travail de thèse, Goubet (20) recueille les paroles d'un parent médecin, dont le suivi de ses enfants a principalement relevé de la surveillance, du traitement de pathologies aiguës bénignes et de traumatologie. Cela se distingue d'une demande de soin d'un proche, qui nécessite une réflexion médicale plus poussée avec une démarche diagnostique, la prise en charge de pathologies chroniques.

C'est en cela que soigner ses enfants diffère de soigner ses proches. D'un côté, s'assurer de la santé de ses enfants est une partie du devoir parental, quelque chose de naturel, d'instinctif qui nous pousse à protéger nos êtres chers, et la décision émane du parent. D'un autre côté, répondre à la demande d'un proche fait appel au professionnel que nous sommes, et c'est une chose que l'on peut toujours refuser n'étant tenus à aucune obligation. Certains médecins interrogés dans son étude reconnaissent que soigner un parent ou son conjoint est plus compliqué et plus risqué

que soigner ses enfants, certains avouant même refuser de soigner leurs proches pour ces raisons.

#### 5) La place du consentement de l'enfant mineur

Il est énoncé dans le serment d'Hippocrate (15) « *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera* », par conséquent le médecin répond à une demande clairement formulée. Le choix du patient est donc libre et éclairé, il est libre de choisir son médecin. Mais qu'en est-il du choix de l'enfant lorsque celui-ci n'est pas en mesure de formuler une demande de soins du fait de son jeune âge ?

Selon l'Académie Nationale de Médecine (38), la relation médecin malade est triangulaire dans le cas de la pédiatrie, elle allie le médecin, l'enfant et le parent. Cet équilibre entre les trois parties se trouve rompu lorsque le parent et le médecin sont une seule et unique personne.

Sur le plan strictement légal (39), l'information de l'enfant est essentielle, elle doit être loyale, claire et appropriée. En d'autres mots elle doit être facile à comprendre et adaptée à l'âge de l'enfant. L'information est due aux parents et doit être délivrée à eux seuls. Le consentement de l'enfant doit être recherché mais il n'y pas d'obligation de l'obtenir, la décision parentale prévalant. Si l'on suit ces recommandations légales, c'est donc le parent qui décide des soins de son enfant. Cependant il est impératif de ne pas oublier les fondements de la relation médecin malade que sont l'écoute, l'empathie, le respect, la clarté et la sincérité des informations. Dans ces conditions, le parent doit savoir se départir de son rôle de médecin, et inversement le médecin ne doit pas oublier son rôle de parent pour favoriser au mieux l'alliance thérapeutique.

#### 6) La nécessité de se questionner en amont

Tout médecin, se verra un jour posé la question de soigner un proche, les médecins généralistes étant les plus sollicités. Il est recommandé de se questionner avant cette demande de soin afin de fixer soi-même les limites en sous-pesant les avantages, les inconvénients et les questions éthiques. Certains auteurs se sont penchés sur la question. En 1992, La Puma et Priest (3) ont élaboré 7 questions à se poser face à cette situation, en excluant les situations d'urgence et certains problèmes récurrents mineurs.

- Suis-je formé pour gérer la demande de soins de mon proche ?
- Suis-je trop proche pour l'interroger sur son histoire personnelle, l'examiner intimement, ou gérer l'annonce d'une mauvaise nouvelle ?



- Puis-je être suffisamment objectif pour ne pas dispenser trop peu ou trop de soins, ou des soins inappropriés ?
- Est-ce que mon implication médicale est susceptible de provoquer ou d'intensifier des conflits intrafamiliaux ?
- Mes proches seront-ils plus compliants si les soins sont prodigués par un médecin indépendant ?
- Vais-je autoriser le médecin à qui j'adresse mes proches à s'occuper d'eux ?
- Suis-je prêt à être tenu responsable de mes actes face à mes pairs ou la société ?

Fromme (1) conseille dans ce cas de se poser la question suivante « *Que pourrais-je faire dans cette situation si je n'étais pas médecin ?* », et envisage d'éviter les actes nécessitant d'avoir ce statut de médecin.

Dans son travail de thèse réalisé en 2012 concernant le soin aux proches, Dagnicourt (24) proposait de compléter les interrogations par les suivantes

- Les soins peuvent-ils modifier mon identité familiale ?
- Les soins peuvent-ils être réalisés dans de bonnes conditions pratiques et techniques ?
- Suis-je prêt à faire face aux critiques de mon proche et du reste de ma famille ?
- La relation de soin est-elle susceptible de compromettre mon bien-être personnel ?

Prodiguer des soins à ses proches, enfants, conjoint, parents, famille, amis, n'est donc pas une question anodine et nécessite une vraie interrogation personnelle, professionnelle et éthique. Il existe autant de réponses à cette question qu'il existe de médecins, mais s'y préparer ne peut que participer à la qualité des soins du patient et au bien-être du médecin.

#### 7) Une formation universitaire ?

Soigner ses enfants, comme soigner ses proches, est une situation qui va invariablement se présenter à tout médecin. Au cours de notre formation, nous acquérons tout un savoir théorique, purement scientifique. Nous sommes également sensibilisés à des questions éthiques comme l'annonce d'une maladie grave, la fin de vie, les notions d'obstination déraisonnable et de limitation des thérapeutiques, la procréation médicalement assistée, l'interruption volontaire ou médicale de grossesse, la protection des personnes vulnérables, le don d'organe... de

nombreuses questions éthiques se posent à nous médecins, pourquoi ne pas intégrer au cours de nos études une réflexion sur le soin aux proches ? Il pourrait être intéressant d'exposer les avantages et les limites de cette prise en charge et de familiariser les jeunes médecins à ces questions en leur permettant de répondre de la meilleure des manières à ces questions en respectant la sensibilité de chacun.

## V. CONCLUSION

Au cours de cette étude nous avons constaté que les enfants de médecins généralistes ne sont pas des patients comme les autres et que la relation médecin-malade qui les lie avec leur parent MG est avant tout marquée par la proximité et l'implication affective de chacun.

Certes, être avoir un parent médecin est une situation avantageuse, elle permet d'avoir un accès grandement facilité à la santé, et dans quasiment toutes les conditions. Avoir un avis médical rapide, parfois à distance, pour soi-même ou pour son enfant voire son conjoint est un atout majeur et une source de réassurance. Aussi, les liens affectifs avec le parent médecin assurent un investissement de celui-ci et un climat de confiance, d'autant plus que le monde médical est banalisé car faisant partie de la vie quotidienne. De plus l'accès aux autres professionnels de santé semble également facilité, et le sentiment de confiance étendu au reste du monde médical.

A l'opposé, les enfants de MG perçoivent des désagréments à être soigné par leur parent. Outre un manque de disponibilité causé par l'implication dans l'activité professionnelle, ils retrouvent un manque d'écoute de leurs plaintes et un manque de rigueur dans les soins qu'ils reçoivent. De plus, la relation affective est à l'origine d'une pudeur à l'égard du parent MG, ce qui tend à exclure les problèmes liés à la sphère intime de la relation de soins.

Cette relation médecin malade atypique est source de questionnement sur les rôles de chacun, d'un côté l'enfant patient, de l'autre le parent médecin.

Enfin, les fils et filles de MG identifient les bénéfices et les limites que peuvent ressentir leur parent MG quand il s'agit de soigner ses enfants, ce geste étant considéré comme inné, une prolongation du rôle de parent. Cependant ils sont bien conscients que cette situation complexe mêlée de sentiments et de perte d'objectivité est une source de difficultés pour leur parent.

Au terme de notre travail, nous pouvons dire que les enfants de MG ne sont pas des patients à part du fait de leur accès privilégié à la santé, bien qu'ils estiment recevoir les mêmes soins que les autres. Les sentiments intervenant dans cette relation de soins et la perte d'objectivité du parent médecin mériteraient d'être abordés lors des formations des jeunes médecins, car c'est une situation qui va presque invariablement se présenter, et afin de poser les limites de cette relation pour en éviter les effets néfastes.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Fromme EK, Farber NJ, Babbott SF, Pickett ME, Beasley BW. What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member. *Ann Intern Med.* 2008 Dec 2;149(11):825-31. doi: 10.7326/0003-4819-149-11-200812020-00011. Erratum in: *Ann Intern Med.* 2009 Feb 17;150(4):291-2. PMID: 19047031.
- (2) Vijayalakshmi S, Ramkumar S, Rajsri TR, Prasanna S, Prince Rueban M, Pravin Anand U, Parasaran J, Kumar S. A Doctor in the House, An Ethical Consideration on Treating Their Family Members: A Mixed-Method Study. *Cureus.* 2023 Aug 27;15(8):e44230. doi: 10.7759/cureus.44230. PMID: 37772215; PMCID: PMC10523028.
- (3) La Puma J, Priest ER. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families. *JAMA.* 1992 Apr 1;267(13):1810-2. doi: 10.1001/jama.267.13.1810. PMID: 1545466.
- (4) Debeaulieu Mietka A. Le médecin peut-il soigner ses proches? *Revue de la littérature à ce sujet. [Thèse d'exercice en Médecine].* Amiens ; 2019.
- (5) Beguin M. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches. *[Thèse d'exercice en Médecine].* Grenoble ; 2013.
- (6) 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.* 1991 Oct 31;325(18):1290-4. doi: 10.1056/NEJM199110313251806. PMID: 1922224.
- (7) Percival T. Medical ethics 1803 [Internet]. [Consulté le 15 août 2024]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=tVsUAAAAQAAJ>
- (8) AMA Code of Medical Ethics. Opinion 1.2.1 Treating Self or Family [Internet]. [Consulté le 15 août 2024]. Disponible sur: <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/treating-self-or-family>
- (9) Code de déontologie des médecins [Internet]. [Consulté le 15 août 2024]. Disponible sur: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%2017%20/#:~:text=Le%20m%C3%A9decin%20doit%2C%20sauf%20dans,70>.
- (10) Association Médicale Mondiale. Manuel d'éthique médicale 3ème édition [Internet]. [Consulté le 15 août 2024]. Disponible sur: [https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics\\_manual\\_3rd\\_Nov2015\\_fr.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_fr.pdf)
- (11) State Medical Board of Ohio. Frequently asked questions [Internet]. [Consulté le 15 août 2024]. Disponible sur:

<https://dam.assets.ohio.gov/image/upload/med.ohio.gov/portals/0/4731-11-09%20%20faqs%20.pdf>

- (12) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Commentaires du code de déontologie médicale, Février 2014. [Internet]. [Consulté le 15 août 2024]. Disponible sur : [https://conseil76.ordre.medecin.fr/system/files/domain-192/documents/Commentaires\\_du\\_code\\_de\\_deontologie\\_medicale.pdf](https://conseil76.ordre.medecin.fr/system/files/domain-192/documents/Commentaires_du_code_de_deontologie_medicale.pdf)
- (13) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale et ses commentaires, Juin 2022 [Internet]. [Consulté le 15 août 2024]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/commentaires-code-deontologie.pdf>
- (14) Code de Santé publique, Article R4127-7 [Internet]. [Consulté le 15 août 2024]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006912868](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912868)
- (15) Le serment d'Hippocrate [Internet]. [Consulté le 15 août 2024]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
- (16) Da Silva M. Quelles sont les attentes et le ressenti des proches du médecin généraliste ? Étude qualitative auprès de 12 patients des Alpes Maritimes. [Thèse d'exercice en Médecine]. Nice ; 2014.
- (17) Bouve C. Soigner ses proches : Quelle résonance chez les soigné ? Etude du ressenti des proches par enquête qualitative. [Thèse d'exercice en Médecine]. Angers ; 2015.
- (18) Hennevin R. Médecin de sa famille : une gageure ? Point de vue de l'entourage du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en Médecine]. Lille ; 2015.
- (19) Mons M. Nos proches perçoivent mal la nature de nos difficultés à les soigner. [Thèse d'exercice en Médecine]. Tours ; 2017.
- (20) Goubet J. Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants : peut-on soigner ses enfants. [Thèse d'exercice en Médecine]. Amiens ; 2016.
- (21) Aubin Auger I. exercer 2008 ;84:142-5.
- (22) Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif, 4<sup>e</sup> édition. Armand Colin, 2016.
- (23) Paillé P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique, (23), 147–181. <https://doi.org/10.7202/1002253ar>
- (24) Dagnicourt P. Soigner ses proches, une attitude raisonnée ? [thèse d'exercice de médecine] Angers ; 2012.
- (25) Garand J. Médecin traitant de sa propre famille, quelles sont les difficultés à soigner ses proches ? [Thèse d'exercice de médecine] Reims ; 2015

- (26) Mailhot M. Caring for our own families. *Canadian Family Physicians* 2002 mar; 48:546-7
- (27) Peltz-Aïm J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? Enquête qualitative auprès de 22 médecins exerçant en région parisienne [Thèse d'exercice en Médecine]. Paris; 2012.
- (28) Augustyniak J. Vécu des patients pris en charge par un médecin généraliste membre de leur propre famille. [Thèse d'exercice en médecine]. Nancy ; 2015
- (29) Larmarange J. Déroulements des enquêtes qualitatives ou quantitatives. Support de cours ; Université Paris 5 René Descartes ; Novembre 2012 [Internet]. [Consulté le 15 août 2024]. Disponible sur : [https://joseph.larmarange.net/IMG/pdf/deroulement\\_enquete.pdf](https://joseph.larmarange.net/IMG/pdf/deroulement_enquete.pdf)
- (30) Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé. Editions Global Média Santé. 2021
- (31) Castera F. Le médecin généraliste, médecin de sa famille ? Enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches [Thèse d'exercice en Médecine]. Toulouse; 2005.
- (32) Vallerend V. Quand le médecin généraliste soigne sa famille : enquête en Basse Normandie [Thèse d'exercice en Médecine]. Caen; 2009
- (33) Chen FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. *West J Med.* oct 2001;175(4):236 9.
- (34) Bonvalot V. Médecin traitant de sa propre famille : différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale : enquête auprès de médecins généralistes du Var [Thèse d'exercice en Médecine]. Aix-Marseille; 2009.
- (35) Gendel MH, Brooks E, Early SR, Gundersen DC, Dubovsky SL, Dilts SL, et al. Self prescribed and other informal care provided by physicians: scope, correlations and implications. *J Med Ethics.* mai 2012;38(5):294 8.
- (36) MC SHERRY J. Long-distance meddling: do MDs really know what's best for their children? *CMAJ* 1988 ; 139 (5) : 420–2.
- (37) Dorothee Charbonnier. 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 en médecine].
- (38) Bontoux D. La relation médecin-malade. Site de l'Académie Nationale de Médecine [Internet]. [Consulté le 15 août 2024]. Disponible sur : <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2021/07/Rapport-RMM.pdf>
- (39) Fiche N°3 : Information et consentement aux soins d'un mineur. Site du Ministère de la Santé et de la Prévention. [Internet]. [Consulté le 15 août 2024]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_onvs\\_fiche\\_03.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_onvs_fiche_03.pdf)

## VII. ANNEXES

### A) Le guide d'entretien

Caractéristiques du sujet (sexe, âge, profession, lieu et type d'exercice du parent médecin, distance géographique)

- 1) Comment s'est organisé votre suivi médical ? Comment s'organise-t-il actuellement ?  
(Suivi classique, courbes de croissance, vaccination, carnet de santé) Dans quelles conditions ? (Domicile ? cabinet ?)
- 2) Quels sont d'après vous les avantages et les inconvénients à être suivi par son parent-médecin ? Question de relance : comment aborder un sujet plus intime ? (Gynécologique, uro-génital, psychologique, addictologique)
- 3) Pensez-vous être soigné différemment d'un autre patient ?
- 4) Avez-vous déjà été pris en charge par un autre médecin ? (Généraliste ou spécialiste) Dans quelles conditions ? Pensez-vous qu'avoir un parent médecin a impacté cette prise en charge ?
- 5) En cas de pathologie aiguë comment s'organise la prise en charge ? (Interrogatoire ? Examen clinique ? Prescriptions ?)
- 6) En cas de pathologie grave ou d'hospitalisation comment s'organise la prise en charge ? Pensez-vous que le fait d'avoir un parent médecin généraliste a influé sur cette prise en charge ?
- 7) Pensez-vous que cette situation (soigner ses enfants) peut être une source de difficultés pour votre parent-médecin ? Pensez-vous que cette situation peut être bénéfique ?
- 8) En conclusion, peut-on/doit-on être soigné par son parent médecin ?





Résumé : Fils et filles de généralistes : être soigné par son parent, recueil et analyse du vécu.

Introduction : Les travaux de recherche concernant le point de vue du médecin généraliste soignant ses proches sont nombreux. Depuis quelques années, des études se sont intéressées au point de vue de l'entourage des proches du MG, sur leurs attentes et les limites de cette relation. Cependant, aucun travail portant spécifiquement sur les fils et filles de MG n'a été réalisé. L'objectif de cette étude a été de recueillir et d'analyser les expériences de ces enfants de MG qui ont été, ou qui sont soignés par un de leurs parents. Matériel et méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'enfants adultes de MG réalisés jusqu'à saturation des données et analysés à l'aide du logiciel NVivo. Résultats : 11 enfants de MG ont été interrogés. Notre travail a permis d'identifier les avantages perçus à être soigné par un parent MG, à savoir des avantages pratiques, un accès facilité à la médecine et aux autres professionnels de santé, une banalisation du monde médical, une confiance renforcée et un sentiment de réassurance. A l'opposé, être soigné par un parent MG peut présenter des inconvénients comme un manque de disponibilité et d'écoute, un suivi médical irrégulier et des examens considérés comme bâclés. Cette relation médecin malade atypique est marquée par l'affect et par la confusion des rôles de chacun. Cependant les enfants de MG reconnaissent les difficultés de leur parent à assurer leur santé et les limites de cette relation. Discussion : Les déterminants de la prise en charge de la santé de ses enfants par le MG sont nombreux et dépendent de la sensibilité de chaque médecin. Il existe cependant des travers inhérents à cette relation qui peuvent être évités en ayant un questionnement et une réflexion en amont de celle-ci. Conclusion : Bien qu'ils aient le sentiment d'être soigné comme n'importe quel autre patient, les enfants de MG admettaient être des patients à part et que l'objectivité et la distance nécessaires pour être soignés sont mises à mal par les sentiments affectifs. Mots clés : parentalité ; relation médecin-malade ; médecin générale ; soigner ses proches/sa famille ; éthique

Abstract : Sons and daughters of GP : being treated by their parent, collection and analysis of the experience.

Introduction : : There are many studies on the point of view of the general practitioner caring for relatives. In recent years, studies have focused on the perspective of the GP's relatives, their expectations and the limits of this relationship. However, there is no specific study focusing on the sons and daughters of GPs. The aim of this study was to collect and analyse the experiences of these children of general practitioners who have been, or are being cared for by one of their parents. Material and method: Qualitative study by semi-directed interviews with GPs adult children carried out until data saturation and analysed using NVivo software. Results : 11 children of GPs were interviewed. Our work has identified the perceived advantages of being treated by a GP parent, namely practical advantages, easier access to medicine and other health professionals, a trivialization of the medical world, increased trust and a feeling of reassurance. Conversely, being treated by a GP parent can have disadvantages such as a lack of availability and listening, irregular medical follow-up and examinations considered to be botched. This atypical doctor-patient relationship is marked by affect and by the confusion of each person's roles. However, GP children recognized their parent's difficulties in ensuring their health and the limits of this relationship. Discussion: The determinants of the GP's care of their children's health are numerous and depend on the sensitivity of each doctor. However, there are inherent flaws in this relationship that can be avoided by questioning and reflecting beforehand. Conclusion: Although they had the feeling of being cared for like any other patient, GP's children admitted that they were special patients and that the objectivity and distance necessary to be cared for were undermined by emotional feelings. Key words: parenting; doctor-patient relationship; general practitioner; relatives/family care ; ethics