

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE, SCIENCES DE LA SANTÉ DE
STRASBOURG

Année : 2022

N°28

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'état

Mention : Médecine générale

Par

GRELET Marion

Née le 18 juillet 1993 à Rennes

**Prise en soins des enfants de parents séparés en
médecine générale**

Président de thèse :

Madame la Professeure Carmen SCHRÖDER

Sous la direction de :

Monsieur le Docteur Antoine GIACOMINI

Liste des enseignants



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2021
Année universitaire 2021-2022

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Premier Doyen de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1976-1983)
(1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
M. DERUELLE Philippe
M. DORNER Marc
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUCES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Sélimak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Héliène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur • Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique • Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRÉS Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) • Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD • Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP6 CS	• Pôle de Biologie • Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED • Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seimak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie • Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil • Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil • Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BÉRNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie • Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale • Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie • Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP • Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie • Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie • Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur • Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO • Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD • Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur • Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO • Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antiposon - Service de Réanimation médicale / Hôpital Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAÏFFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLEUX Anne P0039	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0109	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natasha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - BOS Main / Hôp. Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FARI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Biochimie-Virologie / Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAÛOT François P0219	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestive, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FÖRNECKER Luc-Mathieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie - Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Alain P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.03 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0220	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Marie P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Éric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUICHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antiposon - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0073	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0195	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme HESSLER Laurence P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRNELY) • Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd BHC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0185	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
IONDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire • Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0187	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0036 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie • Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0173	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0069	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie • Service d'Hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0200	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie • Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0190	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie. • Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire • Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINON Jean-Marc P0182	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie • Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	52.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSCHER Dan P0188	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie. • Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0194	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur • Service de Chirurgie de la Main - SDS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0023	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie • Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie - Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0095	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie • Département Génétique fonctionnelle et cancer / IGSMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Celine P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique • Unité de Sérologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MALUJÉUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie • Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie - Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0100	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire • Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MÉNARD Didier P0022	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0194	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR • Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type méé)
MEYER Alan M0081 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique • Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail • Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Farid P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antiposon • Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MENASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire • Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0103	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil • Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Irzée Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie • Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOEL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR • Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0215	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie • Serv. d'Imagerie B - Imagerie vasculaire et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire • Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique • Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie • Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
RELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR • Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02: Chirurgie digestive
PESSALX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02: Chirurgie Digestive
PEYTI Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02: Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0200	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02: Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01: Anesthésiologie-réanimation Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIENAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04: Nutrition
PROUST François P0183	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02: Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03: Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01: Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01: Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02: Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M091 / P0224	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02: Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0198	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Hautepierre	54.01: Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02: Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02: Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0131	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03: Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SALIER Arnaud P0185	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02: Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04: Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04: Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02: Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0205	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04: Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre amipolien - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02: Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0155	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04: Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0148	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01: Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0187	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01: Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBLIA Jean P0149	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01: Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaires - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04: Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaires - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04: Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01: Neurologie
VELLON François P0154	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02: Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01: Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01: Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	49.03: Psychiatrie d'adultes
VIVELLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05: Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp Robertsau	51.01: Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01: Option : Médecine interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0007	NRP0 NCS	<ul style="list-style-type: none"> + Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation + Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP + Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 : Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP0 CS	<ul style="list-style-type: none"> + Pôle Tête et Cou + Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	43.01 : Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Capi : Chef de service par infirmi CSs : Chef de service provisoire (un an)
CU : Chef d'unité fonctionnelle

P0 : Pôle RP0 (Responsable de Pôle) ou NRP0 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultatif hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dr : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable -> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) -> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) -> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP0 CS	<ul style="list-style-type: none"> + Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO + Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> + Pôle Hépato-digestif + Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Tomi		<ul style="list-style-type: none"> + Pôle de Biologie + Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> + Pôle Tête-Cou + Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0100		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyril M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOLIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A. Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBILA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERLINE Jozelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOUQUET Philippe M0114		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activités médico-chirurgicales Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0034		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0054		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie (J. Hôpital Civil)	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0102		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIÈS Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GLERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GLIFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEJ Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0039		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0098		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clemenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	C5*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENDRIMAND Cedric M0003		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	80.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ep. GUNTHER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CIMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	48.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PEAFF Alexander M0003		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0004		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVDST Gábor M0027		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mijana M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0005		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RHOU Mamann M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialité / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie : transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0109		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0009		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Margare M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme BORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	60.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marsut M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CIMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie : Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0126		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie : Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOGZYC Ariane ep. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAÏ Christian P0166

Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72 - Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M662	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Prs Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0100	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0080	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dr CHAMBE Juliette	M0158	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0089	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Haute-pierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Spécialisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertson
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertson
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLI Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / BMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomas - Service de Chirurgie Septique / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinco Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o de droit et à vie (membre de l'Institut)
CHAMBRON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaires)
- o pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
DUFOUR Patrick (Cancerologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUÉUX Elisabeth (Pneumologie)
- o pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marc (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNGH Patrick (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raouf (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc - CNU-31 - IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pr RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.96
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et Traumatologie) / 01.10.88
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marie (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.14
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MALLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BÖHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAY Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSÈRE Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.89	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.88	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.19
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 11.10.16	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONRALIX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTICHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RÜMPER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecin Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRALIB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRÜCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GLUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.08	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Emese (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
HLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VALTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.18
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINGENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KUHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KREMER Michel / 01.09.98	WILM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Françoise (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine - 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.20 - Fax : 03.88.55.35.18 ou 03.88.55.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- **NHC - Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.55.07.98

- **HC - Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- **HP - Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 48 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Élsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Ostéopédic : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67203 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Kirch Graff enlinden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spalenberg - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" : 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

MRC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67062 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISÉES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Aux membres de mon jury,

À mon président de Jury Madame la Professeure Schröder, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury. Votre regard de pédopsychiatre enrichira grandement l'évaluation de ce travail.

Je remercie le Docteur GIACOMINI Antoine, d'avoir accepté de diriger ma thèse, de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail et de mon internat, en me prodiguant conseils et encouragements.

Je remercie le Docteur DUMAS Claire, d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci de l'intérêt que vous accordez à mon travail.

Aux parents,

Merci à tous les parents d'avoir participé à l'élaboration de ce travail et ce malgré vos emplois du temps surchargés. Merci aux associations et réseaux sociaux qui ont relayé mes recherches de participants. Sans vous, ce travail n'aurait pu se faire. Vous m'avez autant appris sur la médecine que sur la vie. J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

Aux différentes rencontres professionnelles pendant mes études,

À tous les médecins généralistes que j'ai croisés au cours de mon parcours. J'ai une pensée particulière pour Dr Mahé qui m'a conforté dans mon choix de la médecine générale. C'est le plus beau choix que je pouvais faire.

À toute l'équipe mobile de gériatrie du Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg. J'ai découvert avec vous les plaisirs de la gériatrie.

À l'équipe de Médecin du Monde du CASO de Strasbourg, une magnifique expérience que je souhaite poursuivre.

À toute l'équipe de Médecine Interne, de l'unité COVID de l'hôpital de Colmar et mes co-internes. Ce stage m'aura donné envie de travailler en équipe. Je remercie particulièrement le Dr Martinez Camille, une médecin brillante, à l'écoute et qui m'a, j'espère, transmit une partie de ses magnifiques qualités humaines.

À toute l'équipe de pédiatrie de l'Hôpital de Colmar, vous m'avez conforté dans mon envie d'accompagner des enfants. Ces choix de thèse et de DU de pédiatrie sont en grande partie grâce à vous.

À toute l'équipe de gynécologie de l'Hôpital de Colmar, à tous les moments magiques que j'ai pu vivre grâce à vous lors d'accouchement 4 mains ou de césarienne.

À toute l'équipe des urgences de l'Hôpital de Sélestat, mon premier stage d'interne, une grande étape et malgré les difficultés rencontrées, c'est un très bon souvenir que j'en garde. Mais également à toutes les équipes soignantes : infirmières, aides-soignantes, et tous celles et ceux que je n'ai pas cités, mais qui m'ont permis de devenir le médecin que je suis.

À ma famille,

À mes parents, vous m'avez permis de croire en moi. C'est grâce à vous qu'aujourd'hui je suis médecin. À votre immense aide pour cette thèse, vos nombreuses relectures et votre soutien moral.

Maman, pour ton soutien sans faille, ton écoute, ta force. Tu as toujours été là dans chacun de mes doutes. Tu m'as toujours encouragée à poursuivre mes rêves, je suis tellement fière d'être ta fille.

Papa, cette force que tu m'as transmise toutes ces années, m'a permis d'accomplir mes rêves, l'exemple que tu m'as donné est le meilleur que je pouvais avoir.

À toi, Clément, depuis le temps que tu es à mes côtés, que tu m'accompagnes au quotidien. Je ne pourrai te remercier assez pour tout ce que tu m'apportes. Ta gentillesse, ta force et ton amour sont mes piliers pour avancer. Il n'y a que toi pour savoir me faire rire même dans les moments difficiles. La vie est tellement plus belle avec toi. À tous nos projets, à notre famille qui s'agrandit.

Maxime, Marine et le petit Charlie, je suis tellement contente de nous rapprocher un peu plus de chez vous.

À mes grands-parents, une pensée particulière à Papi Tracteur, merci d'avoir toujours cru en moi.

À l'ensemble de ma famille et ma belle-famille à laquelle je suis heureuse d'appartenir.

À mes amis :

Clémentine et Yoann, cette magnifique rencontre strasbourgeoise. Vous m'avez permis de m'ouvrir et de montrer un peu plus au monde qui je suis. Malgré notre déménagement, vous serez toujours là. Grâce à vous Strasbourg sera toujours un peu chez nous. Clémentine, tu apportes un rayon de soleil dans ma vie.

Gwenn, même si la distance géographique est là, tu restes mon pilier de la PACES et des ECN ! On y est arrivé ensemble. Vannes est beaucoup plus proche de Caen que Strasbourg.

Delphine, je pense forcément à toi ma belle étoile. Tu m'as toujours inspiré pour essayer de devenir un bon médecin et accompagner au mieux mes patients. J'espère être à ta hauteur.

Lucile, David et les garçons... Vous le savez déjà, mais merci pour tout.

À toutes ces belles rencontres pendant ces années d'études Enora, Alice, Rozenn... À l'ensemble de mes co-internes, Éloïse, Emiliana, Camille, Yokebed, Caroline... Vous m'avez accompagné pendant ces stages et rendu ces moments tellement plus sympas.

À l'ensemble de mes « vieilles amies » Mariolina, Isaure, Anne-Laure, Alice, Pauline, Maëlle... Même si le temps et la distance sont là. Je peux compter sur vous.

Table des matières

Liste des enseignants	- 2 -
Serment d'Hippocrate	- 12 -
Remerciements	- 13 -
Table des matières	- 17 -
Table des illustrations.....	- 23 -
Liste des abréviations	- 24 -
Introduction	- 26 -
Partie 1 : Contexte des enfants de parents séparés	- 29 -
I- Les familles monoparentales.....	- 29 -
A- Définition	- 29 -
B- Épidémiologie	- 30 -
C- Les différents modes de gardes.....	- 33 -
D- Familles monoparentales et pauvreté.....	- 34 -
II- Santé des enfants de parents séparés	- 36 -
A- Au niveau international.....	- 36 -
1) Santé psychologique et comportementale.....	- 37 -
2) Santé somatique	- 43 -
B- Données concernant la santé des enfants français	- 45 -
Partie 2 : Étude qualitative	- 48 -
Matériel et méthode.....	- 48 -

I- Caractéristiques de l'étude	- 48 -
A- Choix d'une méthodologie qualitative.....	- 48 -
B- Choix technique des entretiens	- 49 -
II- Recueil et analyse des données.....	- 50 -
A- L'échantillon.....	- 50 -
B- Déroulement des entretiens.....	- 50 -
C- Analyse des données	- 51 -
D- La recherche documentaire.....	- 52 -
III- Point éthique.....	- 52 -
Résultats	- 54 -
I- Description des enquêtes.....	- 54 -
II- La séparation, du combat à l'entente familiale.....	- 58 -
A- Les facteurs impactant l'adaptation des enfants	- 58 -
1) Du conflit à l'entente parentale.....	- 58 -
2) Influence de l'âge.....	- 62 -
3) Importance de la stabilité au quotidien	- 62 -
4) Modification de la structure familiale.....	- 63 -
B- Les conséquences d'une séparation sur l'enfant.....	- 68 -
1) Des conséquences sur le comportement	- 68 -
2) Des conséquences psychologiques	- 69 -
3) Des conséquences somatiques	- 70 -
4) Des conséquences dans le milieu scolaire	- 70 -

C- Des difficultés imbriquées	- 72 -
D- La séparation sur le plan juridique.....	- 73 -
1) La nécessité des preuves	- 73 -
2) Le juge des affaires familiales	- 74 -
3) Le droit à l'information.....	- 75 -
4) La protection de l'enfance	- 76 -
5) Le mandat de protection future	- 77 -
III- Une famille en reconstruction : parcours de soins	- 79 -
A- Les documents de soins	- 79 -
1) La gestion des documents de soins	- 79 -
2) Difficultés et solutions imaginées par les parents.....	- 81 -
B- Autorité parentale et consentement aux soins.....	- 83 -
1) Méconnaissances des parents et source d'inquiétude	- 83 -
2) Diversité des situations en pratique	- 84 -
C- Assurer le suivi médical des enfants : des solutions pratiques trouvées par les parents.-	
87 -	
1) L'accompagnant en consultation	- 87 -
2) Communication entre les parents concernant le suivi médical des enfants	- 88 -
3) Difficultés pour organiser ce suivi médical selon les parents.....	- 89 -
4) Continuité des soins médicaux pendant la garde partagée.....	- 92 -
5) Solutions pour faciliter ce suivi médical.....	- 93 -
D- L'importance du réseau	- 94 -

1) Le réseau de professionnels	- 94 -
2) L'entourage et les réseaux associatifs.....	- 97 -
E- Des difficultés majorées par le contexte sanitaire actuel	- 98 -
1) La vaccination contre le COVID 19 des enfants	- 98 -
2) Organisation des modes de garde	- 98 -
3) Difficultés psychologiques.....	- 99 -
IV- La relation médecin-enfant - parents séparés.....	- 100 -
A- Portrait des médecins d'enfants de familles monoparentales	- 100 -
1) Le médecin traitant	- 100 -
2) Les autres professionnels de santé	- 102 -
B- La transmission de l'information de la séparation au médecin traitant	- 104 -
C- La tétrade médecin - parent 1 - parent 2 - enfant.....	- 106 -
D- Les attentes des parents vis-à-vis de la médecine de premiers recours	- 110 -
1) Un professionnel de santé	- 110 -
2) Une posture empreinte de compréhension.....	- 111 -
3) Une adaptation à la situation familiale.....	- 113 -
4) Un rôle juridique	- 115 -
5) Les échanges et la communication	- 116 -
Discussion	- 120 -
I- Validité de l'étude.....	- 122 -
A- Faiblesse de l'étude.....	- 122 -
1) Biais de sélection	- 122 -

2) Biais d'investigation	- 123 -
3) Biais externes	- 123 -
4) Biais d'interprétation	- 123 -
B- Force de l'étude.....	- 124 -
1) Le thème.....	- 124 -
2) Le déroulement des entretiens.....	- 124 -
3) La population	- 125 -
II- Une relation de soin complexe : de la triade à la tétrade	- 125 -
A- Favoriser une information claire, loyale et appropriée aux deux parents.....	- 126 -
1) L'autorité parentale et consentement aux soins	- 126 -
2) Le partage de l'information médicale	- 130 -
B- Adapter le parcours de soins de l'enfant.....	- 132 -
1) Adapter ce parcours de soins au quotidien	- 132 -
2) Adapter ce parcours aux documents de soins	- 133 -
C- La posture du médecin : un numéro d'équilibriste	- 138 -
III- D'une prise en charge à une prise en soins de l'enfant	- 139 -
A- Des fragilités influençant cette prise en soin	- 140 -
1) La parentalité	- 140 -
2) Les conséquences de la séparation sur les enfants.....	- 141 -
3) L'épidémie sars cov2	- 146 -
B- Le dépistage et le repérage.....	- 148 -
1) Repérage dans un cadre juridique	- 148 -

2) L'enfant au cœur des soins	- 153 -
C- Prise en soins : du « cure » au « care »	- 154 -
IV- Un médecin en collaboration avec différents partenaires	- 157 -
A- L'orientation vers les réseaux	- 158 -
1) La santé psychique	- 158 -
2) L'accompagnement à la parentalité	- 160 -
B- Une coordination avec le cadre scolaire	- 163 -
C- Une coordination avec le service de protection maternelle infantile	- 165 -
Partie 3 : Conclusion	- 169 -
Annexes	- 172 -
1) Annexe 1 : Formulaire d'information	- 172 -
2) Annexe 2 : Questionnaire démographique	- 174 -
3) Annexe 3 : Première version du guide d'entretien semi-dirigé	- 175 -
4) Annexe 4 : Formulaire de consentement dans le cadre de la participation à une recherche scientifique	- 176 -
Bibliographie	- 177 -

Table des illustrations

Figure 1 : Évolution de la part des familles monoparentales avec enfants entre 1970 et 2015 ..-	
31 -	
Figure 2 : Répartition des familles françaises en 2020	- 31 -
Figure 3 : Type de famille selon l'âge des enfants.....	- 32 -
Figure 4 : La souffrance psychologique des 6-18 ans selon la structure familiale	- 46 -
Figure 5 : Caractéristiques des enquêtes	- 56 -
Figure 6 : Répartition du nombre de cartes vitales.....	- 79 -
Figure 7 : Répartition du nombre de mutuelles.....	- 80 -
Figure 8 : Mon espace santé : quatre fonctionnalités	- 137 -
Figure 9 : L'organisation de la protection de l'enfance, comment alerter	- 152 -
Figure 10 : Souhait des familles dans l'accompagnement à la parentalité.....	- 160 -

Liste des abréviations

ACS :	Aide à la Complémentaire Santé
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
CADA :	Commission d'Accès aux Documents Administratifs
CAF :	Caisse d'Allocations Familiales
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CCNE :	Comité Consultatif National d'Ethique
CMPP :	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CMUC :	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP :	Comité de Protection des Personnes
CRP :	Protéine C-Réactive
CRIP :	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
DMP :	Dossier Médical Partagé
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
HAS :	Haute Autorité de Santé
IMC :	Indice de Masse Corporelle
INPES :	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
Insee :	Institut National de la Statistique et des Études Economiques
IPP :	Information Préoccupante
JAF :	Juge aux Affaires Familiales

Retour NOÉMIE :	Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs
PMI :	Protection Maternelle Infantile
PUMA :	Protection Universelle Maladie
SEGPA :	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SUDOC :	Système Universitaire de Documentation
TDA :	Trouble de Déficit de l'Attention
TDAH :	Trouble de Déficit de l'Attention et d'Hyperactivité
TOP :	Trouble Oppositionnel avec Provocation
ULIS :	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UNICEF :	United Nations of International Children's Emergency Fund ou Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Introduction

Ma réflexion prend ancrage dans ma pratique professionnelle notamment lors d'une consultation avec une mère et son adolescente. Cette mère amenait sa fille devant une inquiétude sur sa maigreur. J'ai donc discuté avec ce couple mère-fille puis avec cette jeune fille seule et réalisé un examen somatique. J'ai également remarqué que dans le dossier le sujet avait déjà été abordé à maintes reprises sans critère d'alerte. J'ai essayé de rassurer la maman sans grande efficacité. Le soir, lors du débriefing avec mon praticien, il me raconte que quelques années auparavant, cette maman venait régulièrement en consultation pour des arrêts de travail répétés avec des motifs litigieux. Il a fini par comprendre que les parents étaient en instance de séparation dans un contexte de violence conjugale. Ainsi, la maman ne souhaitait pas quitter le domicile par crainte de laisser sa fille seule avec son père. Depuis, les parents sont divorcés, mais cette maman reste angoissée des conséquences sur l'état de santé psychique de son enfant. Si je les avais questionnés sur la situation familiale ou eu l'information, probablement que j'aurais abordé l'entretien différemment. Je me serais peut-être permis de demander directement à l'adolescente comment elle vit cette situation. Cela aurait pu ouvrir la discussion ou au moins lui faire comprendre que la consultation chez le médecin peut être un lieu propice à l'échange. C'est à partir de cette réflexion que j'ai souhaité m'intéresser aux parcours médicaux des enfants de parents séparés en médecine de ville.

Par ma pratique de professionnelle de santé, j'ai rencontré différents membres de familles dont les parents sont séparés : enfants, parents, beaux-parents et grands-parents. Je n'ai pas toujours eu l'information de cette séparation au moment du rendez-vous. A plusieurs reprises en débriefant avec mes praticiens j'ai découvert cette notion de séparation. Et je me suis dit que si j'avais eu cette information, si je l'avais demandé, je n'aurais pas abordé la consultation de la même façon.

Les différentes études épidémiologiques, que nous évoquerons plus amplement dans la partie contexte, montrent une prévalence importante de famille monoparentale, quasiment une famille sur quatre en 2020 selon l'Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee) (1). Mais ce n'est pas leur prévalence, n'est pas la seule raison pour expliquer mon souhait de m'intéresser à ces enfants de parents séparés. En effet (2), pendant longtemps, il était considéré que la norme pour une famille comprenait deux parents avec des enfants, ce qui signifie qu'une famille monoparentale était hors norme. Conformément à cette définition, la monoparentalité montrait un fonctionnement pathologique et donc des conséquences négatives sur les enfants. Il était admis qu'une séparation parentale entraînait systématiquement des difficultés d'ordre psychologique, comportemental, scolaire ou bien somatique. Ainsi, il existe une littérature très dense parfois se contre disant sur l'état de santé des concernés. Malgré ces études, il est compliqué de vraiment statuer sur une inégalité de santé en corrélation avec la structure familiale.

Il est important de noter que beaucoup de ces recherches n'expliquent pas les différences de santé uniquement en lien avec la séparation des parents, mais par des facteurs autres tels que les conflits parentaux, les conséquences financières ou encore la précarité. Dans tous les cas, ces études montrent que la question des conséquences d'une séparation parentale sur les enfants se pose. Ainsi, la conclusion de la méta analyse de Amato et Keith (3) m'intéresse plus particulièrement : « même si le divorce est devenu chose commune, il ne faut pas oublier que ces enfants sont souvent plus à risques de développer des problèmes d'estime de soi, de comportements, de difficultés scolaires... Et ce même s'il existe d'autres facteurs entrant en compte dans l'état de santé de ces enfants. »

La question dans cette étude n'est pas de montrer un lien de causalité entre la séparation des parents et l'état de santé des enfants. Mais partons du postulat, que la prévalence de séparation parentale est importante en France et que cette séparation directement ou non

pourrait entraîner des conséquences sur leur santé. En tant que médecin traitant notre rôle est d'accompagner nos patients, de repérer et de prendre en charge leurs problèmes médicaux. Je me suis interrogée sur les attentes des familles monoparentales vis-à-vis de leurs médecins généralistes dans le parcours de soins de leurs enfants. D'où notre question : Comment les parents séparés perçoivent-ils le suivi médical de leur enfant par le médecin généraliste ?

Pour répondre à cette question, il nous semblait primordial de nous intéresser au point de vue des personnes concernées. Dans une première partie, afin de mieux comprendre les parents et les enfants, nous avons choisi de contextualiser notre sujet par une recherche bibliographique. Dans une seconde, nous nous sommes entretenus avec des parents séparés du père ou de la mère de l'enfant, en abordant avec eux le parcours de soins de leurs enfants. Nous nous sommes intéressés à l'organisation et aux particularités du suivi médical de ces enfants ainsi qu'aux possibles difficultés de soins en lien avec la séparation. L'ensemble de ces interrogations permettent d'approcher les attentes des parents vis-à-vis du médecin de leurs enfants. Ainsi en tant que médecin de famille, il est primordial de nous positionner au mieux pour les accompagner dans une prise en charge de soins globale.

Partie 1 : Contexte des enfants de parents séparés

Afin de répondre à cette problématique, il nous semblait essentiel dans un premier temps de contextualiser la situation des enfants de parents séparés pour cerner au mieux le cadre de nos recherches. Pour cela, nous aborderons la notion de famille monoparentale puis la santé de ces enfants.

I- Les familles monoparentales

Par nos premières recherches, nous avons constaté que la notion d'enfants de parents séparés s'inscrit dans le concept de famille monoparentale. Après avoir défini ce concept, nous nous intéresserons à leur démographie puis aux modes de gardes des enfants. Nous terminerons en interrogeant les liens entre monoparentalité et précarité.

A- Définition

Le concept de famille monoparentale (4,5) est introduit dans les années 1970 en même temps qu'une nouvelle législation sur le divorce et le développement d'une politique familiale et sociale ayant pour sujet les parents isolés et les familles en difficulté. Les catégories de familles monoparentales sont reconnues officiellement par l'Insee en 1981. Dans un premier temps, cette catégorie désignait les parents veufs avant de représenter l'ensemble des personnes isolées avec enfant. La notion de famille recomposée est avancée quelques années plus tard en parallèle du début des recherches sur la garde alternée. On distingue (6) : les familles dites « traditionnelles » ou « nucléaire », tous les enfants du logement sont ceux du couple ; les familles recomposées comprenant un couple et au moins un enfant né d'une union précédente

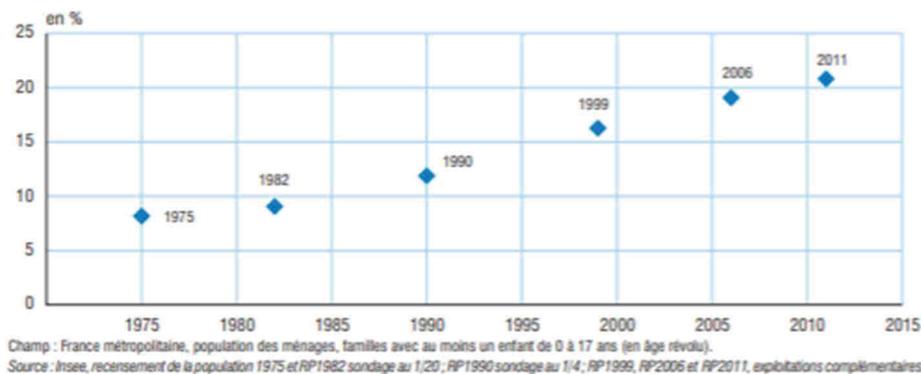
de l'un des deux conjoints ; les familles monoparentales, des enfants habitants avec un seul de leurs parents.

Il est nécessaire de nuancer le propos « famille monoparentale » (5,7). Il n'est pas strictement synonyme de famille de parents séparés avec enfants. Une partie des parents de familles monoparentales n'a jamais vécu en ménage. Une part des parents seuls sont en couple, mais ne vivent pas dans le même logement que leur conjoint, enfin, un parent peut également être seul à la suite du décès de son conjoint. À l'inverse, il existe des couples « séparés », mais vivants sous le même toit pour de multiples raisons. Beaucoup d'études s'intéressent aussi aux parents divorcés, mais le nombre de concubinages, d'union libre ou de pacs est fortement croissant. Les données épidémiologiques sont ainsi plus difficiles à connaître. Dans cette thèse, nous nous sommes spécifiquement intéressés aux enfants dont les parents sont séparés.

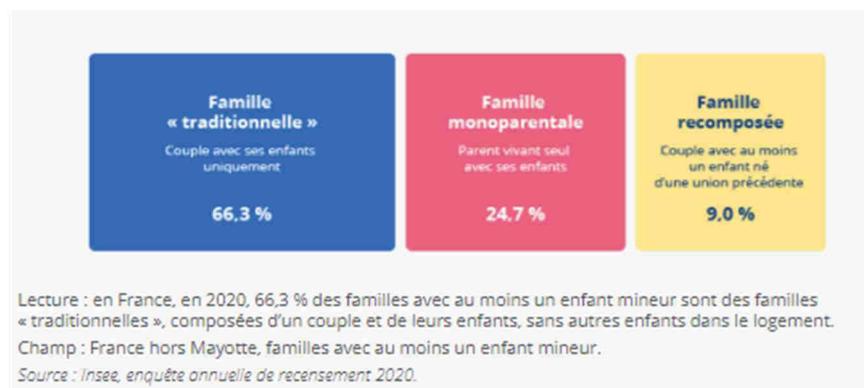
B- Épidémiologie

Si j'ai régulièrement rencontré des familles monoparentales en consultation, c'est en partie lié à l'augmentation de ces situations ces dernières années.

Les recensements de l'Insee permettent de nous donner quelques chiffres. Comme le montre le graphique ci-dessous, la croissance du taux de famille monoparentale a été majeure. En 2015 (8) sur les huit millions de ménages avec enfants, 23 % sont des familles monoparentales. C'est quasiment le double depuis 1990, où les familles monoparentales ne représentaient que 12 % des ménages et seulement 7 % en 1975.

Figure 1 : Évolution de la part des familles monoparentales avec enfants entre 1970 et 2015

Des chiffres du rapport de l'Insee en 2020 (1), visibles sur le schéma, notent une tendance à la stagnation ou légère augmentation : sur les huit millions de familles avec enfants, c'est maintenant une sur quatre qui est en situation de monoparentalité.

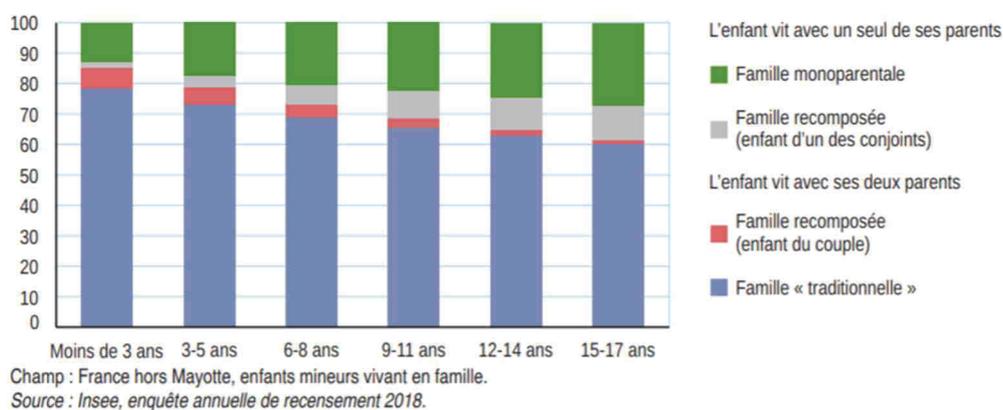
Figure 2 : Répartition des familles françaises en 2020

Si le pourcentage des familles monoparentales a fortement augmenté au dernier siècle, les causes ont également évolué. En 1963, 55 % sont liées à un veuvage, contre 6 % en 2011 (8). En revanche, le nombre de divorces s'est beaucoup accéléré après les années 70 (9). Le début de l'autorisation du divorce par consentement mutuel a probablement favorisé cette croissance (environ 33 000 divorces par an en moyenne dans les années 1970, versus 108 400 en 1986). Cette augmentation explique au moins en partie la croissance du nombre de famille monoparentale. Un nouveau pic est noté en 2005 à la suite de la loi de mai 2004 permettant de simplifier les démarches. Depuis le taux de divorce, enregistre une légère baisse.

Il faut rester prudent quant à l'analyse des chiffres et aux variations d'après les différentes ressources. En fonction des définitions utilisées, les données peuvent varier. Nous prenons l'exemple de la notion de « familles traditionnelles » qui peut tenir compte uniquement du mariage, mais également des autres formes d'union selon les sources. Or, le pourcentage de couple marié a tendance à diminuer au profit du pacte civil de solidarité ou d'un concubinage. Ces familles n'entrant pas toujours dans la catégorie de familles nucléaires, les données varient. C'est ainsi que si la stagnation du nombre de famille monoparentale peut en partie s'expliquer par la légère baisse du nombre de divorce, elle est probablement d'avantage liée aux difficultés de prendre en compte dans les études les enfants issus d'une relation hors mariage. On peut aussi remarquer qu'un enfant peut vivre dans une famille monoparentale et une famille recomposée selon chez quel parent il est hébergé.

Comme le montre le graphique suivant du rapport de l'Insee de 2019 (10), le pourcentage des enfants vivant dans une famille monoparentale augmente avec l'âge de l'enfant. Si avant trois ans, seuls 13 % des enfants vivent dans une famille monoparentale, 27 % y habitent entre quinze et dix-sept ans. Cette notion est en corrélation avec l'âge moyen des enfants au moment d'une séparation parentale (11), puisqu'il se situe autour de neuf ans.

Figure 3 : Type de famille selon l'âge des enfants



Comme nous le disions, un enfant peut vivre dans différents types de famille selon chez quel parent il est hébergé, cela dépend principalement du mode de garde.

C- Les différents modes de gardes

Différents types d'organisations de garde des enfants peuvent se pratiquer après la séparation des parents. La résidence principale et alternée sont les deux modes de gardes dites « officielles ». Mais, tout système est en soi possible, selon les accords entre les parents.

On parle de résidence principale qu'elle soit fixée chez le père ou la mère (12). En 2018 selon l'Insee(10), dans les familles monoparentales, 85 % des enfants vivent exclusivement ou majoritairement chez leur mère. Les raisons de la garde principale en très grande majorité chez la mère sont mal connues. Pour les nourrissons, les juges semblent largement favoriser le domicile chez la mère. On peut effectivement le comprendre notamment pour les enfants en bas âges allaités. Le second argument que l'on peut supposer réfère à la place de la femme dans la société. Malgré l'évolution des mœurs, il reste peut-être une certaine forme de patriarcat selon laquelle la personne qui s'occupe des enfants est la mère. Enfin, afin de préserver des attachements dits secure (13), il faudrait, dans un premier temps, séparer le moins possible l'enfant de sa figure d'attachement principale, souvent la mère. Nous reviendrons plus longuement sur ces notions. Un droit de visite ou d'hébergement est attribué à l'autre parent. Dans la majorité des situations, on parle de fonctionnement « classique » quand le second parent héberge l'enfant un weekend sur deux et la moitié des vacances scolaires. La durée de l'hébergement peut être élargie ou libre selon les circonstances. Elle peut également être réduite par exemple si les parents habitent loin, voire supprimée en cas de motifs graves et sur décision du Juge des Affaires Familiales (JAF) (en cas par exemple de violence ou mise en danger de l'enfant).

Depuis la loi du 4 mars 2002 (14), un juge peut fixer une résidence en alternance au domicile des deux parents. En 2020, selon le rapport de l'Insee(15), ce choix de garde tend à croître et représente plus d'un enfant sur dix dont les parents sont séparés. Le plus souvent, la répartition est une semaine sur deux, mais toute organisation est possible. L'âge moyen des

enfants alternant est de onze ans. La résidence alternée est rare chez ceux de moins de quatre ans, et augmente progressivement jusqu'à dix ans. On peut évoquer comme raison (13) qu'un enfant très jeune n'a pas les capacités cognitives pour garder les liens d'attachement en pensée. Une modification trop fréquente de son quotidien lui demande des efforts d'adaptation majeurs, la continuité physique étant importante pour construire une continuité psychique et s'impliquer dans un attachement secure avec les figures d'attachements principales.

Nous terminerons cette partie en questionnant le lien entre famille monoparentale et pauvreté.

D- Familles monoparentales et pauvreté

Pour éviter tout amalgame, il nous semble intéressant d'interroger un éventuel lien de causalité entre monoparentalité et précarité.

Dans le rapport de l'Insee de 2020 (1), en 2018 : 41 % des mineurs demeurant dans des familles monoparentales vivent en dessous du seuil de pauvreté mondial, contre 21 % de l'ensemble des enfants. Pour rappel, ce seuil correspond à 60 % du niveau de vie médian, en 2017 il est défini à 1041 euros mensuels (16). Ce taux varie régulièrement. Selon le rapport de l'Insee de 2018 (17), dans la suite de la crise économique de 2008 ce taux a augmenté dans tous les types de ménages, mais particulièrement pour les familles monoparentales. En effet, entre 2004 et 2011 on compte une augmentation de 637 000 personnes pauvres en familles monoparentales. Ainsi « toutes choses égales par ailleurs, le risque d'être pauvre plutôt que de ne pas l'être est 2,5 fois plus élevé pour une famille monoparentale avec un enfant, et 5,0 plus pour une famille monoparentale avec plusieurs enfants que pour un couple avec deux enfants. »

Différentes explications sont possibles. Selon ce même rapport (17), on considère deux déterminants majeurs agissant sur le seuil de pauvreté : la situation d'activité et la configuration familiale. Or, il est plus fréquent dans les familles monoparentales que la personne-ressource du ménage soit sans emploi ou appartienne à la catégorie socioprofessionnelle des employés.

Ces deux catégories étaient plus exposées à la pauvreté et le taux de chômage des employés étant en augmentation. En 2020, un tiers des parents hébergeurs des familles monoparentales, est sans emploi. (1). Au-delà de la perte potentielle de revenus, une séparation des parents peut entraîner une majoration des dépenses (avec par exemple une absence de partage des frais fixes pour le loyer ou l'électricité). Il peut exister des difficultés organisationnelles entre la vie professionnelle et personnelle sans le soutien d'un conjoint. Un facteur également à prendre en compte reste les inégalités hommes-femmes face à la pauvreté. Comme nous l'avons vu majoritairement les enfants de parents séparés vivent chez leur mère. Or, selon l'Insee en 2018 (18) dans les suites d'un divorce « 20 % des femmes basculent dans la pauvreté contre 8 % des hommes ». Les inégalités de genre persistantes sur le marché de l'emploi (19) peuvent en partie être responsables.

Il est à noter un fait intéressant, toujours selon l'Insee (17), les enfants en résidence alternée vivent en moyenne dans des familles plus aisées. Ainsi en 2016 on considère que 11 % des enfants alternants vivent dans un ménage pauvre, contre 22 % de l'ensemble des enfants français. On ne connaît pas forcément les raisons. On peut supposer qu'organiser une alternance des résidences nécessite deux logements dans une zone géographique proche, d'organiser les changements de domicile, de subvenir seuls aux besoins de leurs enfants la moitié du temps. L'ensemble de ces éléments nécessite un certain niveau économique.

Au vu de leur vulnérabilité, les familles monoparentales font donc partie du public ciblé dans les politiques publiques contre la précarité et la pauvreté (20). Dans les dernières décisions prises, on peut noter des mesures qui visent à éradiquer les impayés de pensions alimentaires, aider les parents isolés dans leur recherche d'emploi ou encore la majoration de place en crèche.

Comme nous venons de le montrer, les enfants de parents séparés s'inscrivent dans le cadre des familles monoparentales. Ces familles sont en forte augmentation depuis les années 1970. Majoritairement les enfants vivent en résidence principale chez la maman et ces familles

sont un public ciblé par les politiques publiques au vu de leur précarité et pauvreté. Afin de répondre à notre problématique initiale, nous nous intéresserons maintenant à la santé des enfants de parents séparés.

II- Santé des enfants de parents séparés

Pour connaître les autres particularités du suivi médical de ces familles, il nous semblait primordial d'aborder l'état de santé de ces enfants en étudiant la littérature internationale et française.

A- Au niveau international

La bibliographie internationale sur la recherche d'une corrélation de l'état de santé des enfants et la séparation des parents est très importante.

Selon, la méta analyse de Larson et Halfon(21), la différence de santé des enfants de parents séparés et des enfants vivant avec leurs deux parents en couple, a évolué au cours des 50 derniers siècles. Si dans les années 80 les différences avaient tendance à diminuer, dans les années 90, elles se sont au contraire accentuées. Différentes hypothèses sont proposées, notamment par l'augmentation des séparations précoces. Ce qui sous-entend que les conséquences d'un divorce seraient d'autant plus importantes pour les jeunes enfants, mais aussi par l'augmentation des avantages économiques à deux parents.

Connaître les conséquences d'une séparation parentale sur les enfants n'est pas aisé. Les symptômes sont multiples et s'inscrivent dans un environnement global ou des facteurs variables peuvent agir. Nous ne pourrions reprendre toute la littérature évoquant ce sujet, on peut noter quelques exemples succincts d'études évaluant la santé psychologique et comportementale ainsi que somatique chez les enfants de parents séparés.

1) Santé psychologique et comportementale

La santé psychologique des enfants de parents séparés a été abordée à plusieurs reprises dans la littérature.

L'étude connue sous le nom de « California children of divorce study » (22,23) est majeure dans les recherches à ce sujet. Elle a été menée par Mme Wallerstein, psychologue et chercheuse, l'une des premières chercheuses à s'intéresser aux conséquences du divorce. Elle est également fondatrice de « Judith Wallerstein Center for the family in transition », lieu d'information et de conseil destiné aux parents divorcés et leurs enfants. Par ces recherches, elle a étudié cent-trente-et-un enfants sur vingt-cinq ans. Les évaluations ont été menées à partir d'entretien régulier avec les familles. Au moment de la séparation, on trouvait chez les enfants un sentiment d'impuissance et de colère, ils avaient tendance à prendre part au conflit et choisir « un camp ». Les adolescents bien qu'anxieux, montraient surtout un soutien envers leurs parents. Cinq ans après la séparation, un tiers présentait des symptômes dépressifs. À plus de 10 ans, cette dernière influençait toujours la vie des enfants avec notamment des difficultés relationnelles fréquentes avec le père. Ces recherches ont mis en avant ses conséquences psychologiques, sociales ou d'anxiétés, persistantes longtemps après la séparation des parents.

Une seconde étude, la méta analyse « Effects of parental separation and divorce on very young children » (24) a souhaité analyser principalement les effets de la séparation sur les nourrissons. Ils ont réalisé une étude prospective de la naissance jusqu'aux trois ans de l'enfant. Finalement, on retrouve quelques différences notamment : de capacités cognitives et sociales un peu diminuées, des troubles du comportement majorés en particulier avec la mère et une baisse de la sensation de sécurité. Cependant, une fois ces critères analysés en fonction du revenu et de l'éducation de la mère, seule une différence sur les capacités cognitives reste significative. Ce n'est donc pas tant le divorce qui semble la cause.

Ainsi, la méta-analyse « What are the cost of marital conflict and dissolution to children's physical health? Clinical child and family psychology review ». (25) s'est intéressée aux rôles des conflits parentaux sur les conséquences psychiques des enfants. Selon leurs résultats, ces conflits entraînent une difficulté pour les enfants de réguler leurs émotions. Si dans un premier temps, leur réaction est adaptée avec le développement de capacités affectives et comportementales. Dans un second temps, la chronicité des conflits peut engendrer un stress chronique et des comportements d'adaptation inadaptée pouvant altérer leur contrôle des émotions, leurs compétences sociales et leurs agressivités. En effet, il est primordial pour un enfant de sentir une sécurité émotionnelle, c'est pour ça qu'au début des conflits les enfants créent des stratégies d'adaptation pour préserver leurs sécurités émotionnelles. Mais si ces stratégies deviennent chroniques, elles majorent le risque de méfiance, difficultés de lien social ou encore des troubles du comportement envers autrui.

De plus, la colère engendrée par la mésentente parentale est parfois importante, on sait que ce sentiment perdure joue un rôle dans l'augmentation de la tension artérielle. Les conflits chroniques peuvent entraîner un niveau élevé de vigilance chez les enfants et ainsi une augmentation de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque et un risque majoré des consommations à risque. Enfin, la dépression est aussi un facteur de risque pour de multiples causes de mortalité.

Le stress répété pourrait alors agir sur trois systèmes. Le premier, le système surrénalien serait hyperactivé et donc une hypertrophie ventriculaire gauche, une majoration du taux de lipide, de sucre et une augmentation de la tension artérielle. L'ensemble majore ainsi le risque de maladie cardiovasculaire et de diabète. Le second est l'activation du système hypothalamo-hypophysaire par le stress et l'hyperactivité en augmentant le taux de cortisol qui joue un rôle dans la croissance, la maturité sexuelle ou encore les déficits immunitaires. Enfin, le stress pourrait également agir sur le système sérotoninergique.

Cette étude qui évoque les comportements d'adaptation des enfants pour maintenir une sécurité émotionnelle n'est pas sans rappeler les mécanismes d'attachement dont ils font preuve. Selon Mr Bowlby(26), l'attachement est lié au besoin essentiel de contact social. C'est ce besoin qui permettrait à l'enfant de construire ces relations d'attachements avec autrui. Il se mettrait en place pendant la grossesse et jusqu'aux trois ans de l'enfant, impactant ainsi l'ensemble des relations sociales ultérieures. La mère reste souvent la première figure d'attachement par les soins prodigués, l'allaitement ou le temps passé avec lui. Par la suite, l'enfant sera en mesure de créer des interactions et des liens d'attachements avec plusieurs personnes. Cette relation d'attachement dépend des capacités des parents à répondre aux demandes de l'enfant, le caregiving(22) (par exemple la faim, la peur, la douleur ou la fatigue). Ainsi, si un enfant ne ressent pas la possibilité d'être sécurisé par les personnes avec qui il a construit son système d'attachement, ses activités seront limitées voir interrompues, l'enfant se sentant alors en insécurité. Avec le développement et la prise d'autonomie, l'éloignement de la figure d'attachement sera de plus en plus possible.

C'est ainsi que Mr Bowlby décrit trois types d'attachements (22). Le premier, l'attachement secure, même dans des situations inhabituelles, l'enfant est confiant vis-à-vis ses parents qui sont prêts à répondre à ses besoins. Le deuxième est l'attachement ambivalent, il manque de confiance envers ses figures d'attachements, ce qui induit une diminution de l'exploration de son environnement. C'est souvent le cas quand les parents n'ont pas su répondre aux demandes de leur enfant ou si la menace de l'abandon est utilisée comme moyen de pression. Enfin, on parle d'attachement évitant, quand l'enfant n'attend plus de réponses de ses parents, et ce même quand il se trouve en difficulté. C'est souvent la conséquence de rejets répétés ou de mauvais traitements. Ces différents attachements vont perdurer, l'enfant qui apprendra comment ses figures d'attachements répondront à ses besoins développera un fonctionnement pour anticiper ses interactions futures. Avec un attachement secure, l'enfant se sentira en capacité d'explorer

l'environnement, méritant de l'affection, plus enclin aux relations avec les autres. À l'inverse, un attachement ambivalent ou évitant pourra avoir comme conséquence, une vision dangereuse de l'environnement pour l'enfant, se sentant indigne d'être aimé, les relations sociales seront alors plus difficiles.

Les classifications de troubles de l'attachement sont encore en recherche, une des propositions expliquées ci-dessous, classe ses troubles en deux catégories : les troubles de l'absence d'attachement et ceux de base de la sécurité.

Les troubles de l'absence d'attachement sont plus souvent le cas dans les situations de placement très précoce ou de négligence grave. Les enfants peuvent soit ne s'intéresser à personne soit au contraire s'accrocher à toutes personnes même étrangères.

Les troubles de base de la sécurité concernent des enfants ayant développé un attachement, mais avec des perturbations. Ainsi on retrouve le trouble de l'attachement avec une mise en danger : l'enfant présente des activités dangereuses voir d'agressivité. On remarque fréquemment ce type d'attachement dans un contexte de violence familiale. Les troubles de l'attachement avec vigilance et obéissance excessive : l'enfant est sur attentif aux parents et obéit de façon irréprochable. Il semble craindre en permanence une réaction violente de la personne figure d'attachement. Enfin, on retrouve les troubles de l'attachement avec renversement des rôles, l'enfant souhaite protéger sa figure d'attachement qu'il considère fragile.

Ainsi, sans la revue *Enfances et psy*, Mme Rabouam(13) évoque les conséquences d'une séparation sur ce système d'attachement. Dans le cadre d'une séparation parentale et notamment dans un contexte de conflit, l'enfant remet en question ses figures d'attachements principales, ses deux parents. Il craint alors d'être laissé où perdre l'un des deux. Si l'enfant présentait un système d'attachement sécurisé, à force de perdurer, cette crainte peut modifier son système soit en s'autonomisant soit en augmentant ses demandes de besoin sans pour autant se

sentir en sécurité. Son attachement devient insécure. Si l'attachement initial était déjà insécure, les conflits et la séparation viennent renforcer ce fonctionnement.

Dans le cas de conflit majeur (13), même si l'enfant n'est pas menacé, il s'inquiète pour ses parents, cette peur est suscitée par ses figures d'attachements censées le rassurer. Les capacités des parents à la rassurer et détecter la peur de leur enfant en sont modifiées. Ce dernier se retrouve, donc, dans une position ambivalente, il souhaite se rapprocher de ses parents qu'il sait habituellement figure de réassurance, mais à la fois il en a peur. S'il était déjà évitant, sa peur va majorer cet évitement, mais l'environnement ne pourra plus le rassurer. Cela peut amener à des comportements de figement chez les tout petits (qui ne pleure pas) ou des attitudes d'approche puis de fuite. C'est tout son système d'attachement qui est remis en cause : des personnes normalement sources de réassurance peuvent devenir génératrices de stress important, une personne qu'il pensait aidante peut ne pas toujours l'être. L'enfant risque de perdre ses stratégies de réassurance.

Au fur et à mesure l'enfant devra réapprendre de lui-même à réorganiser son système d'attachement, et ce, le plus souvent de deux façons : « en contrôlant » ses parents, ses relations et son environnement ou en aidant ses parents.

Enfin, quasi chacune des études citées s'est inspirée de la méta analyse de P. R Amato et B. Keith (27). À son époque (1991), c'est une des premières qui s'intéresse à notre sujet. Elle montre que les deux tiers des recherches réalisées objectivent une santé physique ou un bien être évalué sur trois plans [psychologique (dépression, peu de satisfaction à vivre), familial (vie conjugale difficile, prédisposition au divorce), socio-économique (faible niveau de scolarité et revenus, précarité de l'emploi)] inférieurs chez les enfants de parents divorcés que ceux non séparés. Leurs trois hypothèses pour expliquer cette différence sont les suivantes.

La première, la perte d'un parent, avec une diminution des contacts avec le père (pour le plus souvent) serait en cause. Cette diminution du bien-être serait même plus importante que les

enfants déclarant qu'un de leur parent est décédé. Ce bien-être ne serait pas amélioré par la présence d'un beau-parent. Et à l'inverse le fait de favoriser les contacts avec le tuteur non hébergeur permettrait une amélioration de ce bien-être. La seconde hypothèse évoque la diminution du niveau socioéconomique. Cette hypothèse est nuancée dans plusieurs études. Elles montrent qu'à revenu égal, le bien-être des enfants de parents séparés reste inférieur à celui de ceux vivant avec leurs deux parents. Elles laissent ainsi supposer l'existence d'autres facteurs qu'économique. La dernière hypothèse met en cause les conflits familiaux. Elle semble l'hypothèse la plus retrouvée dans l'ensemble des études. On retrouve même dans certaines recherches, une amélioration du bien-être des enfants à distance de la séparation en parallèle de la diminution des conflits ou encore une augmentation du mal-être chez des enfants vivant avec leurs deux parents, mais présentant beaucoup de conflits.

Cependant, les différences d'état de santé varient selon les études analysées. Une des hypothèses énoncées pour expliquer que certaines recherches ne retrouvent pas de modification de santé est qu'elles ne s'intéressent pas aux enfants les plus à risque. Amato et Keith supposent que les conséquences liées à la séparation des parents auraient plus d'impact sur les adolescents et jeunes adultes. Ils pensent également qu'à court terme, elles ne sont pas forcément majeures. Par contre, ils laissent à supposer que les conséquences à l'âge adulte semblent importantes avec par exemple moins d'accès à l'éducation, de moins bons revenus ou plus de divorces.

Leurs hypothèses des impacts surtout à long terme sur les enfants corrélerent avec les résultats retrouvés dans l'étude américaine « Consequences of early parental loss and separation for health and well-being in midlife » (28). Cette dernière a pu mettre en évidence que chez les hommes de parents divorcés il y a plus de syndromes dépressifs, plus de maladies chroniques et moins de confiance en soi. Quelques hypothèses de causalités sont proposées avec

notamment une plus forte consommation de drogue ou de tabac chez les adultes avec des parents séparés.

Nous l'avons vu par les études citées les conséquences psychologiques sont étroitement liées aux conséquences somatiques (25).

2) Santé somatique

En plus des conséquences psychiques et comportementales, des études se sont également intéressées aux conséquences somatiques, ci-dessous quelques exemples.

Le lien entre séparation des parents et l'Indice de Masse Corporelle (IMC) a été étudié à plusieurs reprises. L'étude « Parental marital status and childhood overweight and obesity in Norway: a nationally representative cross-sectional study » en 2014 (29) a analysé le lien entre obésité et séparation parentale. Elle retrouve chez une population de 3166 enfants d'âge moyen de huit ans, que le surpoids était significativement plus important chez les enfants de parents séparés 1,54 (95% CI 1,21 to 1,95). Les hypothèses avancées de ce lien entre l'indice de masse corporelle et la séparation des parents sont : la modification des ressources et donc de la nutrition, un changement des habitudes quotidiennes et de l'énergie dépensée ainsi que la difficulté d'adaptation émotionnelle avec un report sur l'alimentation.

On peut également remarquer une étude en 2017 « Offspring of parents who were separated and not speaking to one another has reduced resistance to the common cold as adults » (30). Cette étude étonnante, américaine a sélectionné 201 adultes. Elle les a distingués en trois groupes : le premier dont les parents sont ensemble, le second dont les parents sont séparés et enfin, le troisième dont les parents sont séparés et en mauvaise entente. Les sujets ont été mis en quarantaine et exposés à un virus responsable d'un rhume. Les résultats montrent que les personnes avec des parents séparés et en mauvaise entente sont trois fois plus à risque de développer un rhume quand ils sont soumis aux virus. À l'inverse, ceux dont les parents sont

séparés, mais en bonne entente n'ont pas montré de différence significative d'infection par rapport aux personnes avec des parents ensemble.

Les hypothèses émises sont liées aux perturbations engendrées par le stress sur le système immunitaire avec notamment une dérégulation du système hypothalamus hypophysaire et sympathique qui entraineraient une majoration de la réaction inflammatoire. Des analyses complémentaires ont permis de constater une augmentation des protéines de l'inflammation (TNF alpha, Il — 1 β et IL-6) chez les enfants de parents séparés.

Dans la même idée, l'étude « Parental separation in childhood and adult inflammation: The importance of material and psychosocial pathways » réalisée en 2013 (31) permet de constater une majoration du taux de la Protéine C Réactive (CRP) à l'âge adulte. Différents mécanismes sont mis en évidence. La séparation aurait un impact notamment sur l'IMC, des facteurs matériels (tel que la stabilité du logement, la sur population dans le domicile, difficulté financière, commodité du logement ou encore les aides sociales), le niveau de scolarité, ou encore des facteurs psychosociaux. Ces mêmes facteurs joueraient à leur tour sur la valeur de la CRP. L'hypothèse évoquée entre ces facteurs et la CRP seraient une modification de la production de cortisol et de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Or on sait que l'inflammation chronique est corrélée à un risque de problème de santé de type diabétique ou cardiovasculaire. On peut y voir un lien pouvant expliquer l'étude « Parental divorce and adult longevity » (21) où l'on retrouve une majoration du risque de la mortalité surtout prématurée et particulièrement des maladies cardiovasculaires.

On a pu le voir, la séparation des parents semble engendrer des conséquences sur la santé des enfants. Mais il est important de souligner que dans beaucoup d'étude la seule séparation n'explique pas les conséquences.

L'article « Psychosocial adjustment and physical health in children of divorce » (32) reprend la littérature pour essayer d'expliquer les conséquences du divorce sur l'enfant. Selon

les auteurs, ce n'est pas le divorce seul qui est responsable de problèmes de santé. Mais c'est bien l'association avec d'autres facteurs de risques tels que : les caractéristiques propres à chaque enfant (tempérament, caractère, capacité d'adaptation), la stabilité financière après le divorce, les conflits familiaux, l'état psychologique des parents ou encore la capacité des parents à poursuivre l'éducation de leurs enfants ensemble.

La séparation est aussi souvent un moment où la surveillance des parents est moindre. Ce qui résulte des enfants devant parfois se débrouiller avec donc un risque majoré de comportements, de consommation à risque et des difficultés scolaires.

B- Données concernant la santé des enfants français

Bien qu'il existe de multiples études internationales abordant le lien entre l'état de santé des enfants et la séparation des parents, il est difficile de trouver des données sur la santé des enfants français en rapport avec leur situation familiale. Toutefois, quelques rapports français permettent d'aborder le sujet.

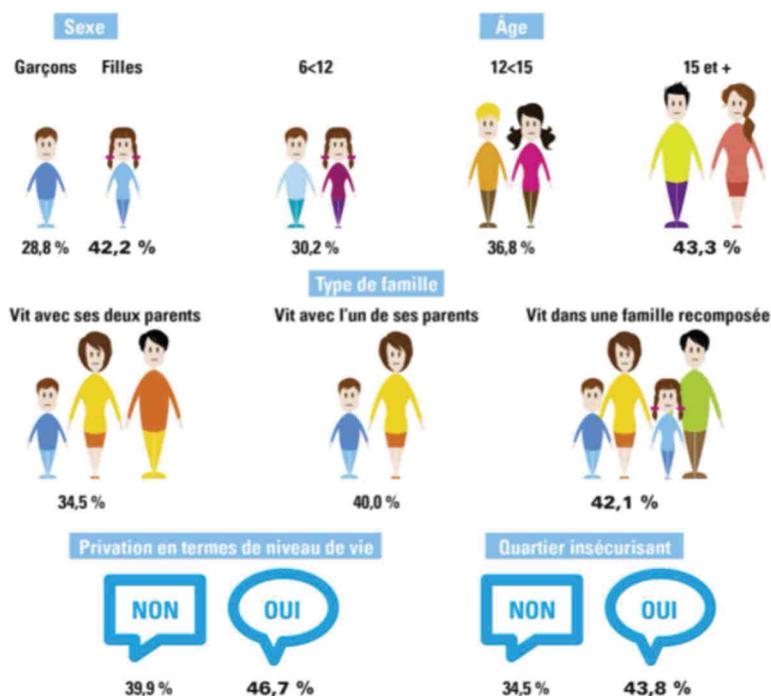
Selon le rapport de « L'état de santé de la population en France en 2017 » (33) par la DREES « Les familles monoparentales sont également plus nombreuses à renoncer aux soins que les couples avec enfants et ceux sans enfant en 2014, respectivement 36 %, 24 %, et 20 % ».

On peut prendre l'exemple d'un rapport de l'observatoire régional du Midi-Pyrénées qui s'est basé sur « l'Enquête famille et prévention » (34). Un questionnaire était adressé aux familles avec au moins un enfant à charge. Au total, dans la région du Midi-Pyrénées, 15 % des familles ayant répondu étaient en situation de monoparentalité. L'objectif était d'évaluer la prévention au sein des ménages et leurs mises en application. De ce rapport, quelques données sont intéressantes à noter au vu de notre sujet : 63 % des parents appliquent les principes de prévention pour le stockage des médicaments (tel que l'inaccessibilité aux enfants, garder avec la notice ou le respect des dates de péremption) contre seulement 51 % au sein des familles monoparentales ; 97 % des enfants dormiraient suffisamment, contre 84 % dans les familles

monoparentales ; 87 % pratiquent une activité physique régulière, mais uniquement 76 % dans les familles monoparentales. Il est aussi intéressant de noter que si dans l'ensemble, la population a une opinion positive vis-à-vis des campagnes de prévention et les trouve utiles, une partie des familles, dont les familles monoparentales, signalent une incompatibilité avec leur budget.

On peut également évoquer une enquête nationale des 6-18 ans (35) réalisés par United Nations of International Children's Emergency Fund (UNICEF) en 2014. Les résultats montrent que quatre enfants sur dix évoquent un sentiment de tristesse ou de cafards, un quart présente une apathie. Dans les facteurs jouant sur ces résultats, on retrouve que 40 % des enfants vivant avec un seul de ses parents présente une souffrance psychologique contre 34,5 % des enfants habitant avec ses deux parents. La notion de famille monoparentale ou recomposée augmenterait ainsi le risque de souffrance psychique de 1,25 fois.

Figure 4 : La souffrance psychologique des 6-18 ans selon la structure familiale



Dans cette même étude, 25,9 % des enfants vivant avec leurs deux parents ont déjà pensé au suicide contre 32,6 % des enfants en situation de famille monoparentale. Ce rapport montre également des données sur les conduites à risque. On retrouve la notion de consommation d'alcool et l'expérience de l'ivresse chez 22 % des enfants vivants avec ces deux parents contre 30,2 % de ceux en familles monoparentales et 26,9 % en famille recomposée. Cette différence est aussi notée sur les consommations de drogues.

Cette partie nous a permis de contextualiser la situation d'enfants de parents séparés. Si toute séparation parentale n'entraîne pas de conséquence sur les enfants, elle peut cependant rendre vulnérables ces derniers. La vulnérabilité (36) selon son origine latine signifie « qui peut être blessée ». La séparation peut donc être un facteur de vulnérabilité : c'est un événement majeur dans la vie d'un enfant pouvant favoriser l'apparition de trouble.

Ce facteur de vulnérabilité justifie nos interrogations vis-à-vis de la pratique du médecin de famille afin de mieux les accompagner.

Partie 2 : Étude qualitative

Matériel et méthode

Après avoir contextualisé notre sujet de recherche, il nous semble essentiel de présenter le matériel et la méthodologie utilisés pour élaborer ces recherches en évoquant les caractéristiques de l'étude et le recueil, l'analyse des données.

I- Caractéristiques de l'étude

Dans un premier temps, nous évoquerons les choix méthodologiques du type d'étude et de la réalisation des entretiens.

A- Choix d'une méthodologie qualitative

Les recherches qualitatives ont connu différentes formes et ce n'est que courant des années 1920 (37) que ces recherches prennent la forme que nous connaissons aujourd'hui. Ces premières utilisations sont notamment retrouvées parmi les recherches anthropologiques ou sociologiques de l'époque.

La recherche qualitative est souvent opposée à une méthodologie quantitative, pourtant ces deux méthodes ne s'intéressent pas aux mêmes connaissances (38). Si une méthode quantitative a pour objectif de mesurer une variable, tester une hypothèse ou établir un lien causal entre une variable et une hypothèse ; une méthode qualitative va davantage s'intéresser aux représentations et au comportement. Elle peut également étudier le vécu, le ressenti et les émotions (39). C'est une recherche dite inductive, elle permet de formuler des hypothèses qui pourront être vérifiées par une étude quantitative. Les recherches qualitatives en santé permettent donc une approche pluridisciplinaire de l'anthropologie, à la sociologie, la

psychologie ou la médecine. Ainsi, elles peuvent permettre une meilleure compréhension de la population.

L'objectif de cette étude est de connaître les attentes des parents pour le suivi de leurs enfants. Il nous paraissait plus approprié pour mieux y répondre, mais également mieux recueillir leurs perceptions et leurs émotions, de réaliser une étude qualitative.

Le type de méthode qualitative que nous avons choisi est la « grounded theory » (40), une méthode de recherche inductive. Son objectif est de collecter des données du terrain sans a priori et à partir de ces données de déterminer une théorie. En effet par l'analyse de ces données, les enquêteurs réalisent un premier codage en repérant des catégories qui se répètent. Puis ils en réaliseront un second afin de regrouper différentes catégories en concepts similaires. Ces différents concepts similaires seront la base de la théorie. Cette théorie s'oppose à une méthode hypothéticodéductive qui appuie ses recherches sur des hypothèses au préalable définie.

B- Choix technique des entretiens

Les entretiens individuels et semi-dirigés ont permis de favoriser la prise de parole possiblement plus librement que dans des focus groups. Ces derniers consistent en un recueil de données lors d'entretien de « groupe d'expression » (41). De surcroit au vu de la population, des parents de familles mono parentales, il était plus facile de s'organiser en entretien individuel et ainsi de s'adapter aux disponibilités de chacun.

Le choix d'entretiens semi-dirigé avait pour but de favoriser l'expression libre des parents tout en les orientant sur le sujet abordé par nos recherches. À l'inverse d'un entretien dirigé, cela a permis de laisser la personne interrogée aller au bout de ses réflexions sans l'interrompre et ensuite de développer certains points évoqués par le parent.

II- Recueil et analyse des données

Après ces choix méthodologiques, nous aborderons le recueil et l'analyse des données.

A- L'échantillon

La grande majorité des parents interrogés a été recrutée en contactant diverses associations nationales de parents séparés ou par des groupes sur les réseaux sociaux d'entraide pour des familles en situation de monoparentalité. C'est ensuite par effet boule de neige par les représentants des associations et des parents que nous avons pu constituer notre échantillon. En effet, les représentants des associations ont contacté les membres de leurs associations, des parents ayant participé à cette étude ont contacté des personnes de leur entourage. Nous ne souhaitons pas recruter l'échantillon en passant par des cabinets de médecine, ne voulant pas présupposer que les médecins étaient informés de la situation parentale. Un formulaire d'information sur cette étude, disponible en annexe 1, a été donné aux parents et nous répondions à leurs interrogations. Le nombre d'entretiens nécessaire à ces recherches s'est appuyé sur le principe de saturation des données c'est-à-dire quand trois entretiens consécutifs n'apportaient plus d'éléments supplémentaires.

Les critères d'inclusion pour participer à cette thèse étaient d'être parent d'un ou plusieurs enfants et d'être séparés du second parent des enfants. Il n'y avait pas de critère d'exclusion au sein de cette étude.

B- Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés du 13 février 2021 au 9 mai 2021. Ils se sont déroulés en visio-conférence, hormis un dans les locaux d'une association de parents séparés. Initialement, nous souhaitons les réaliser en présentiel afin de mieux appréhender le ressenti des parents. Cependant, avec l'épidémie de sars cov2 et les différentes mesures sanitaires, nous avons

rapidement compris que le présentiel serait difficile à mettre en place. De plus, le quotidien de ces familles souvent très rythmé rendait encore plus compliqué pour elles d'être disponibles en présentiel.

Chaque entretien commençait par une présentation du sujet, un rappel de l'enregistrement et de l'anonymisation de ces entretiens. Ces derniers étaient enregistrés, après l'accord des participants par un dictaphone. La durée des entretiens varie entre 35 minutes à 1 h 26 minutes. Avant chaque entretien, un questionnaire avec quelques questions socio-démographiques (annexe 2) était rempli par les parents. La trame du guide d'entretien a été réalisée à partir de la bibliographie. Il se composait de quatre axes. Dans un premier temps, nous évoquions le suivi médical des enfants puis l'organisation en pratique de ce parcours de soins dans le cadre de la séparation des parents. Nous nous sommes ensuite intéressés aux conséquences de la séparation sur les enfants et enfin aux attentes vis-à-vis des médecins traitants. Ce canevas a évolué au fur et à mesure des entretiens et des souhaits des participants selon leurs propres expériences. Le guide d'entretien initial est disponible en annexe 3.

C- Analyse des données

Les entretiens ont ensuite été intégralement retranscrits, anonymisés et analysés par l'enquêtrice principale. Chaque entretien a été transcrit dans les jours suivant les rendez-vous afin de ne pas perdre les données non verbales. Des didascalies (donnant des informations sur le comportement des sujets) ont également été rajoutées pour faciliter la compréhension. Chaque retranscription est appelée « verbatim ».

L'ensemble des entretiens a été analysé par l'enquêtrice. Les verbatims ont été analysés de manière qualitative. Dans un premier temps, un codage ouvert a permis d'extraire des verbatims, permettant de trouver différents thèmes et sous thèmes dans chaque entretien. Une couleur par thème a été attribuée. Ensuite par un codage axial, chaque thème a été analysé et regroupé pour former une unité thématique. Ces thèmes permettant ainsi le classement de

plusieurs verbatims et de mettre en exergue les idées principales. Un double codage a pu être réalisé avec un second chercheur pour le premier entretien analysé.

D- La recherche documentaire

La recherche documentaire a principalement utilisé les ressources internet : PUBMED, Google Scholar, la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Institut national de Prévention et d'Éducation pour la santé (INPES), l'Institut National de la Statistique et des Études (Insee), Légifrance, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Les bibliothèques de psychologie et de médecine de l'université de Strasbourg ont également été utilisées. Enfin, le base du Sudoc a permis de rechercher des thèses ou des publications sur notre thématique.

Les principaux MESH de recherches étaient : santé enfants parents séparés, enfants parents séparés, démographie famille monoparentale, santé famille mono parentale, précarité famille monoparentale, rôle médecin, séparation parentale pédopsychiatre parentaux conflits, conséquence of divorces, health of children of separated parent.

L'ensemble de ces recherches bibliographiques a été répertorié à l'aide du logiciel zotero, permettant ainsi une mise au format Vancouver.

III- Point éthique

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts. L'étude est financée par les moyens personnels de l'étudiante. Le consentement libre et éclairé des parents a été recueilli à l'aide d'un formulaire disponible en annexe 4. Le délégué à la protection des données de l'université de Strasbourg a été contacté, il note que : cette étude observationnelle sur l'expérience de parents séparés et le suivi médical de leur enfant est hors loi Jarde. Ainsi, le code Santé publique ne s'applique pas et cette étude ne nécessite pas l'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP). Afin de satisfaire aux demandes de la Commission Nationale de l'Informatique et des

Libertés (la CNIL), la question concernant la date de naissance des enfants a été remplacée par celle de leur âge.

Résultats

I- Description des enquêtes

Les deux tableaux ci-dessous regroupent les principales données socio démographiques concernant les familles interrogées. Elles ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire démographique complété par les parents en amont de l'entretien. Des modifications ou des précisions ont pu être apportées au cours des entretiens.

L'étude porte sur quinze entretiens : onze mères et trois pères. Le nombre d'enfants par famille varie d'un à quatre : quatre familles ont un enfant, neuf en ont deux (dont deux avec des jumeaux), une famille en a trois et la dernière en a quatre. Ce qui représente vingt-neuf enfants au total. Parmi les familles avec plusieurs enfants, hormis un ménage [entretien 11], tous les enfants ont les mêmes parents biologiques. L'âge moyen des enfants au moment de la séparation parentale est de quatre an et demi. Les âges des enfants à ce moment-là varient de zéro à quinze ans. L'âge moyen des enfants au moment des entretiens est de neuf ans. Il manque une donnée en ce qui concerne l'âge actuel d'un des enfants.

La question du mode de garde est variable dans cette population, il est difficile de catégoriser chaque famille dans les modes de gardes dits classiques (alternée ou résidence principale). En effet, il peut varier au cours de l'enfance et différer selon les enfants de la fratrie. Ainsi, six parents [entretiens 1, 2, 3, 4, 6 et 15] ont souligné avoir répondu brièvement sur ce questionnaire démographique, mais ont détaillé leur situation pendant les entretiens. On retrouve : cinq familles en garde alternée, quatre en garde principale chez la maman avec un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires chez le papa.

Dans l'entretien 1, la maman décrit dans le questionnaire une garde exclusive pendant l'année et une répartition des vacances avec le papa. Mais en pratique, l'enfant vit toujours chez la maman. La famille de l'entretien 6 est officiellement en résidence principale chez la maman,

mais en pratique le papa étant saisonnier, le mode de garde est adapté tout au long de l'année. Dans l'entretien 15, il n'y a pas de mode garde défini officiellement, mais les enfants sont en garde principale chez la maman.

Le mode de garde peut également varier entre les enfants. Dans l'entretien 10, en théorie c'est aussi une résidence principale chez la maman. En pratique, si la cadette respecte ce schéma, l'aîné est en garde exclusive chez la maman. Dans la famille de l'entretien 11, l'aînée est en garde alternée et la seconde en résidence principale chez la maman.

Le mode de garde a changé à plusieurs reprises pour la 3^e famille. Les deux aînées sont passées d'une garde alternée à une exclusive chez la maman et enfin exclusive chez le papa, pour la cadette présence d'une garde alternée.

Figure 5 : Caractéristiques des enquêtes

Entretien n° :	Durée de l'entretien	Sexe du parent	Niveau d'étude	Catégorie socio professionnelle	Type d'habitation	Propriétaire / locataire	Lieu d'habitation
1	35 min	Féminin	Bac + 3	Cadres	Maison Individuelle	Locataire	Rural
2	32 min	Masculin	Bac + 5	Employés	Maison individuelle	/	Urbain
3	1h04	Féminin	CAP/BEP	Employés	Appartement	/	/
4	1h06	Féminin	Bac	Sans emploi	Maison individuelle	Locataire	
5	1h28	Féminin	Bac + 4	Sans emploi	Appartement	/	/
6	/	Féminin	Bac + 3	En formation	Appartement	Propriétaire	Urbain
7	1h05	Féminin	Bac + 5	En formation	Appartement	/	Urbain
8	54 min	Masculin	Bac + 5	Cadre	Maison individuelle	Propriétaire	Semi rural
9	56 min	Féminin	Bac + 3	Employé	Maison individuelle	Propriétaire	Semi rural
10	1h06	Féminin	Coiffure	Fonctionnaire	Appartement	/	/
11	1h04	Féminin	Bac + 3	Cadre	Appartement	Propriétaire	Urbain
12	55 min	Féminin	Bac + 4	Cadre	Appartement	Propriétaire	Urbain
13	1h15	Féminin	Bac + 4	Cadre	Maison individuelle	/	/
14	1h12	Féminin	Bac + 5	Cadre	Appartement	Locataire	Urbain
15	1h16	Masculin	Bac + 2	Fonctionnaire de police	Appartement	Locataire	Urbain

Entretien n°:	Structure familiale	Nombres d'enfants	Âge des enfants au jour de l'entretien	Âge des enfants au moment de la séparation	Résidence des enfants	Couverture médicale
1	Divorcée	1	/	9 ans	Par la maman : Toute l'année Par le papa : petites vacances, moitié des vacances d'été et Noël	CPAM ¹ et mutuelle
2	Séparée	1	4 ans	1 an	Garde alternée	CPAM + Mutuelle
3	Séparée	3	13, 12 et 6,5 ans	9, 8 et 2,5 ans	Passage d'une garde exclusive pour la maman à une garde alternée	CPAM + CMUc ²
4	Re composée	4	17, 14, 13 et 9 ans	15, 11, 10 et 6 ans	Garde alternée	CMU ³ + ACS ⁴
5	Séparée	1	4 ans	18 mois	Un week-end sur deux chez le papa	CMUc
6	Séparée	1	10 ans	18 mois	Un week-end sur deux chez le papa	CPAM + Mutuelle
7	/	2	11 et 8 ans	3 ans et 7 mois	Un week-end sur deux chez le papa	CMUc
8	Séparée	2	8,5 ans et 5 ans	2 et 5 ans	Garde alternée	CPAM + Mutuelle
9	Divorcée	2	3 ans (jumeaux)	2 ans	Garde alternée	CPAM + Mutuelle
10	Divorcée	2	17 et 11 ans	8 et 2,5 ans	Un week-end sur deux chez le papa	/
11	Séparée	2	18 et 9 ans	9 mois et enceinte	L'ainé : garde alternée La cadette : Un week-end sur deux chez le père	CPAM + Mutuelle
12	Divorcée, père vivant à l'étranger	2	6 ans (jumeaux)	3 ans	Un week-end sur deux chez le papa	Caisse de santé nationale + Mutuelle
13	Séparée	2	9 et 7 ans	8 et 6 ans	Garde alternée	CPAM + Mutuelle
14	Séparée	2	10 et 6,5 ans	6 mois et 4 ans	Un week end sur deux chez le papa	CPAM + Mutuelle
15	Séparée et re composée	2	5,5 et 2,5 ans	4,5 et 1,5 ans	Pas de mode de garde statué	CPAM + Mutuelle

¹ CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

² CMUc Couverture Maladie Universelle Complémentaire supprimé et remplacé par la Complémentaire Santé Solidaire

³ CMU : Couverture Maladie Universelle, supprimé depuis 2016 et remplacé par la Protection Universelle Maladie

⁴ ACS Aide à la Complémentaire Santé

II- La séparation, du combat à l'entente familiale

Nous constatons par les différents entretiens qu'une séparation parentale entraîne un remodelage majeur des relations intra-familiales spécifique à chacune d'entre elles : d'un combat à une entente familiale. L'enjeu, malgré ces possibles difficultés de relation est de permettre l'organisation du parcours de soins des enfants. Pour nous permettre de comprendre l'organisation de ce parcours et les attentes des familles vis-à-vis de leur médecin généraliste, nous aborderons dans cette partie, les éléments impactant l'adaptation des enfants à la suite d'une séparation. Ensuite, nous évoquerons les conséquences variables sur les enfants, mais nous les nuancerons en discutant de leurs étiologies plurifactorielles. Pour finir, il nous semble important de situer la séparation parentale dans un cadre juridique.

A- Les facteurs impactant l'adaptation des enfants

Selon des parents, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte concernant l'adaptation des enfants à la situation de séparation. Ces différents facteurs sont, notamment, l'entente parentale, l'âge des enfants au moment de la séparation, la notion de stabilité du quotidien ainsi que la modification de la structure familiale.

1) Du conflit à l'entente parentale

Nous constatons que des parents notent la notion de conflit parental comme un facteur d'adaptation majeur pour les enfants. Nous souhaitons donc mettre en avant les relations parentales et leurs impacts sur les enfants.

1.1) Relations entre les parents perceptibles à travers les propos

Il est intéressant de noter que par les propos, les reproches ou bien le champ lexical employé autour du combat et de la violence, on puisse percevoir les relations entre parents.

Ainsi, l'ex-conjoint est nommé de multiples manières selon les entretiens réalisés. Les formulations telles que : papa, mère, sont les plus fréquemment retrouvées. Les pronoms utilisés varient également. On note quelques formulations un peu différentes dans les entretiens.

L'utilisation des termes : « *ses deux parents, son papa et moi* » dans l'entretien 6, peuvent montrer l'unité que les parents forment. Les termes « *ex* » comme dans l'entretien 7 ou 3 peuvent également souligner l'importance de la rupture du lien entre les parents.

Plusieurs entretiens ont pu mettre en avant des reproches vis-à-vis des ex-conjoints. Ci - dessous, quelques exemples fréquents de reproches au sujet de la gestion du quotidien, d'attitudes inadaptées, de la santé des enfants et autres.

Dans les entretiens 1, 11, 12 et 10, il est noté que l'ex-conjoint n'assume pas le quotidien de la famille. Ainsi, la maman de l'entretien 11, souligne que le papa ne respecte pas les horaires pour récupérer sa fille.

« Et ben le jour où il récupèrera sa gamine au commissariat parce que ce jour-là même le centre de loisirs en a eu marre qu'à 19h30 il ne soit pas arrivé. Et ben ce sera à lui d'expliquer à sa gamine pourquoi il vient la chercher au commissariat. »

La notion de violence entre les ex-conjoints ou avec les enfants apparaît aussi sous différentes formes dans les entretiens 5, 7, 8, 9, 13, 14 et 15. On peut noter l'exemple de la maman de l'entretien 13 et la peur que ces enfants ont eue de leur père, ou le papa de l'entretien 15 qui souligne une situation « pas loin de la maltraitance » avec une maman punissant fréquemment les enfants.

Des reproches autour de la santé des enfants sont également notés [Entretien 3, 7, 12, 15], avec par exemple : un manque de confiance de la maman de l'entretien 3 envers son ex-conjoint pour s'occuper des soins des enfants, ou selon le papa de l'entretien 15, une maman qui utilise la santé de ces filles pour qu'on s'intéresse à elle.

On perçoit de multiples autres reproches dans les entretiens 1,3, 4, 5, 7, 9, 14 et 15, sur les consommations de produit toxique du papa dans l'entretien 5 ou les mensonges de la maman selon le papa de l'entretien 15.

En plus des reproches, il est intéressant de noter que le vocabulaire évoquant la violence et le « combat » apparaisse dans beaucoup d'entretiens [3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14 et 15]. Et ce même dans des situations où la violence et les conflits intra familiaux n'ont pas été souligné par les parents. Ce mécanisme témoigne pour les parents la difficulté de s'adapter à la séparation. Ainsi, la maman de l'entretien 5 évoque la séparation comme un fléau et donc son combat de maman solo.

« Un psychiatre connaît très bien les mécanismes, il doit savoir, connaître ce fléau-là.

[...] m'aider dans ce combat, parce que je suis maman solo. »

La citation de l'ex-conjoint de la maman de l'entretien 9, s'adressant à leurs enfants, montre également la violence verbale du lexique employé « *tu vas voir un passage de bite à la maison mon pauvre* »

On peut également noter, l'entretien 10, où la maman insiste sur la nécessité de « se battre », « la force de la maman » et de « remonter la pente » à la suite d'une séparation.

Si beaucoup de difficultés relationnelles entre les parents ont été remarquées, il est important de noter que les parents des entretiens 2, 6, 8, et 11 ont confié ne pas avoir de difficulté majeure dans la communication avec leurs ex-conjoints. La question de l'entente parentale afin de préserver les enfants apparaît même dans plusieurs entretiens [entretiens 9 et 13]. Malgré les possibles difficultés relationnelles entre les parents, ces derniers essaient de rester en communication dès qu'il s'agit de la santé et du bien-être des enfants.

Entretien 13 : « *La séparation c'est toujours en jeu d'équilibre, j'ai un peu tiré sur ce truc-là donc je vais laisser du lest sur ce truc-là. Pour que la tension soit toujours à l'équilibre. C'est toujours... Dans deux choses qui nous agacent c'est d'aller chercher, laquelle des deux on va pouvoir dire, parce que si on dit les deux on part au clash. C'est un équilibre qui n'est pas toujours facile à trouver.* »

Les relations parentales sont donc très variables, il est maintenant intéressant de mesurer en quoi elles influencent l'adaptation des enfants à la situation.

1.2) Influence de ces conflits parentaux

On a pu le noter, les relations entre certains parents semblent conflictuelles. Dans quatre entretiens [5, 7, 9 et 14], la présence des conflits avant la séparation comme un facteur influençant les conséquences sur le comportement et la santé des enfants a été évoquée. Les parents ont également remarqué une amélioration de la santé des enfants, après la séparation, amélioration qu'ils estiment liée à la diminution des conflits en leur présence.

Entretien 9 : « *Ce qui a été plus compliqué, il y a eu beaucoup de cris, de disputes et beaucoup devant les enfants. [...] Donc heu... effectivement, ça a été compliqué, de toute façon, moi je l'ai vu sur le comportement que heu... Il y avait beaucoup de colère pour les garçons parce qu'effectivement le ton montait vite à la maison, il y avait des tensions. Ça s'est beaucoup adouci, moi je le vois dans leur comportement, depuis qu'il a quitté le domicile et limite s'il y a des engueulades, c'est derrière leur dos.* »

Paradoxalement, l'absence de conflits préalable à la séparation a pu entraîner des difficultés de compréhension par les enfants sur les raisons de cette séparation, comme le remarque la maman de l'entretien 1. « *En plus il n'a pas vraiment compris, parce que son père et moi on ne se disputait jamais [...] ça a été brutal, il a fait ses valises et est parti un matin. Il a fallu que j'explique.* »

On peut noter que dans l'entretien 13, en dépit de l'absence de conflits, les enfants ont remarqué les discordances des parents. *« Le grand, lui il est parti, enfin quand on lui a annoncé. C'était à la limite ah ça y est enfin. * Rire *. Il n'était pas...[...] Surpris. Assez bizarrement, pourtant il n'y a jamais eu de dispute, jamais eu.... Il n'y a jamais eu de moment de violence verbale ou physique. Enfin, voilà c'est juste qu'on.... Voilà, on était en colocation quelque part, ou en cohabitation, c'était plus ça. Pour L. Je n'ai pas... ça coulait de source, la continuité logique... ça me faisait vraiment cette impression-là. »* Ainsi, la présence de conflit ou son absence peut influencer l'adaptation des enfants. À ce facteur, selon les parents, s'ajoute l'âge des enfants au moment de la séparation pourrait en impacter l'adaptation.

2) Influence de l'âge

D'une manière moindre que les conflits parentaux, plusieurs parents [entretiens 2, 3, 9, 11 et 15] estiment que l'absence de conséquences sur les enfants peut être liée au jeune âge des enfants lors de la séparation. La raison évoquée serait l'absence de souvenir de vie commune avec les deux parents.

Entretien 11 : *« Non puisque, ma grande quand je me suis séparée elle avait 9 mois, et la petite on s'est séparés et j'étais enceinte. Donc heu... on va dire que non... non non non. En gros, elles ont toujours vécu sur ce rythme-là donc pour elles il n'y a pas eu d'impact. »*

Si les parents ont constaté moins de conséquences chez les jeunes enfants du fait de l'absence de souvenir d'une vie commune, il peut être sous-entendu que finalement l'absence de modification du quotidien amoindrirait les conséquences sur l'adaptation des enfants.

3) Importance de la stabilité au quotidien

Trois parents [entretiens 9, 11 et 13] estiment ainsi qu'une certaine stabilité dans le quotidien des enfants aide à les préserver : pas de changement d'école ni de domicile ou maintien des activités extra scolaires.

Entretien 13 : « *Moi j'ai eu de la chance de pouvoir garder la maison dans laquelle on était normalement tous les quatre. [...] Donc ça, je pense que ça a permis, c'est moins le cas aujourd'hui, mais en tout cas au moment de la séparation, ça a été quelque chose de très rassurant pour eux de retrouver leur maison de retrouver leur chambre. Ça avait, vraiment été super important. »*

Dans la suite de cette notion de stabilité du quotidien, les parents ont évoqué les conséquences en lien avec la perturbation du quotidien par la modification des repères familiaux.

4) Modification de la structure familiale

Les modifications de la structure familiale évoquées par les parents et impactant selon eux leurs enfants, sont de différents ordres : l'absence d'un parent, les familles recomposées, la modification des repères familiaux.

4.1) L'absence d'un parent

Une séparation des parents entraîne pour un enfant la première conséquence de voir moins fréquemment ces parents. Il doit ainsi vivre avec parfois un sentiment d'abandon, mais également un manque affectif sécurisant. De plus, dans les cas de résidence principale, le parent hébergeur et l'enfant doivent aussi apprendre à gérer l'exclusivité de leur relation.

Deux parents [entretiens 1 et 11], avec parfois l'aide d'un professionnel, ont perçu un sentiment d'abandon ressenti par les enfants.

Entretien 11 : « *Donc qu'elle était trois semaines en vacances avec son papa, après, qu'elle soit en vacances avec moi. [...] Et depuis qu'on l'a récupérée... En faisant le rétroplanning, on se rend compte qu'effectivement c'est depuis qu'on l'a récupérée qu'elle est comme ça... Et là, la nounou, enfin la pédiatre elle me dit " je pense qu'elle dans son petit esprit, elle pense que vous l'avez abandonnée pendant 3 semaines, alors*

que c'était juste... elle dans son esprit, c'est comme ça qu'elle l'a vécu, et c'est comme ça qu'elle vous... pas le fait payer, mais... Vous montrer que ça ne lui a pas plu". »

La séparation des parents entraîne pour les enfants la conséquence directe de ne plus voir aussi souvent l'autre parent, ce qui peut être source d'un manque affectif sécurisant au quotidien et provoquer une angoisse de séparation. [Entretiens 3,12 et 15]

Entretien 15 : *« Mais en fait, là à l'heure actuelle ce sont des angoisses de la séparation et de mon absence en fait. [...] Et en fait T. à l'heure actuelle ses angoisses, c'est de croire qu'il y a une séparation. Alors déjà les enfants dans une séparation c'est complexe. Ils tournent un peu la faute vers eux même où ce genre de chose-là. Là, elle est anxieuse parce qu'elle croit que... ben, elle croit que moi je n'ai pas envie de les voir. »*

Enfin, les difficultés de problèmes d'exclusivité entre un enfant et son parent sont surtout notées dans deux entretiens (1 et 6), dont la garde est exclusive ou majoritaire par l'un des parents.

Entretien 6 : *« Mais à une certaine période de la vie en tout cas, je dirais de 5 à 7 ans vraiment ça a été 2 ans vraiment très très difficiles. Dans la gestion du quotidien, de l'exclusivité. Il fallait que tout tourne autour d'elle et parce que bien... j'ai pas su... On ne nous apprend pas ça...Les médecins ou les pédiatres devraient nous dire ce genre de chose. »*

4.2) Famille recomposée

Si l'intégration dans une famille recomposée peut aider à rééquilibrer la structure familiale en lien avec l'absence d'un parent, elle nécessite cependant à l'enfant de s'adapter à un beau parent ou des demi-frères et sœurs. Ces situations engendrent parfois des difficultés, comme l'on remarqué les parents des entretiens 5, 9 et 10.

Cette situation peut nécessiter pour l'enfant d'apprendre à « partager » son parent avec de nouvelles personnes.

Entretien 9 : « *Donc voilà je trouve que le petit a peut-être un peut-être, bah quand papa heu...part en vacances avec, il y a aussi la nouvelle copine, et peut être aussi que c'est compliqué pour eux de partager leur papa ou.... De partager papa avec quelqu'un qu'ils ne connaissaient pas forcément.* »

Il peut également exister des conflits avec la belle famille, altérant ainsi les relations entre les parents et les enfants, comme dans l'entretien 10.

4.3) Modification des repères familiaux

L'ensemble de ces modifications familiales entraîne un déséquilibre des repères pour l'enfant. Des parents ont ainsi noté le manque d'une présence masculine » et la perte de repères. Les enfants peuvent également avoir besoin de temps et d'explications afin de comprendre la situation. De même, la modification des repères familiaux modifie la place des enfants par rapport aux parents.

Au-delà du manque d'un parent, certaines mamans [entretien 1 et 3] ont souligné que l'absence d'une figure masculine a joué un rôle dans le comportement de leurs enfants et particulièrement dans les familles dont les enfants ont un Trouble Déficit de l'Attention et d'Hyperactivité (TDAH) ou un Trouble de l'Opposition (TOP).

Ainsi dans l'entretien 1, c'est le grand-père qui joue parfois le rôle de figure masculine auprès de l'enfant. Dans l'entretien 3, la présence du papa au domicile permettait, selon la maman, de mieux « contrôler le TOP » d'un des enfants.

« Pour mon deuxième, la séparation c'est ce qui a provoqué le plus le TOP, le trouble de l'opposition. [...] Il était déjà présent avant, mais vu que son papa était physiquement là, bah c'était moindre il en faisant déjà, mais c'était moins. »

Dans une séparation, quel que soit le mode de garde choisi, il y a une modification des repères et des habitudes de l'enfant avec une adaptation nécessaire. Ainsi que la maman dans

l'entretien 13 a remarqué que son fils présente des épisodes de colère tous les jeudis veille du changement de domicile dans le cadre de la garde alternée.

« Des moments vraiment de colère ou hum... Je ne sais pas comment dire... On ne sait ni pour qui ni pourquoi, ça part de quelque chose, d'une broutille.... En fait, une petite contrariété et il s'énerve. Mais vraiment... très très vivement... On était à la limite de l'agressivité physique quand même... et surtout... pas... impossible à canaliser. Mais c'était des crises de colère qui pouvaient durer une demi-heure - trois quarts d'heure. Donc ce n'est pas juste une petite colère. [...] Et ce que j'avais constaté c'est qu'en fait, les gardes alternées sont du vendredi au vendredi. Donc quand ils sont avec moi la semaine, le vendredi matin je les dépose à l'école, et le vendredi soir c'est leur papa qui les récupère. Et en fait, j'ai remarqué que tous les jeudis soir, c'était systématique, il était désagréable, agression verbalement, il s'est énervé pour rien.... Et moi j'avais vraiment le sentiment que c'était en lien avec le fait de se séparer le lendemain matin. Et c'est ce que m'a confirmé la psy. »

De plus, selon la maman de l'entretien 12, ces repères participent à la compréhension de la séparation. Elle a ressenti, le besoin de clarifier juridiquement la situation vis-à-vis de sa séparation avec leur papa afin d'aider les enfants à la comprendre et à s'y adapter.

Par la modification des repères familiaux et de la place de chacun dans une famille, un enfant peut s'inquiéter pour ses parents. Nous avons constaté cette situation dans les entretiens 13 et 14.

C'est ainsi que la maman de l'entretien 14 explique vouloir organiser des ateliers aux soins de premiers secours dans son association de parents solo. Il s'agit de permettre aux enfants vivant avec un seul adulte de pouvoir réagir en cas de problème.

« Un atelier sur les premiers secours par exemple... Moi je vais organiser ça cette année. [...]. Parce qu'effectivement quand on est tout seul, il n'y a pas un autre adulte pour

prendre en charge si quelqu'un se blesse. Et ça, c'est des choses... et c'est une charge mentale pour nos enfants aussi. Cette histoire... en termes de disponibilité psychique par exemple. J'ai mon fils qui m'a dit l'autre jour, quand on est descendu à la montagne en février avec mon frère et sa fille. Donc on était 5 dans la voiture. Et mon grand m'a dit " c'est bien que tu descendes avec R. parce que comme ça, moi, je vais être soulagé, je ne vais pas avoir peur pour toi qui conduis toute seule". »

Les facteurs influençant les conséquences d'une séparation pour les enfants sont multiples : la modification des repères familiaux ainsi que du quotidien et les conflits parentaux semblent majeurs. Ces facteurs nécessitent une adaptation des enfants, mais cette adaptation s'avère également nécessaire pour les parents.

C'est ainsi que la maman de l'entretien 13 décrit ses émotions en lien avec la présence de ses enfants puis leurs absences.

« Ce que j'ai le plus de mal à gérer, c'est l'activité intense et le vide puis de nouveau l'activité intense et le vide. Et ça... pour moi, psychologiquement c'est ce qui est le plus dur... au-delà de la séparation avec les enfants. C'est... que cette intensité... et en fait même s'il n'y a qu'une semaine. Il y a un calme qui s'installe dans la maison. Et c'est déstabilisant de retrouver un tourbillon, parce que, voilà, ils sont pleins de vie, et c'est normal et c'est très bien. Mais du coup... c'est les montagnes russes en permanence. Et c'est vrai que ce n'est pas évident. »

Ainsi les enfants et les parents doivent s'adapter à la situation. Ces changements et ces facteurs d'adaptation peuvent être source de conséquences pour l'enfant, que nous abordons dans la partie suivante.

B- Les conséquences d'une séparation sur l'enfant

Différents types de conséquences sur la santé des enfants et leur insertion sociale sont évoqués par les parents : troubles du comportement, psychologique et somatique, mais également dans le cadre scolaire.

1) Des conséquences sur le comportement

Plusieurs parents [entretiens 1, 4, 5, 8, 13 et 14] ont noté des difficultés variables dans le comportement de leurs enfants suite à la séparation.

Comme l'explique la maman de l'entretien 14, l'enfant peut développer un comportement agressif pour exprimer ses émotions.

« Chez mon aîné, ça a été dans le comportement, comment dirais-je... des énormes crises d'angoisses, des crises de colère ultra forte. Tournées contre lui-même, contre des objets, contre moi, à un moment donné il est devenu violent avec moi. Beaucoup beaucoup de provocation, et un besoin d'être cadré très fort, mais à un point qu'on a du mal à imaginer tant qu'on ne l'a pas vu. Quand j'explique aux gens, ce que mon enfant me dit, ils sont scotchés, " rappelle-moi il a 15 ans ton gamin ? ". Non, non il a 8 ans. »

Avec parfois, jusqu'à la nécessité de faire appel aux forces de police comme dans l'entretien 1.

Autre exemple, dans l'entretien 8, c'est l'enfant qui calque son comportement sur celui de sa maman.

« Elle faisait une dépression, leur mère. Elle était assez stricte avec les enfants. Et elle avait pris l'habitude de punir K. en la mettant au coin. Mais de la mettre au coin quasiment à chaque fois qu'elle la croisait. C'était assez compliqué. Pour des prétextes parfois, souvent assez... ridicules. Et résultat des courses la petite qui adorait dessiner par exemple. Elle avait une table, qui était à côté de ce coin. Et bien quand elle a quitté le domicile, j'ai remarqué que K. ne dessinait plus. J'ai changé la petite table de place et elle s'est remise à dessiner. »

Souvent en lien avec les difficultés comportementales, les parents notent des conséquences psychologiques.

2) Des conséquences psychologiques

En fonction des enfants, les conséquences psychologiques évoquées peuvent se manifester par des difficultés dans la gestion de leurs émotions ou par des comportements de régression. Nous détaillerons dans une partie ultérieure le nombre d'enfants suivis par un professionnel de la santé psychique.

C'est ainsi que les parents des entretiens 1, 5 et 12 ont noté des problèmes d'appréhension des émotions.

C'est effectivement le cas de la maman de l'entretien 1.

« Ça a été quand même très douloureux, très violent pour lui. Ça a duré à peu près, oh... les premiers temps, les grosses crises, les cauchemars... son papa est parti en septembre, en plus à la rentrée scolaire de septembre 2016. Ça a duré environ jusqu'à Pâques. »

La maman de l'entretien 12 explique que son fils attendait son père à la porte de l'appartement.

« Leur père s'absentait un week-end sur deux. Et je sais qu'à partir de 7-8 mois, le petit a commencé à se mettre devant la porte comme un chien à attendre son maître. Quand son papa partait, il ne bougeait pas de la porte du week-end quoi... Il est fort attentif aux émotions des autres, voilà, il garde tout pour soi. Il a eu beaucoup de mal... oui par rapport à son papa... Et puis voilà...voilà quoi...C'est un peu son point faible, on va dire ça comme ça. »

Les parents des entretiens 1, 12 et 14 ont noté des comportements dits de régression de leurs enfants suite à la séparation.

Entretien 12 : *« Par exemple à l'époque quand on s'est séparé, la petite était propre. Elle a fait une régression, elle n'était plus propre, mais c'était dû à ça aussi [...]. Le petit a*

été propre très tard... Il a fallu une année quasiment après. [...] Et c'est une fois qu'il a accepté la séparation entre guillemets qu'il est devenu propre. »

Les conséquences comportementales ou psychologiques ont été évoquées spontanément par beaucoup de parents, à la différence des conséquences somatiques.

3) Des conséquences somatiques

En effet, seule la maman de l'entretien 14 a remarqué des conséquences somatiques pour ses enfants en lien avec la garde alternée et leur prise en charge quand ils sont chez leur papa.

« Et aussi elle a souvent mal à la vulve. La vulve chez elle, c'est quelque chose de très très très sensible, elle a fait plein de vulvites à répétition quand elle était petite. Parce que son papa ne soignait pas du tout, ne lavait pas cette zone. Vraiment ça a été une catastrophe, et S. a été embêtée, et du coup cette zone c'est quelque chose qui lui fait très peur. »

Pour les parents des entretiens 4 et 11, il n'y a pas eu de conséquences somatiques liées à la séparation sur leurs enfants.

Les conséquences sur la santé des enfants varient donc, qu'elles soient psychologiques, somatiques ou sur le comportement. Il est intéressant de se poser la question des conséquences dans le deuxième lieu le plus fréquenté par les enfants : l'école.

4) Des conséquences dans le milieu scolaire

Dans cette partie, nous aborderons la nécessité pour les enfants de s'adapter, les conséquences sur leur travail scolaire et la comparaison avec les autres enfants.

Dans trois entretiens [3, 7 et 14], des difficultés d'adaptation à l'école ont été notées. Pour l'ainé de l'entretien 7 qui a présenté une phobie scolaire, la maman explique que les causes sont multifactorielles, mais que les violences qu'il a subies avant, pendant et après la séparation sont à prendre en considération.

La maman de l'entretien 3 raconte qu'avec le refus de soins de son ex-conjoint, son fils qui souffre de TDAH et de TOP n'est pas suivi. L'absence de traitement entraîne des conséquences à l'école sur le comportement de son fils envers ses camarades de classe.

« Parce que si vous voulez quand on va voir les adultes de l'école, de l'école primaire ou du collège et qu'on leur dit " ouais attention, notre fils se fait harceler, etcétera... " les adultes reviennent nous voir, ils nous disent on a surveillé de loin, de près, on a posé des questions, on s'est renseigné, et en fait il y a pas de harcèlement, c'est B. qui provoque ça. Et en fait, il provoque ça du fait de son TDA, parce que son TDAH n'est pas pris en charge et du coup à un moment il est incontrôlable. »

Malgré des difficultés d'adaptation possible à l'école, aucun des parents n'a évoqué une baisse de résultats en lien direct avec la séparation. On note juste deux parents, entretiens 3 et 13, expliquant qu'en garde chez l'autre parent, les devoirs ne sont pas toujours réalisés.

Enfin, le milieu scolaire permet la rencontre des enfants avec les autres et de comparer leur quotidien. L'enfant pourra alors souhaiter une structure familiale différente de la sienne qu'il idéalise comme dans l'entretien 7.

*« Maintenant, il voit quand même ses copains, il est plus, maintenant il a huit ans donc ils sont plus en contact, il va chez, dans des familles, avec des parents, des papas, des mamans qui vivent ensemble. [...] Il voit que oui, papa et maman peuvent vivre ensemble * rire * c'était super chouette et c'est vrai que ces derniers temps il m'a exprimé le manque de ça. Mais maintenant quoi. À huit ans il réalise que, c'est quand même sympa, un papa, une maman, une belle maison heu... voilà... * rire * »*

L'école c'est également un lieu d'échange, de partage d'expérience, comme pour la cadette de l'entretien 13.

« La seule chose que moi j'ai remarquée c'est que, pas L., M. À cette rentrée si, dans sa classe elle, elle est vraiment avec trois autres enfants de parents divorcés. Comme si, ça

la rassurait en fait. [...] Et c'est pour ça, vraiment le petit noyau dur de copain copine c'est que des enfants parents séparés. [...] Au début de l'année scolaire, elle était vraiment dans la comparaison. "Ah bah tiens chez T. ça se passe comme ça, chez S. ça se passe comme ça." Elle a eu un de ses petits copains dont le papa vit maintenant avec une autre femme... alors là elle a eu plein de questions à me dire " mais comment ils vont faire, et la voiture, et les chambres, et si ça nous arrivait est-ce qu'on aurait toujours notre place..." voilà. Mais heu... ben... moi j'essaie d'être le maximum à l'écoute après...voilà... ils ont leur jardin secret aussi. »

C- Des difficultés imbriquées

Nous l'avons vu, les conséquences d'une séparation pour les enfants sont multiples. Cependant, les parents le disent eux-mêmes, nous ne pouvons affirmer dans une thèse qualitative le lien de causalité entre les difficultés nommées par les parents et la séparation parentale. Prenons l'exemple de quelques situations où certaines difficultés déjà présentes avant la séparation ont pu être majorées ou perdurer après la séparation sans pour autant pouvoir confirmer un lien. On note également que les parents, notamment des entretiens, 6, 7 et 12, émettent la notion de pluri causalité dans les difficultés rencontrées.

Ainsi, la maman de l'entretien 12 raconte les difficultés pour son fils à gérer ses émotions, en expliquant le lien potentiel avec la séparation. Cependant, elle suspecte aussi qu'il soit à 'haut potentiel' et que cela joue aussi sur son comportement. La maman de l'entretien 6 évoque que les difficultés de sa fille à appréhender ses émotions sont aussi probablement en lien avec ses propres difficultés.

Nous évoquons des difficultés multifactorielles des enfants sur le plan comportemental, émotionnel, dans les situations de séparation des parents. Toutefois, il est important de noter que toutes les séparations ne semblent pas avoir de conséquence, comme le soulignent les parents des entretiens 2, 4, 10 et 11.

Entretien 11 : *« Je vous dis je n'ai même pas eu à gérer, les impacts moraux et psychiques et autres parce qu'elles ont toujours vécu comme ça. »*

De plus, et comme deux maman (entretien 9 et 11 le soulignait) peuvent également apporter une ouverture d'esprit et un gain de maturité pour les enfants. Ainsi selon la maman de l'entretien 9. *« moi je trouve qu'ils progressent beaucoup plus vite [...] on cale notre emploi du temps par rapport à eux et effectivement on leur apporte chacun un truc différent. »*

Cependant, quelles que soient les situations, quelques soient les conséquences, la dimension juridique est essentielle lors d'une séparation notamment lorsqu'il existe des conflits parentaux.

D- La séparation sur le plan juridique

L'importance du cadre juridique se retrouve dans différentes problématiques liées avec la séparation parentale : la nécessité des preuves et le recours aux JAF, le droit à l'information médicale, la protection de l'enfance, mais également la notion de mandat de protection future.

1) La nécessité des preuves

Les entretiens 5, 9, 14 et 15 ont mis en évidence la notion de preuve en cas de jugement. Ces preuves peuvent également permettre de se faire entendre par les professionnels.

Entretien 5 : *« C'est ça aussi la difficulté des parents séparés. C'est qu'en fait tout se joue sur des preuves. »*

Entretien 14 : « *J'ai vraiment appris dans cette... dans cette démarche de divorce, là ces 6 dernières années... que tout l'enjeu c'est de commencer par trouver des personnes extérieures qui croient en nous et à notre discours. Et pas juste la maman qui veut récupérer ses enfants. »*

Cette nécessité de preuve a principalement un intérêt en cas de recours aux JAF.

2) Le juge des affaires familiales

Ce recours aux JAF peut s'expliquer par différents motifs.

Ainsi, pour la maman de l'entretien 12, il est nécessaire de statuer juridiquement la situation afin de clarifier la situation et d'en faciliter la compréhension par les enfants « *Je pense que je vais mettre en place des actions, même d'un point de vue légal pour que cela soit plus claire pour eux la séparation : papa/maman. »*

Pour les mamans des entretiens 1 et 3, le recours aux juges avait pour but de favoriser la prise en charge médicale des enfants.

Entretien 1 : « *Mais après je n'ai plus eu de nouvelles. Donc il a fallu faire des recherches, il a fallu que je fasse intervenir le procureur pour la pension alimentaire [...] Donc le procureur a dit OK, je requestionne la gendarmerie pour le retrouver [...] dramatique et c'est pour ça que là je vais demander aux juges l'autorité parentale exclusive. Parce que si demain, on ne sait jamais il fait un malaise ou il doit se faire opérer, je fais quoi sans l'autorisation parentale ? »*

Le JAF peut également être questionné dans les situations de difficultés d'accès aux informations médicales des parents.

3) Le droit à l'information

En effet, c'est un exemple un peu particulier, mais qui nous paraît primordial. Le droit à l'information médicale a été évoqué principalement par le papa de l'entretien 15. Cette question peu soulevée dans les autres entretiens probablement par le fait que le parent interrogé était soit l'hébergeur principal soit qu'il s'agissait d'une transmission de l'information plus aisée. À la différence de ce papa qui n'a pas la garde de ses filles. Il n'a pas accès aux informations médicales les concernant, et ce malgré différentes démarches alors que son autorité parentale est maintenue. Les professionnels de santé demandent un jugement afin de lui transmettre les données sur leur santé ; un jugement qui nécessite du temps et qui, en attendant, laisse le père sans informations.

« Et là, en fait je me suis retrouvé face à un médecin qui... bah qui... m'a opposé... Je lui ai dit " je prends une avocate, je n'ai pas encore de jugement, mais j'ai mes droits de père, mes droits parentaux ne sont pas retirés". Et je me suis retrouvé face à un mur, où il y avait deux arrivées de compte rendu médicaux, dont je n'ai pas pu avoir accès parce qu'elle ne me connaissait pas. Elle m'a dit que c'était la première fois qu'elle avait ce genre de situation. Donc heu... Je lui ai dit, " les situations de séparation je ne pensais jamais en vivre, je pense qu'il y en a des milliers, malheureusement...". Donc elle m'a dit qu'elle allait se renseigner auprès du Conseil de l'Ordre des médecins pour savoir comment ça se passe. Bah j'ai dit " super, plus les choses sont faites de manière carrée, mieux c'est, donc d'accord". Et là en fait, elle m'a recontacté en me disant " et bah non, il n'y aura pas de transmission de documents, sauf si vous m'envoyez un jugement pour démontrer que vous avez toujours les droits parentaux ou que je viens avec les petites". »

Les motifs de recours par les parents aux JAF sont donc très variables. Il est maintenant important de s'intéresser aux rôles actifs des médecins dans une dimension juridique et notamment dans le cadre de la protection de l'enfance.

4) La protection de l'enfance

Nous l'avons vu, la séparation des parents peut nécessiter un cadre juridique à cette séparation. Le médecin joue également un rôle crucial en lien avec la dimension juridique et sociale. En effet, la mission dans le cadre de la protection de l'enfance ont été mentionnées à plusieurs reprises. Ci-dessous, nous évoquerons les situations de maltraitance, d'Informations Préoccupantes (IPP) et le suivi en milieu éducatif ouvert. Ce sont des situations peu fréquentes dans la population interrogée, mais cette mission reste primordiale.

Dans l'entretien 8, le papa explique que son ex-conjointe est partie du domicile pendant trois mois sans donner de nouvelles. Il explique que l'assistante maternelle et l'assistante sociale ont fait le choix de contacter un réseau de pédopsychiatre.

« Dans ce cas, ils se déplacent au début. Pourquoi ? Parce que maman qui part et qui ne donne pas de nouvelles. Et puis, vous l'apprenez peut-être parce que vous êtes de l'autre côté de la barrière du genre. Mais quand on est un homme seul avec deux enfants, le premier préjugé qu'on a c'est celui de la violence conjugale et celui de la violence envers les enfants. Heu... Donc heu... c'est fort désagréable... Maintenant, je peux comprendre parce que dans l'immense majorité des cas, c'est des hommes qui posent problème, et pas le reste, pas l'inverse. Néanmoins, ce n'est pas très agréable. Donc les 3-4 premiers mois ont été très difficiles, mais ça, ça me concerne moi, ça ne concerne pas vraiment les enfants. Mais heu..., quand j'ai été voir l'assistante sociale, son premier réflexe avec celle de I. Son premier réflexe a été de s'assurer que les enfants n'étaient pas en situation de maltraitance. Et c'est pour ça que les pédopsychiatres se sont déplacés. »

C'est face à cette suspicion de maltraitance que des pédopsychiatres se sont déplacés et ont évalué la situation.

La maman de l'entretien 14 nous explique que ses enfants ont fait l'objet d'une IPP, ce qui a permis une enquête et ainsi un accompagnement de la famille.

« C'est très confrontant, quand on ne sait pas pourquoi il y a eu une information préoccupante en tant que parent. On se demande merde de quoi je suis accusée. Mais ce n'est pas une accusation c'est juste une alerte. [...] Et ça, c'est un conseil que j'ai à donner aux parents, où a des enfants qui s'inquiètent pour leur frangin en se disant il y a un problème... savoir que le 119 c'est un acteur, ça va déclencher une enquête qui va déclencher machin... ça dure 6 mois il y a 4 rencontres ça ne casse pas trois pattes à un canard. »

C'est ainsi que cette maman décrit la mise en place d'un suivi en milieu éducatif ouvert à la suite de l'IPP. Elle remarque l'importance du soutien reçu par le biais de cette mesure.

Entretien 14 :

« Le suivi éducatif, c'est une mesure d'accompagnement en milieu ouvert. [...] C'est un peu comme si j'avais la chance d'avoir trouvé un consultant en parentalité qui venait à domicile, payé par l'État, et c'est quand même trop bien quand ils sont bons [...]. Et moi ça m'aide beaucoup à travailler mon positionnement. Et à trouver la juste posture avec mes gamins. [...] Et le but de cette démarche-là c'est vraiment de prendre en charge les enfants dans la dynamique de la séparation. Et de voir comment est-ce que... Ils grandissent là-dedans. Comment est-ce qu'on peut les aider ? »

5) Le mandat de protection future

Enfin, pour terminer cette dimension de cadre juridique, nous avons pu échanger avec une maman, dans l'entretien 13, autour du mandat de protection future dans le cadre de parents séparés. Son objectif est de protéger ses enfants, si jamais elle n'est plus en mesure de s'en occuper.

« Mais heu... après j'ai mis en place, le mandat de protection future, si dans l'accident de voiture que j'ai je me retrouve à l'état végétatif... Il y a des choses qui soient faites pour mes enfants et notamment... ça me paraît c'est important pour leur bien-être, mes

enfants sont très fusionnels avec mes parents, je me dis que si demain il m'arrivait quelque chose je ne suis pas sûr que lui respecterait le besoin des enfants de voir mes parents pour leur équilibre à eux. [...]. En fait, je trouve que le mandat de protection future, je... dans l'optique de les protéger psychologiquement au cas où il m'arriverait quelque chose. En me disant, enfin voilà, sur un pied d'égalité il y a papa, maman, et Papi et Mamie. Et je voulais préserver psychologiquement cette possibilité... [...] Mais voilà moi ça me paraît c'est quelque chose d'important, et je l'ai fait dans une approche médicale en fait, le mandat de protection future, bien-être psychologique. »

La nécessité pour les parents de devoir se justifier auprès des professionnels de santé est assez marquée. L'accès aux informations médicales est parfois difficile et nécessite le recours aux juges des affaires familiales. La mission de protection de l'enfance est également majeure et déterminante pour tous les professionnels gravitant autour de la famille.

L'ensemble des conséquences évoquées sur les relations parentales, familiales et sur chacun des membres de la famille explique également les organisations nécessaires à la famille pour la prise en soins des enfants.

III- Une famille en reconstruction : parcours de soins

Dans cette troisième partie, nous discuterons de l'organisation du suivi médical des enfants de parents séparés en évoquant : les particularités des documents de soins, la question de l'autorisation parentale pour les soins, l'organisation pratique de ce suivi puis l'importance du réseau de partenaires pour la prise en soins des enfants. Et enfin, nous ne pourrions terminer cette partie sur le parcours de soins sans évoquer la crise sanitaire actuelle.

A- Les documents de soins

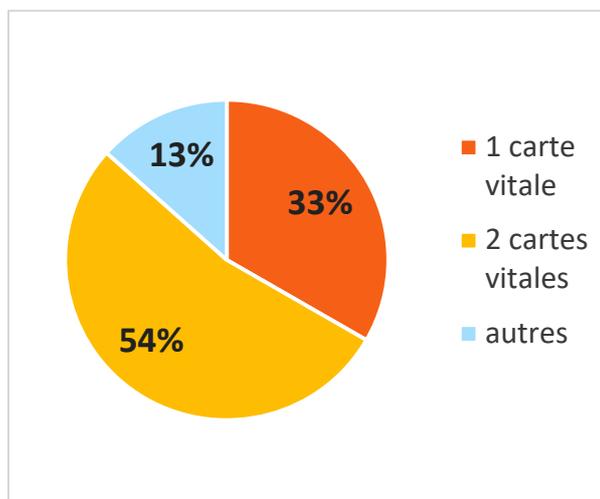
Le choix d'avoir une ou deux cartes vitales, une ou deux complémentaires est relativement variable dans la population que j'ai interrogée. Tout comme le carnet de santé, ces trois documents nécessitent une certaine organisation et adaptation pour les parents.

1) La gestion des documents de soins

Pour les personnes interrogées, on remarque que dans les gardes alternées tous les enfants sont sur les cartes vitales des deux parents (hormis les enfants de plus de 16 ans possédant leur propre carte vitale).

Sur le graphique adjacent, nous trouvons la répartition du nombre de famille avec une ou plusieurs cartes vitales.

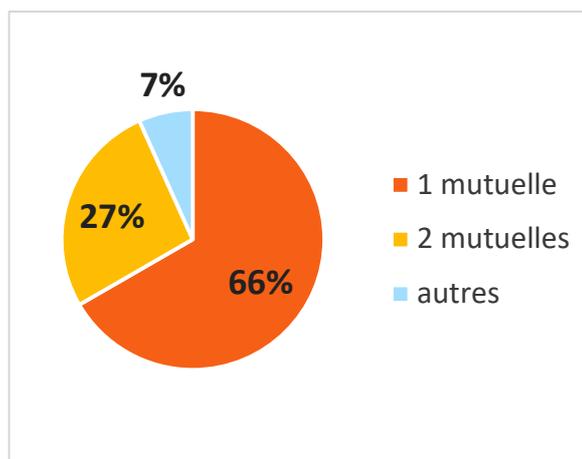
Figure 6 : Répartition du nombre de cartes vitales



La catégorie « autres » comprend : une famille dont le premier enfant est sur les deux cartes vitales et le second uniquement sur la carte de la maman ; une seconde famille, dont la maman ne sait pas si les enfants sont sur la carte de leur père.

On remarque que pour la mutuelle, il est plus fréquent d'avoir une seule mutuelle, quel que soit le type de garde. Ci-joint la répartition des familles en fonction du nombre de mutuelles sous lesquelles les enfants sont enregistrés. La catégorie « autres » correspond à deux familles pour qui nous n'avons pas les informations.

Figure 7 : Répartition du nombre de mutuelles



La question de l'organisation du carnet de santé pour les enfants de parents séparés se pose fréquemment. Et notamment, celle de savoir s'il est transmis à l'autre parent lors des changements de garde. Dans cette partie, nous ne parlerons pas des deux situations de gardes exclusives ou quasi exclusives [entretiens 1 et 15], où le carnet ne peut pas être donné à l'autre parent. Dans les autres familles, son utilisation est variable.

Dans trois situations [entretiens 6, 8 et 12] nous retrouvons que le carnet est systématiquement donné avec l'enfant lors des changements de garde. Dans la situation numéro 8, les enfants sont en garde alternée. C'est une résidence principale chez la maman pour les entretiens 6 et 12.

Dans trois familles [entretiens 2, 5 et 11], le carnet est transmis ponctuellement pendant les changements de garde. Ainsi, dans l'entretien 11, le carnet est transmis au papa sur les temps de garde des vacances, mais pas sur les week-ends. La famille de l'entretien 2 s'échange le carnet en fonction des besoins de consultations.

Le carnet de santé n'est jamais donné au second parent dans sept entretiens [3, 4, 7, 9, 10, 13 et 14]. Dans les familles 3, 4 et 13, le carnet n'est pas donné à l'autre parent, principalement parce qu'il est peu utilisé pour le suivi des enfants.

Nous avons donc vu le nombre de cartes vitales et de mutuelles pour les enfants, mais également la répartition variable du carnet de santé entre les deux parents. Des parents énoncent les difficultés en lien avec cette gestion de documents administratifs et de suivi.

2) Difficultés et solutions imaginées par les parents

Les difficultés entre les parents en lien avec les documents de soins sont variables : administratives et organisationnelles. Elles nécessitent pour des parents d'utiliser des solutions pour les contourner.

L'organisation de la couverture des soins médicaux peut poser quelques difficultés d'ordre administratif. C'est ainsi que dans l'entretien 11, ce n'est pas le parent qui a réglé les soins qui est remboursé.

C'est également, au vu des difficultés éventuelles d'organisation, que la maman de l'entretien 10 est en demande d'information et regrette le manque d'aide de la sécurité sociale pour l'organisation des différentes démarches.

Au-delà des difficultés administratives, cette organisation oblige une certaine communication entre les parents. Selon les parents, cette communication peut se dérouler de façon satisfaisante, mais parfois être plus compliquée.

Quand il n'y a qu'une seule carte vitale ou qu'une mutuelle, cela nécessite : soit qu'un des parents donne sa carte à l'autre parent, soit que celui qui a été remboursé rembourse à son tour le parent qui a payé les frais médicaux.

Chaque famille choisit son organisation en fonction des avantages ou facilités de mise en pratique. Ainsi, le fait d'avoir deux cartes vitales et deux mutuelles permet une meilleure prise en charge des soins médicaux, selon la maman de l'entretien 13.

« Pour la sécurité sociale, on les a déclarés tous les deux. Et je trouve ça super pratique [...] Donc c'est vrai que ... sur la sécurité sociale, on a chacun les enfants, ce qui permet à chacun quand il y va d'être remboursé par la sécu et par sa mutuelle. Heu... et heu... Autrement c'est pareil, on, ce qui ne va pas être pris en charge en totalité par la mutuelle, je lui renvoie les décomptes et il fait, il fait faire un remboursement par sa mutuelle le complément en fait quand c'est possible. »

La maman de l'entretien 4 souligne également l'avantage d'avoir deux mutuelles et deux cartes vitales afin de limiter les conflits parentaux. Toutefois, elle tient à nuancer ses propos. En effet, si l'avantage est que chaque tuteur puisse organiser les soins des enfants, cela signifie également qu'un parent n'a pas de regard sur ce que l'autre parent réalise comme suivi. *« D'un côté, ça permet aussi à chaque parent de faire tout et n'importe quoi... Parce que ben...avant je savais au moins pendant ces semaines, parce qu'il y a un dépassement, « écoute on divise voilà ». »*

Le carnet de santé semble fréquemment source de difficultés en termes d'organisation pour les parents. Il est ainsi souvent peu ou pas utilisé par les familles interrogées.

Entretien 4 *« Mais les carnets de santé c'est... C'est, honnêtement, hyper laborieux dans ces cas-là. Parce qu'il est chez l'un, bah il y a la visite médicale, bah c'est forcément des urgences, il faut récupérer le carnet de santé. Oui, mais l'autre il ne me parle pas, il ne me l'a pas donné, j'ai oublié de lui donner, faut le donner à l'école. Bah ouais moi je ne l'ai pas, c'est papa qui l'a, mais il était chez maman la dernière fois. On a abandonné les carnets de santé. Clairement ce n'était pas gérable. »*

Pour pallier ces difficultés organisationnelles et notamment, celle vis-à-vis du carnet de santé, deux solutions ont été évoquées. La première est celle de la maman de l'entretien 7 qui copie le carnet afin de la donner au papa. La seconde est 'le carnet de santé dématérialisé' sur

le principe d'un dossier médical partagé. En effet, plusieurs parents [notamment l'entretien 4 et 8] évoquent le souhait de voir ce type de carnet pour faciliter l'organisation.

Entretien 4 :

« Mais moi je dis, vraiment la solution, c'est quelque chose ouais... un dossier médical partagé, comme les personnes handicapées ou âgées ou voilà. Et là, le médecin tape le nom et ça lui permet de voir la dernière consultation, que ça soit chez lui ou pas chez lui. Mais qu'est-ce qu'il a eu, et pour le parent, et pour le médecin d'ailleurs. »

Les organisations entre les parents pour les documents administratifs sont très variables et demandent une communication entre eux. Le carnet de santé est difficile d'utilisation pour une majorité d'entre eux. Il ne permet pas un suivi et un échange correct des informations. Pourtant cet échange est important notamment pour les autorisations de soin.

B- Autorité parentale et consentement aux soins

Certains soins nécessitent l'autorisation parentale des deux parents, tandis que d'autres n'ont besoin que de l'accord d'un des deux. Discuter avec les parents des soins médicaux demandant ou non l'autorisation des deux tuteurs a permis de mettre en évidence leurs méconnaissances, inquiétudes et expériences à ce sujet.

1) Méconnaissances des parents et source d'inquiétude

Les connaissances des parents sont souvent imprécises, ils ne mesurent pas quels sont les actes qui nécessitent l'accord d'un ou des deux parents.

Entretien 14 : *« Après non, je ne mesure pas trop les décisions qu'il faudrait prendre si par exemple leur vie était en jeu qu'il fallait tenter un truc... je me vois mal négocier... »*

Au-delà du fait que les parents connaissent ou non les situations nécessitant l'accord des deux parents, cette notion d'autorisation parentale est une source d'inquiétude multiple pour une partie d'entre eux.

La première est la réalisation de soin sans son propre consentement parental voir contre son avis. C'est le cas de la maman dans l'entretien 4, elle s'inquiète que des soins puissent être prodigués sur ses enfants sans son autorisation. « *Je ne veux pas qu'on ... fasse recoller les oreilles à ma fille sans être au courant. Et malheureusement, j'ai l'impression que ça, ça pourrait être possible.* »

À l'inverse des parents s'inquiètent de possibles situations, où des soins ne pourraient être prodigués du fait de l'absence d'autorisation du deuxième parent.

Entretien 14 : « *Mais j'avoue que ça fait partie des choses qui me compliquent. On va arriver à des moments, où il y aura des décisions il faudra les deux signatures. Et ça va être pénible.* »

Cette nécessité d'autorisation de soin est une source importante d'inquiétude, il est intéressant de savoir si en pratique, ces situations sont fréquemment rencontrées.

2) Diversité des situations en pratique

Après avoir échangé avec les parents, nous avons pu constater de multiples situations. Si une grande majorité n'a jamais été confrontée à la nécessité d'obtenir l'accord des deux parents, il se trouve que quelques familles y ont été confrontés.

2.1) Absence de difficulté

Une majorité des parents n'a pas eu besoin d'obtenir l'accord parental des deux parents pour prodiguer des soins à leurs enfants [entretiens 2, 5, 6, 8, 9, 11 et 13].

Pour certains parents [entretiens 10, 12 et 14], la question de l'autorisation des deux s'est posée. Cependant, elle n'a pas engendré de difficulté, soit parce que les parents prennent conjointement les décisions, soit parce que, finalement, le consentement mutuel n'a pas été

nécessaire. C'est le cas, notamment pour la maman de l'entretien 14 lors de soins d'orthodontie. *« On m'a demandé deux signatures pour son dossier d'orthodontie. [...]. Parce qu'en fait l'orthodontiste, ce qu'il veut surtout, c'est être payé. Et comme c'est moi qui paye la mutuelle, c'est ma mutuelle qui prend en charge. Et quand j'ai fini l'accord de prise en charge, bizarrement on ne m'a pas demandé une deuxième signature. »*

2.2) Accès difficile aux soins

Les parents des entretiens 1, 3 et 7 ont exprimé leurs difficultés de prise en charge de leurs enfants du fait de la nécessité de l'autorisation des deux parents.

Dans l'entretien 1, la maman explique les difficultés de prise en charge de son enfant. Actuellement, l'autorité parentale est conjointe, mais elle n'a plus du tout de contact avec le papa. Son fils est suivi pour un TDAH nécessitant une prise en charge spécialisée. *« Pour le TDAH il devait aller au centre du langage d'O., sauf que là j'ai rencontré un problème il fallait l'accord du papa puisqu'il a l'autorité parentale. Sauf que je ne savais pas où il était. Le papa n'a plus donné de nouvelle, je n'arrivais pas à faire comprendre au centre du langage qu'il y avait des difficultés. »*

Elle a remarqué que *« dès que c'est du privé, j'ai moins de difficulté »*. Ainsi les soins orthodontistes et cardiologiques n'ont pas posé de problème, le suivi par le neuropédiatre hospitalier fut plus difficile. C'est parce qu'elle est infirmière avec un réseau de contacts qu'elle a pu faire suivre son enfant. *« Si je n'avais pas eu ma collègue médecin qui travaillait dans le même bureau que moi, qui m'a vue craquer, parce que j'avoue j'ai pleuré. Elle m'a dit " attends bouge pas, j'appelle mes collègues de l'hôpital et on passe directement par moi ". Du coup, c'est comme ça que j'ai réussi, parce que j'ai la chance d'être infirmière, mais je me dis, si je n'avais pas cette position-là comment je pourrais faire ? En fait, il ne pourrait pas forcément être suivi... »*

Dans l'entretien 3, la maman explique les difficultés pour faire suivre ses enfants. Pour son second fils, qui rencontre des difficultés scolaires et comportementales, son ex-conjoint a refusé les soins et traitements. La maman a dû passer par le JAF pour demander les droits exclusifs, afin que les soins médicaux soient réalisés.

Pendant l'entretien 7, la maman raconte que son enfant a avalé une médaille et qu'il devait être opéré. Le médecin anesthésiste a demandé l'autorisation du papa, ce dernier a refusé en dépit de l'enjeu expliqué par téléphone par l'anesthésiste. *« Au final l'anesthésiste a dit "je prends les... je prends la responsabilité, je l'opère quand même sans l'autorisation du papa. Écoutez, je fais sans". »*

2.3) La présence d'un tiers

De plus, l'autorisation de soin d'un ou deux parents soulève également la question d'un tiers accompagnant l'enfant et son droit sur l'autorisation des soins.

Dans l'entretien 4, la maman explique les difficultés qu'elle rencontre actuellement : une personne autre que la mère ou le père peut accompagner ses enfants en consultation voir autoriser des soins. C'est notamment le cas de la nouvelle compagne du papa de ses enfants.

Ainsi une de ses filles a été hospitalisée aux urgences et a subi différents examens avec comme accompagnatrice sa belle-mère. L'identité de l'accompagnant n'aurait pas été vérifiée par l'hôpital. Elle évoque également une consultation chez le médecin pour sa fille qui était accompagnée de sa belle-mère pour se faire vacciner contre le papillomavirus. Le médecin a refusé au dernier moment de réaliser l'injection. *« Elle a dit je ne peux pas sans l'accord des deux parents. »*

Pour pallier cette difficulté, la maman insiste sur le fait que les professionnels doivent s'assurer de l'identité des accompagnateurs des mineur(e)s.

2.4) Autorisation parentale et information

Enfin, pour autoriser un soin chez son enfant, il faut posséder toutes les informations médicales le concernant. Ainsi dans l'entretien 15, le problème du papa c'est qu'on lui demande son autorisation pour une possible prise en charge médicale de sa fille, mais sans qu'il ait accès aux informations lui permettant d'apprécier la situation.

« Mais je me suis retrouvé à batailler, pour faire prendre en compte juste une chose très simple : je veux savoir quel est l'état de santé de mes enfants. Il y a des comptes rendus médicaux qui viennent je veux me positionner au plus juste. Parce qu'il y a quand même apparemment une possible opération, pour E. »

Les connaissances relatives aux sujets du consentement parental sont souvent limitées et sujettes à de nombreuses inquiétudes. En pratique, on constate cependant que la proportion de parents ayant rencontré des difficultés est peu importante. Après avoir évoqué ces questions administratives, intéressons-nous à ce parcours de soins dans sa mise en pratique au quotidien.

C- Assurer le suivi médical des enfants : des solutions pratiques trouvées par les parents

Dans cette partie, nous allons aborder, le suivi médical au quotidien des enfants de parents séparés : la gestion du suivi, la communication des éléments entre des parents, les difficultés rencontrées, la continuité des soins et les solutions pour faciliter ce parcours.

1) L'accompagnant en consultation

La question de quel parent amène en consultation et donc organise le suivi médical est fréquente. À noter que la réponse à cette question peut évoluer au cours du temps.

On retrouve une organisation du suivi médical (quasi) exclusivement par un des parents dans plusieurs situations. Ainsi, c'est le cas des situations de garde exclusive chez l'un des deux parents, entretiens 1 et 15. C'est aussi le cas dans certaines familles avec une garde dite classique, entretiens 5, 7 et 14.

Entretien 7 : « *Bah justement c'est ça qui pose problème, il me les ramène... * rire *. Soit il me les ramène, par exemple je sais plus quand, ils avaient une angine, bah il me l'a ramené quoi hein... Il ne va pas consulter. »*

C'est aussi le cas dans certaines situations de gardes alternées, comme pour la famille de l'entretien 9 : « *C'est moi qui gère, parce que ça a toujours été moi qui gérais. »*

Pour les familles des entretiens 6, 8, 10, 11 et 12, le suivi médical est principalement organisé par un des deux parents. Mais en cas de nécessité sur son temps de garde, le deuxième parent amène également en consultation.

Les situations où le parent accompagnant l'enfant en consultation varie en fonction des besoins se retrouvent principalement dans des situations de garde alternée [entretiens, 2, 3, 4 et 13].

Particulièrement dans les situations où les deux parents participent aux suivis médicaux au quotidien, la communication entre les parents est nécessaire. Ce besoin de communication engendre-t-il des difficultés dans l'organisation du parcours de soins ?

2) Communication entre les parents concernant le suivi médical des enfants

Si comme évoqué précédemment, les parents des entretiens 2, 6, 8, 11 ont confié ne pas avoir de difficulté majeure dans la communication avec leurs ex-conjoints. Et que, la question de l'entente parentale afin de préserver les enfants apparaît dans les entretiens 9 et 13, pour d'autres parents, entretiens 1, 3, 4, 10 et 15, la communication est plus difficile.

Entretien 4 : « *Ma fille a été hospitalisée, je n'étais pas au courant [...] parce que bon faut pas espérer appeler mon ex-mari parce qu'il ne décroche pas le téléphone. Quand je lui envoie un message comme j'ai une réponse 4 jours après ... ce n'est pas... dans ce cas-là ce n'est pas super. »*

C'est ainsi que certains parents [entretiens 3, 4 et 13] ont abordé les difficultés d'organiser le suivi médical en lien avec des difficultés de communication avec leur ex-conjoint.

En effet, la maman de l'entretien 13, choisit entre deux suivis pour rester en bon terme avec son ex-conjoint : « *C'est un équilibre qui n'est pas toujours facile à trouver. Donc je me suis dit que malgré tout... Je préférerais imposer le rendez-vous psy, plutôt que d'imposer le changement de généraliste. Voilà. »*

Enfin, la maman de l'entretien numéro 3, explique la difficulté de connaître l'historique médical de son enfant.

« Là, ou ça peut vraiment être difficile, c'est que, vous, savez peut-être même pas. Parce que clairement, moi demain je vais avec ma fille chez un médecin généraliste, elle va me demander à quand remonte, je sais pas moi sa dernière otite. Je vais lui donner moi, la dernière otite qu'elle a faite chez moi. Mais je vais absolument pas être capable de lui dire s'il y a une semaine, elle a fait une otite chez son papa, quand il n'y a pas de communication. Conclusion le médecin va peut-être dire "oh bon, ça fait un bout de temps qu'elle n'en a pas eu". Si ça se trouve, elle en avait eu une la semaine d'avant. Alors là, surtout quand on est sur un suivi, beaucoup plus petit hein. »

Au-delà des difficultés de communication, l'organisation du suivi médical des enfants peut engendrer d'autres difficultés dans le quotidien.

3) Difficultés pour organiser ce suivi médical selon les parents

Les difficultés énoncées par les parents sont multiples tant sur la gestion de ce planning en solo ou que sur le plan financier. Mais, surtout ce parcours de soins génère de l'inquiétude pour bon nombre de parents.

La nécessité pour un parent d'organiser seul un suivi médical s'inscrit souvent dans une temporalité contraignante.

En effet, comme l'expliquent les mamans des entretiens 3 et 13 les parents doivent assurer le suivi sur le temps de garde, donc sur un temps restreint.

Entretien 13 : *« Alors en fait, en fait avant, j'avais 52 semaines par an pour faire le suivi. Maintenant, j'en ai plus que 25. [...] alors au début ben je calais tous les rendez-vous sur les semaines où je les avais. Sauf que quand dans la même semaine il y en a un qui a une otite que l'autre s'est fait une entorse et en même temps il y a le rendez-vous ortho... ça fait tous les soirs de la semaine pris à quelque chose. Et on arrive le jeudi soir, et les enfants sont plus à me faire un reproche parce qu'on s'est occupés d'eux parce qu'on n'a pas pu être ensemble le soir, parce que les rendez-vous étaient tard et du coup ça a été speed tous les soirs. »*

En plus du suivi médical, le parent s'occupe de l'ensemble du quotidien de l'enfant. Ainsi les parents des entretiens 8, 10, 12 et 14, expliquent les difficultés de cette gestion.

La maman de l'entretien 14 raconte qu'organiser le suivi médical lui prend beaucoup de temps.

« Ça, c'est une sacrée charge mentale je trouve. Je crois que c'est une des plus lourdes. Gérer les repas c'est prenant, mais ce n'est pas trop technique. Mais gérer les allers-retours, prendre les rendez-vous, gérer le Doctolib du truc du machin du bidule... ça, c'est insupportable. »

Pour la maman de l'entretien 12, être une maman solo signifie : consulter pour un enfant en emmenant les deux enfants, avec un regard du corps médical parfois non compréhensif.

« Un peu toute seule... avec un peu d'organisation... c'est vrai que c'est dur. Je veux dire au J. il y a un hôpital, clinique pédiatrique, moi j'habite à 30 km, mais c'est un peu compliqué quant à 2h du matin vous devez, vous avez un enfant qui est fébrile, qui convulse, bah il faut prendre l'autre aussi. Heu...il faut courir, aller à l'hôpital avec deux enfants alors qu'il y en a qu'un qui est malade... on nous accuse aussi un peu de pourquoi vous venez avec deux enfants. »

Au vu de ces difficultés de temporalité, certains rendez-vous n'ont pu être réalisés pour la famille de l'entretien 8.

« Mais le rendez-vous annuel il a ripé, parce que chez le médecin, chez le pédiatre, parce que voilà... ça, dans mon cas particulier, heu... [...] parce qu'on est tout seul avec les enfants, et même en garde alternée, ce n'est pas forcément simple de penser à tout. »

En plus des difficultés liées à une temporalité contraignante, organiser ce suivi peut engendrer des conséquences financières [entretien 7 et 11]. Dans l'entretien 11, la maman a choisi de changer de travail afin de s'occuper de ses enfants. *« Moi dans le temps je travaillais dans l'hôtellerie, et ben l'hôtellerie quand vous avez des enfants, force est de constater que ce n'est pas possible, donc maintenant je fais un métier qui me passionne un peu moins certes. Mais j'ai un métier avec des horaires qui me permettent de récupérer ma gamine à l'école. »*

Quelles que soient les différentes difficultés rencontrées, beaucoup de parents ont fait part de leurs inquiétudes vis-à-vis de ce suivi médical.

La question de savoir si le second parent consultera en cas de problème sur son temps de garde est fréquente. C'est ainsi que la maman de l'entretien 11 explique ses inquiétudes.

« S'il y a un imprévu, si elle est malade ou etcétera. J'ose espérer qu'il l'emmènera chez le toubib pendant son temps de garde. Ça n'est jamais arrivé pour le moment. [...] Parce que voilà... Après... coup de chance, ce n'est jamais arrivé, mais sur une semaine de vacances, elle n'a jamais été malade outre mesure, j'imagine qu'il le ferait, mais... je n'en ai pas la preuve. »

La maman de l'entretien 7 a également fait part de sa crainte d'une erreur médicale parce que son ex-conjoint « ne sait pas ».

« Ouais... Pour les allergies aussi, parce que le second est allergique à la pénicilline. Donc j'ai toujours peur qu'il ose, dans l'urgence, qu'il aille chez un médecin. Je n'en

sais rien, pour une urgence. Et que lui, il lui donne la pénicilline. Mais lui il n'est pas au courant. Parce que... il ne sait pas...en fait. Même si je lui dis, ça n'imprime pas. »

La séparation entraîne également la nécessité de détecter les difficultés des enfants sur un temps plus restreint. La maman de l'entretien 13 explique qu'elle doit les détecter en beaucoup moins de temps. « *En fait, ça demande énormément d'énergie, parce qu'on doit tout détecter en moitié moins de temps. »*

Enfin, cette séparation signifie également des conséquences potentielles sur les enfants, que le papa de l'entretien numéro 8, ne se sent pas toujours en capacité de repérer et de gérer.

Parmi les multiples difficultés et inquiétudes évoquées par les parents, la notion de continuité de soins a finalement été peu évoquée spontanément.

4) Continuité des soins médicaux pendant la garde partagée

Pour un médecin, la continuité des soins est un élément primordial de la prise en charge de nos patients, nous avons donc interrogé les parents à ce sujet.

On constate que la continuité des soins n'est pas toujours respectée, notamment dans les entretiens 5, 7, 10, 11, 12 et 14.

Entretien 5 :

« Une fois il a eu une blessure et ce n'est même pas ... Il est parti chez son père un week-end ou je ne sais pas, c'était sur la route de la guérison et en fait ça s'est aggravé. Ça s'est dégradé c'est devenu encore plus grave, j'ai dû repasser voir le médecin et lui expliquer. Ils n'ont tout simplement pas prodigué les soins. »

Si la continuité des soins est souvent difficile, nous constatons que pour plusieurs familles [entretiens 10, 11, 12], cette problématique est secondaire au regard de l'ensemble des difficultés rencontrées.

Entretien 11 : « *Tout ce que j'espère c'est qu'il n'oublie pas de me les ramener avec la gamine, sinon il retourne les chercher. C'est vrai qu'il y a eu des périodes à penser à la*

gamine, au cartable, aux lunettes et aux médocs. Parfois on ne pense pas à tout j'avoue... »

5) Solutions pour faciliter ce suivi médical

Pour pallier aux différentes difficultés rencontrées, dans la même idée que le carnet de santé dématérialisé, les parents [entretiens 3, 11 et 13] ont évoqué des moyens de communications en ligne : une solution qui facilite la communication et le partage d'information.

Entretien 11 : « En gros, on a une chaine WhatsApp, où on est tous les trois, où on discute des infos. Donc effectivement, quand moi je prends un rendez-vous, je le mets dessus, comme ça ils sont au courant tous les deux. Heu... donc ça nous permet tous les trois, d'informer deux personnes à chaque fois que tout le monde soit au courant en même temps. Ça ne nous empêche pas son père et moi d'avoir, de se parler en off notamment quand on a eu ou quand on va avoir un rendez-vous... ou je débrieife sur l'atmosphère. »

Les difficultés d'organisation du parcours de soins sont multiples. Dans les gardes alternées ce suivi est réalisé conjointement, dans les gardes à type de résidence principale, ce suivi est souvent réalisé par un seul des deux parents. Ces modalités impliquent des difficultés de gestion financières, de communication entre les parents et/ou de continuité des soins. Quels que soient les problèmes rencontrés, ce parcours de soins est une source d'inquiétude pour les parents et s'ajoute aux difficultés d'adaptations nécessaires après une séparation. Afin de les aider dans ce quotidien, nous interrogerons la pertinence des différents réseaux.

D- L'importance du réseau

Pour répondre aux difficultés engendrées dans le parcours de soins des enfants à la suite de la séparation des parents, nous aborderons dans cette partie l'importance pour ces familles de se sentir entourées par les différents professionnels, mais également leur entourage et les réseaux associatifs.

1) Le réseau de professionnels

Le réseau de professionnel n'est pas que médical, il concerne également les travailleurs sociaux et les établissements scolaires. Nous évoquerons plus précisément le rôle spécifique du médecin traitant dans une partie ultérieure. Elle montre le rôle de ce médecin dans le soutien des familles des parents interrogés et l'orientation vers les réseaux des différents professionnels médicaux, para médicaux, sociaux, associatifs. Dans cette partie, nous nous arrêterons sur le rôle conjoint de l'ensemble des professionnels de santé.

Dans l'entretien 8, nous discutons de la mise en place de consultations adaptées pour les enfants de parents séparés. Ce papa demande un suivi spécifique pour le repérage des difficultés des enfants, mais, également afin d'obtenir des conseils pour lui permettre d'accompagner au mieux ses enfants.

« Ce n'est pas parce qu'effectivement il y a une réalité statistique, les enfants de parents séparés sont des enfants à risque, enfin plus exposés à certains risques familiaux, on ne peut pas nier cette réalité statistique là. C'est... D'une réalité statistique, on en déduit une campagne de prévention, il faut que ça soit expliqué correctement auprès du parent, le but ce n'est pas de l'accuser, je doute, moi je n'ai pas toutes les réponses, moi ce genre de consultation si on me le dit "c'est pour vous aider vous en tant que parent, alors bien sûr on va discuter avec les enfants. Alors, un ça permet de détecter des situations anormales, mais ça permet aussi d'obtenir des informations professionnelles sur

comment les enfants grandissent et peut-être après de fournir du conseil aux parents.”

Voilà, il faut que ça soit éducatif tout bêtement. »

« Ne serait-ce que détecter en amont des situations potentiellement problématiques, plus on détecte tôt, plus on peut agir et faire de la prévention plutôt que de la réparation. Donc, ça, ça pourrait servir à ça. Donc, ça, c'est le côté bâton. Et il y a le côté carotte, moi, j'ai plein de questions. Heu, et... Je suis tout seul pour les affronter... Et, ça bah moi ça me servirait à ça. Ça ne mange pas de pain, on prend une heure devant... Un pédopsychiatre, un psychologue qui fait une consultation générale et qui en même temps prend les uns derrière les autres une dizaine de minutes heu... Et puis comme ça on peut discuter. »

Les parents des entretiens 3 et 8 ont évoqué un médiateur familial pour tout ce qui a trait à la santé de l'enfant. Un rôle finalement coordonné entre les professionnels du soin et le JAF.

En parallèle du réseau de professionnels de santé, les parents des entretiens 5, 8 et 14 notent l'importance du soutien reçu par les professionnels de l'enfance.

Entretien 8 : *« Alors l'assistante maternelle qui s'occupe de mes enfants, elle a été famille d'accueil pendant longtemps. Donc dès qu'elle est partie, moi j'ai prévenu de la situation. J'ai prévenu l'assistante sociale aussi. Parce que, je ne me sentais pas gérer ça... j'avais besoin de conseils. »*

Entretien 14 : *« Le suivi éducatif, c'est une mesure d'accompagnement en milieu ouvert [...] C'est un peu comme si j'avais la chance d'avoir trouvé un consultant en parentalité qui venait à domicile. »*

Au-delà des services sociaux et médicaux, d'autres réseaux de professionnels existent. C'est grâce à ses contacts aux tribunaux que la maman de l'entretien 1 a réussi à faire intervenir le procureur. *« Moi je travaille beaucoup avec les tribunaux, parce que je fais les dossiers avec les médecins experts pour les dossiers de mises sous tutelle. Donc j'ai encore un réseau. Donc*

le procureur a dit OK, je requestionne la gendarmerie pour le retrouver. Mais à côté de ça, je me dis que j'ai de la chance dans mon malheur. Si je n'avais pas ce réseau autour de moi, mon enfant ne serait pas soigné. Et ça, je trouve que c'est dramatique... »

Enfin, nous l'avons vu, la séparation des parents peut engendrer des difficultés à l'école. Certains parents questionnent le rôle des établissements scolaires. Les parents des entretiens 4, 8 et 7 pensent que le rôle de la médecine de l'éducation nationale est primordial dans le repérage des difficultés. Cependant, ils constatent leur démographie insuffisante pour y répondre.

*Entretien 8 : « Moi, je, je... tous les parents qui attaquent à l'école au conseil de classe, le fait qu'il n'y a pas de médecine scolaire, que l'infirmière elle n'est jamais là, enfin, à l'école à O. C'est des parents séparés, tous. * rire *. Sur un conseil d'école, ce n'est pas très représentatif, mais ça vous donne une petite idée, ceux qui ont amené ce sujet à l'école c'est les parents séparés. Est-ce que c'est corrélé je ne sais pas, par contre est-ce que... Il y a une causalité, je n'en suis pas sûre. Mais, le point de vue, il est le même, nous nos gamins on aimerait bien qu'ils puissent parler à quelqu'un en dehors de nous. Et franchement la médecine scolaire ça serait vraiment bien. »*

En parallèle de la médecine scolaire, les parents des entretiens 7 et 14 ont noté le rôle des enseignants notamment dans le repérage des difficultés scolaires ou comportementales.

Entretien 14 « Je considère que vu l'état de fragilité des enfants, les enseignants ils ont un rôle primordial, il est important qu'ils aient les clés d'un comportement des enfants dans un groupe. »

Si les réseaux de professionnels sont primordiaux, les parents ont également remarqué le rôle majeur des associations et de leur ancrage social et/ou familiale.

2) L'entourage et les réseaux associatifs

Un constat peut être fait : 11 des 15 parents [entretiens 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14 et 15] ayant accepté de participer à ces recherches ont été recrutés par le biais d'associations ou de réseaux sociaux dédiés aux parents séparés.

Entretien 10 : *« Je me suis rendu compte que je n'étais pas toute seule, qu'il y avait d'autres personnes, qui étaient dans d'autres conditions bien pires et qui... qui m'ont fait ouvrir les yeux. Et qui m'ont dit " il n'y a pas de raison, il faut aller de l'avant, regarde autour de toi, c'est ça la vie, on se prend un coup, mais... quand on est entourés, et dans des associations, on se relève...c'est quelque chose de fort. »*

Les parents des entretiens 1, 10, 12 et 13 ont également noté l'importance de leur entourage familial, amical ou social dans les suites de la séparation.

Ainsi dans l'entretien 12, la maman remarque une différence dans sa relation avec ses enfants depuis qu'elle a un nouveau compagnon. *« Oui, c'est vrai qu'en termes de parentalité, au jour d'aujourd'hui je prends plus plaisir à.... Je m'énerve moins, je suis moins stressée, logistiquement c'est mieux... déjà premier point, et deuxième point mentalement, je pense que je me repose beaucoup plus sur mon compagnon et... les deux choses mises ensemble bah voilà ça me rend une meilleure maman... plus patiente, plus présente... moins dans le... moi dans les règles quoi... »*

La notion d'un réseau autour de ces familles est probablement l'élément revenu le plus fréquemment. Les familles demandent un accompagnement coordonné de professionnels qu'ils soient : médical, social ou par le biais de l'éducation nationale, mais elles prennent appui sur les structures associatives ainsi que sur leur entourage amicale ou familiale. Nous terminerons cette partie en évoquant la pandémie de coronavirus venue perturber l'équilibre parfois fragile de ces familles et qui illustre bien les difficultés concernant le suivi médical des enfants lors d'une séparation.

E- Des difficultés majorées par le contexte sanitaire actuel

Nous avons abordé les adaptations nécessaires de la famille dans les suites d'une séparation et le rôle majeur du réseau. Pour terminer cette partie, nous nous attardons sur la situation sanitaire actuelle en lien avec l'épidémie de covid 19. Ce n'est pas à proprement parlé le sujet de ces recherches, mais spontanément ce contexte de pandémie a été évoqué par les parents. Cette dernière est venue fragiliser certaines situations. Ils nous semblaient donc importants de l'évoquer en abordant la vaccination, les enjeux des modes de gardes pendant les restrictions sanitaires et les conséquences sur les enfants.

1) La vaccination contre le COVID 19 des enfants

À noter que les entretiens se sont déroulés avant l'ouverture de la vaccination aux personnes mineures. Si la maman de l'entretien 4 s'inquiète que ses enfants soient vaccinés sans son accord, la maman de l'entretien 6 s'inquiète de ne pas obtenir l'autorisation de son ex-conjoint.

Entretien 4 : *« J'avoue je le prendrais très mal, si demain j'apprends qu'un de mes enfants a été vacciné. Pas si c'est le souhait de l'enfant. Bah maintenant on est en plein dedans, avec le covid. Mais moi là, je fais un procès au médecin, à l'hôpital, au père, à tout le monde. C'est voilà, et là on a beau dire 'mais le père a dit que vous étiez d'accord'. J'ai dit là, là on peut arriver sur des choses... Quand on parle d'un nouveau vaccin par exemple. »*

2) Organisation des modes de garde

Les différentes mesures gouvernementales de restrictions sanitaires ont complexifié le respect de la garde partagée, comme pour la famille de l'entretien 12. *« En plus avec le corona... autant avant on arrivait à gérer les Week-ends... là c'est d'autant plus difficile. »*

Ces mesures ont également pu rendre les séparations plus compliquées à comprendre pour les enfants. Selon la mère de l'entretien 13 : *« Bon et en plus, c'était au moment du covid,*

*du premier confinement, donc c'était un peu particulier. Parce que du coup, ils se retrouvaient avec un papa et une maman qui se séparaient, mais qui étaient confinés ensemble dans la même maison, donc heu... bon. * Rire *. Même si on a été très respectueux, raisonnables. Je pense que malgré tout, ils ont ressenti... ça a été sans doute un peu moins simple que si... dans le cadre d'une séparation sans covid. »*

3) Difficultés psychologiques

La maman de l'entretien 14 remarque qu'un confinement a déclenché des récurrences de difficultés de sa fille. *« Hum... il y a eu un élément déclencheur, je pense, c'est le re confinement. Il est arrivé soudainement, ce n'était pas dans son... elle qui a besoin de contrôler. On lui a dit du jour au lendemain hop école à la maison. Elle déteste l'école à la maison. Elle n'a pas un bon souvenir de la grande section à la maison. Elle a dû quitter 2 jours plus tôt, parce qu'elle était cas contact. Donc on a dû faire un test, et ça l'a littéralement traumatisée. J'ai dû la maintenir physiquement le plus doucement, mais le plus fermement possible aussi pour pas qu'elle ait mal. Du coup, elle a hurlé, j'ai l'impression que je l'ai torturée. Je pense que c'est un traumatisme important pour elle. [...]. Mais, elle a très peur de retourner à l'école, parce qu'elle a eu très peur d'être cas contact à nouveau et de devoir refaire un test. Donc je pense que la pandémie... ils sont impressionnants d'adaptation depuis des mois. »*

L'équilibre de ces familles est parfois précaire. Elles doivent constamment s'adapter afin d'organiser le suivi médical des enfants. Ce suivi est source d'inquiétude et impact l'ensemble du quotidien. L'épidémie de covid-19 vient perturber cette organisation et met en exergue l'ampleur des difficultés de ces familles.

Ces nombreux besoins de s'adapter au quotidien mettent en évidence les attentes des familles quant à la relation thérapeutique avec leur médecin.

IV- La relation médecin-enfant - parents séparés

Nous avons noté les adaptations et conséquences pour la famille d'une séparation parentale. Nous avons également évoqué les conséquences sur le parcours de soins des enfants. Ces différents éléments impactent les attentes des parents à l'égard du médecin traitant de leurs enfants. Ainsi, nous réaliserons le portrait du ou des médecins référents dans le suivi des enfants. Nous évoquerons ensuite la connaissance des docteurs vis-à-vis de la situation familiale de l'enfant. Puis nous aborderons la position du médecin au sein de cette tétrade médecin – enfant - parent 1 - parent 2. Enfin, nous terminerons par les attentes des parents envers leur médecin.

A- Portrait des médecins d'enfants de familles monoparentales

Nous aborderons les différents professionnels de santé inscrits dans le parcours de soins de santé : médecin traitant et autres professionnels.

1) Le médecin traitant

Afin de connaître ce médecin traitant, nous nous intéressons à savoir quel type de professionnel suit les enfants, puis au nombre de médecins pour un enfant et à sa dénomination par les parents.

Le suivi médical peut être principalement effectué par un médecin généraliste ou pédiatre ou les deux conjointement. À ce suivi s'ajoutent parfois d'autres professionnels de santé plus spécialisés.

Dans 8 familles, le suivi est réalisé par un généraliste [entretiens 1, 5, 6, 7, 10, 11, 13 et 14].

Concernant ces familles, dans les entretiens 5, 6, 7 et 11, un suivi par un pédiatre ou dans une Protection Maternelle Infantile (PMI) a été réalisé auparavant. La maman de l'entretien 10 souligne un arrêt du suivi du pédiatre après la séparation avec son ex-conjoint. « *Quand on s'est*

séparés, ce qui s'est passé, pour moi, c'est que c'était compliqué de les emmener chez le pédiatre, à deux c'est plus facile, et quand on est seul on s'oriente vers le médecin traitant. »

Un suivi conjoint entre un pédiatre et un généraliste concerne trois familles [entretiens 2, 3 et 4].

Enfin, quatre familles réalisent le suivi des enfants par un pédiatre seul [entretiens 8, 9, 12 et 15]. Les jumeaux de la famille 12 sont suivis par un pédiatre néonatalogue du fait de leur grande prématurité.

On peut remarquer trois situations [entretiens 1, 9 et 10], où un des parents ou un proche de la famille travaille dans le milieu médical ou paramédical. Ils expliquent que par leurs connaissances, ils ont tendance à consulter moins fréquemment, ils peuvent également demander conseil à leurs collègues.

Que le suivi soit réalisé par un pédiatre ou un généraliste, il existe un seul médecin traitant pour tous les enfants des familles interrogées, exception faite des suivis conjoints entre le généraliste et le pédiatre.

On peut tout de même nuancer ce propos, la situation de la famille de l'entretien 3, la maman n'était pas certaine du nombre de médecins traitants assurant le suivi médical de leur enfant.

Entretien 3 « *Donc je pense que du coup, oui il a pris le même médecin. Après ce n'est pas une garantie [...] il ira peut-être voir un médecin plus proche de chez lui ou quelque chose comme ça. »*

Qu'il soit médecin généraliste ou pédiatre, différents termes sont employés pour nommer ce médecin traitant, les plus fréquents sont « médecin traitant, généraliste, le médecin de famille ». On retrouve quelques particularités qui reflètent la relation du médecin avec la famille.

Entretien 4 : « *c'est mon cheval de combat actuel* ». Par cette expression, la maman insiste sur ces difficultés du suivi de soins de ses enfants. Actuellement, ils vont en consultation avec leur belle-mère (nouvelle compagne de leur père). Ce que la maman ne souhaite pas.

La maman de l'entretien 14, par son histoire médicale personnelle (un antécédent oncologique très récent), a côtoyé beaucoup de professionnels de santé. Elle insiste ainsi sur l'importance d'une relation de partenaire entre le médecin et le patient, afin de décider ensemble de la meilleure thérapeutique. Elle nomme d'ailleurs le médecin « *un partenaire, un conseiller* ». Elle parle également de son ancien médecin traitant en l'appelant « *Un monsieur charmant* ». Elle explique qu'elle a changé de médecin pour différentes raisons, mais en partie parce qu'elle ne trouvait pas l'écoute qu'elle souhaitait, mais même si elle l'appréciait beaucoup.

La maman de l'entretien 10 insiste sur l'importance que son médecin traitant a eue dans l'écoute et le soutien après la séparation avec son ex-conjoint. Une forte relation qui selon elle, a permis de développer une amitié. « *C'est mon psy* » « *c'est devenu mon amie* ».

Le papa de l'entretien 15 insiste beaucoup sur les compétences médicales du médecin via sa dénomination : « *une professionnelle, une médiatrice* ». Hormis le médecin traitant, les enfants peuvent également être suivis par d'autres professionnels souvent spécialisés dans un domaine en particulier.

2) Les autres professionnels de santé

Le suivi médical s'associe parfois à d'autres professionnels de santé comme un pneumologue pour les enfants de la famille 12 suite aux séquelles liées à leur prématurité. On peut aussi noter des neuropédiatres, des ophtalmologues ou des gynécologues selon les enfants. On remarque des suivis par des professionnels para médicaux avec le plus fréquemment des dentistes, des ergothérapeutes ou par un professionnel assurant une prise en charge psychique.

Ainsi, dans 8 des familles interrogées, des enfants ont un suivi psychologique ou ont été suivis [entretiens 1, 5, 6, 7, 8, 12, 13 et 14]. Cette prise en charge a pu être organisée soit par

des psychiatres soit par des psychologues ou également dans des centres tels que les Centres Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP).

La maman de l'entretien 14 souligne avoir mis en place un suivi directement après la séparation parentale.

« J'ai tout de suite mis en place un suivi psychologique pour nous trois. Parce que... Parce que je suis partie principalement pour des violences psychologiques, que j'ai mis du temps à identifier, mais je savais que je n'allais pas bien. Et qu'il était temps que je m'en protège et que je protège tout le monde avec. Et comme on avait quelqu'un d'instable en face, quelque part, avoir ce sas pour mes enfants, c'était aussi leur permettre de ne pas tout à avoir à gérer avec moi. »

Il faut noter qu'il n'y a pas et qu'il n'y a pas eu de suivi psychologique pour les enfants des entretiens 2, 3, 4, 9, 10, 11, 15. L'enfant de la famille de l'entretien 5 n'est pas encore suivi, mais la maman recherche un spécialiste pour débiter une prise en charge.

Qu'il s'agisse du médecin traitant, de différents spécialistes ou de professionnels paramédicaux, le fait d'être unique semble important comme le souligne le papa de l'entretien 2.

Entretien 2 : « D'accord, mais je préfère qu'il ait un médecin attitré. Je préfère l'emmener ailleurs, plus loin, que le mien si c'est pour avoir le même que d'habitude, dans le suivi médical c'est préférable. »

Il en est de même pour la maman de l'entretien 4. Si le médecin généraliste semble le même, un des parents a arrêté le suivi par un pédiatre, de plus les professionnels para médicaux consultés ne sont pas les mêmes suivant le lieu de résidence. La maman remarque que cela implique une multiplicité d'acteurs pour les enfants qui ne facilitent pas le suivi médical.

« Et puis même pour les spécialistes, parce que je pense pour les médecins, alors généraliste et spécialiste, y'a beaucoup de doublons. Nous on l'a même vu au jugement. Mon avocate a même attiré l'attention là-dessus. »

Bien que peu retrouvée dans cette thèse, selon cette maman, les multiples suivis des enfants seraient un problème fréquent chez les familles dont les parents sont séparés. *« Et comme dit, encore une fois, il y a énormément de parents qui ne parlent pas. Et du coup ouais ça fausse tout. Et oui les médecins c'est un peu le cheval de combat. Ah ouais, moi le mien il est mieux, non moi il est mieux, bah moi j'ai déménagé, bah je prends le généraliste qui est à côté de chez moi... »*

Le médecin traitant référent de l'enfant est donc unique hormis pour les suivis conjoints pédiatre-généraliste et l'entretien 3 ou l'information n'est pas connue. Plusieurs enfants sont suivis par des professions paramédicales comme les ergothérapeutes ou psychomotriciennes. On remarque que dans huit familles, des enfants ont eu ou ont un suivi psychique. Par les différentes dénominations du médecin, on évoque la relation thérapeutique de ce dernier avec ces familles et l'importance qu'il lui est accordé. Il est intéressant de savoir si dans le cadre de cette relation, ce médecin est informé de la situation familiale.

B- La transmission de l'information de la séparation au médecin traitant

Hormis, une famille [entretien 11], l'ensemble des parents ont informé le médecin traitant de la situation parentale. Cependant, les raisons conduisant à la communication de la situation de séparation varient suivant les familles.

Quatre des parents [entretiens 2, 3, 4, 5] ont informé le médecin dans l'optique de faciliter ou d'adapter le suivi des enfants.

Entretien 2 : *« je pense que ça peut être un élément [...] par rapport à l'enfant en termes de... par rapport aux propos à tenir... Ça c'est important. »*

Deux parents, entretiens 8 et 9, ont informé le médecin soit pour mettre à jour le dossier médical des enfants soit pour avoir des traces juridiques en vue d'éventuels conflits.

Entretien 9 : « *Donc heu... effectivement j'en ai quand même parlé, en me disant voilà heu... comme ça derrière, il ne me dira pas, si un jour je dois aller en jugement en disant elle a toujours refusé les soins, voilà.* »

Deux parents, entretiens 12 et 14, ont informé le médecin traitant afin de trouver un accompagnement de la famille dans le cadre de la séparation soit pour des conseils soit pour un soutien à la parentalité.

Entretien 12 : « *C'est moi qui l'ai informé, quand on s'est séparés. [...] elle m'a aidée en termes de conseils, elle m'a rassurée, etcétera.... Donc, elle sait qu'il y a cette situation. Elle me donne des conseils de comment l'affronter aussi. Comment parler aux enfants : il ne faut pas leur cacher la vérité ça ne sert à rien... [...] Donc elle me rassure* »

Entretien 14 : « *Et bah je me suis appuyé sur elle. Et elle m'a aidé à faire passer des messages à mes enfants quand ils ne se sentaient pas très bien, de l'importance de s'exprimer, de l'importance d'avoir des tiers, de la psychologue, de l'orthophoniste...quand on a ... quand on a rencontré des difficultés.* »

Trois parents, entretiens 7, 10 et 13, ont dans un premier temps informé les médecins traitants, parce qu'ils ont ressenti le besoin d'être soutenus lors de ce changement familial. On remarque l'entretien 7, dont la séparation dans un contexte de violence conjugale a nécessité un foyer d'accueil, le médecin était informé en amont de la séparation.

Dans une situation, entretien 1, c'est à la demande d'explication que le médecin a dans un premier temps été informé de la séparation des parents.

À noter également que dans l'entretien 6, on sait que le médecin a été informé, mais on n'en connaît pas les raisons. Il en est de même pour l'entretien 15, mais le papa n'ayant pas la

garde de ces filles, il ne les emmène pas en consultation, on peut donc supposer que le médecin n'a pas été informé dans l'optique d'adapter sa prise en charge des enfants.

Ainsi, dans 14 des situations, on constate que l'information a été délivrée aux praticiens soit pour des raisons médicales soit administratives soit à la demande de professionnel de soins. Cependant, dans l'entretien 11, la maman explique ne pas avoir ressenti le besoin d'informer le médecin devant l'absence de conséquences liées à la séparation. D'une manière générale, le généraliste de l'enfant est donc unique et informé de la situation, exception faite des entretiens 3 et 11. La connaissance de la modification de la structure familiale vient-elle modifier la position du médecin au sein de la famille ?

C- La tétrade médecin - parent 1 - parent 2 - enfant

Dans cette partie, nous évoquerons la place du médecin confronté malgré lui à la situation familiale. Les suivis de pédiatrie nécessitent pour le professionnel de mener une consultation à trois interlocuteurs : lui-même, l'enfant et le parent. Cette triade peut déjà complexifier la consultation. Dans la situation de parents séparés, le médecin doit s'intégrer dans une tétrade. Ces interlocuteurs sont l'enfant, un premier parent puis un second. Les deux parents n'étant pas toujours présents à la consultation ou intégrés dans le parcours de soins, le médecin se doit d'être attentifs. Cela nécessite aux médecins d'être précautionneux vis-à-vis du risque de conflit de loyauté, de l'information aux parents ainsi que dans son rôle de médecin de famille.

Un conflit de loyauté selon J.L Le Run (42) « nait lorsque deux loyautés viennent à s'opposer, à se contredire, plongeant le sujet qui en est le siège dans un dilemme : être obligé de trahir la loyauté envers une personne pour être fidèle à l'autre et vice versa. Situation où l'on se retrouve de toute façon perdant ». Cette notion a été évoquée à plusieurs reprises lors des

entretiens 5, 7, 8 et 12. Cependant, les avis des parents quant au rôle possible du médecin traitant dans ce conflit divergent.

Ainsi, le papa de l'entretien 8 souligne la nécessité pour le médecin de prudence dans son approche avec l'enfant afin de ne pas accentuer un conflit de loyauté.

« Mais je pense qu'il y a l'art et la manière de l'amener. Si vous allez voir des parents séparés et vous leur dites heu... "je veux voir les enfants seuls". Quel que soit le parent, le père comme la mère, si vous faites ça un peu... un peu... Maladroitement, et que c'est mal amené. Vous risquez de mettre le doigt dans un conflit de loyauté entre les parents, d'offrir un argument à l'un des parents pour embarquer les enfants dans un conflit de loyauté. »

À contrario, les parents des entretiens 5, 7 et 12 ont noté l'intérêt du médecin comme une personne neutre et pouvant atténuer ce conflit de loyauté.

Entretien 7 : *« l'enfant bah il n'ose pas faire du mal ni à papa, ni à maman. Heu... qu'il puisse le dire quelque part quoi... a quelqu'un de confiance »*

Le deuxième élément important dans cette tétrade pour le médecin est la transmission de l'information médicale. Tout médecin doit informer ses patients, la particularité dans une situation de séparation parentale est de savoir si le professionnel doit informer les deux parents et de quelle manière. Nous aborderons quelques exemples qui montrent les difficultés pour le médecin d'informer les parents dans ces situations.

Dans l'entretien 15, le papa explique qu'il n'y a pas de jugement pour la garde des enfants. En pratique, ils vivent en garde exclusivement chez la maman avec ponctuellement des droits de visite pour le papa. Ce dernier demande à accéder aux informations médicales concernant ses enfants. Les professionnels de santé sont en difficulté, ils ne connaissent pas la législation et craignent de ne pas respecter le secret médical.

« Mais je suis en difficulté, quand je vais contacter les professionnels qui sont à B. avec la distance, bah je me retrouve face à un mur de communication. [...]. Et là, en fait je me suis retrouvé face à un médecin qui... bah qui... m'a opposé... Je lui ai dit " je prends une avocate, je n'ai pas encore de jugement, mais j'ai mes droits de père, mes droits parentaux ne sont pas retirés". [...]. Elle m'a dit que c'était la première fois qu'elle avait ce genre de situation. [...]. Donc elle m'a dit qu'elle allait se renseigner auprès du Conseil de l'Ordre des médecins pour savoir comment ça se passe. [...] Et là en fait, elle m'a recontacté en me disant " et bah non, il n'y aura pas de transmission de documents, sauf si vous m'envoyez un jugement pour démontrer que vous avez toujours les droits parentaux ou que je viens avec les petites". »

Dans l'entretien 4, la maman souligne la possible difficulté de temps pour les médecins de devoir informer les deux parents pour toutes les situations de séparation parentale.

On a pu le constater, le médecin traitant a donc une place très singulière au sein de cette tétrade. Il peut également prendre en charge différents membres d'une même famille. Il se situe au cœur des difficultés relationnelles des parents. Comme nous l'avons vu, selon sa posture il peut influencer ces difficultés. Ces situations viennent majorer l'importance du respect du secret professionnel et sa neutralité dans le cadre de conflits familiaux.

Ainsi, dans le cas de difficulté intra familiale vis-à-vis de la séparation des parents, le médecin peut en être le témoin, voire être pris à partie comme le soulignent les parents des entretiens 7 et 15.

Entretien 7 : *« Ce n'est pas évident votre place, parce que ce qui peut se passer aussi, ça je rajouterai. C'est que le médecin généraliste peut être pris dans un conflit, enfin peut être pris dans un [...]. Heureusement, qu'il a cette casquette de voilà, « je traite*

l'enfant ». Où... C'est vraiment important pour vous, de bien être ancré, posture, de voilà " je soigne l'enfant". [...] Et moi, j'ai toujours peur de mettre le médecin en difficulté. »

Entretien 15 : « Alors comme je suis séparé forcément dès que je vais parler vis-à-vis de la mère, c'est toujours quelque chose qui fait que les professionnels se rétractent. En se disant forcément », mais il est contre la mère, parce qu'ils sont séparés. »

Ainsi, afin de ne pas être influencée par les conflits parentaux, la maman de l'entretien 13 souligne l'importance que le médecin de famille garde un rôle neutre et respecte le secret professionnel. Cette dernière a eu la sensation que son médecin a pris « partie » dans la séparation des parents et que le secret médical n'a pas été totalement respecté.

« Il n'y a que moi qui ai changé parce que je trouvais que la généraliste qui nous suivait à la base tous les quatre.... Avec la séparation... En fait, elle a essayé de ménager la chèvre et le chou et du coup... heu.... Je trouvais que dans l'accompagnement qu'elle pouvait avoir ce n'était pas idéal... Enfin, elle essayait de tempérer et l'un et l'autre. [...] J'avais cette impression que la confidentialité... n'était pas toujours respectée me concernant. »

Elle raconte également avoir fait part à sa médecin d'une possible mise en danger de ses enfants chez leur père, ces derniers lui ayant raconté avoir craint leur papa. Elle a eu la sensation, que le médecin a pris « partie », et n'a donc pas joué son rôle de surveillance auprès des enfants.

« Et là moi j'en ai parlé avec le médecin généraliste, et elle m'a dit "ah non, ça fait longtemps que je suis votre ex-mari, je sais pertinemment qu'il n'est pas capable". J'ai été très déçue de sa réaction, moi ce que je voulais c'est qu'elle soit attentive aux choses aux enfants, et en fait elle a exclu le fait que ça puisse être le cas »

Les parents réalisent que la place du médecin de famille peut être compliquée dans les situations où les parents sont séparés et surtout en présence de conflits parentaux. Selon la posture du médecin, il peut interférer dans un conflit de loyauté des enfants vis-à-vis de leurs parents. Il peut également se trouver en difficulté pour informer les deux parents. Le respect de neutralité et du secret professionnel sont donc nécessaires. Au cœur de cette tétrade, les parents expriment des attentes singulières du praticien.

D- Les attentes des parents vis-à-vis de la médecine de premiers recours

Dans cette partie nous aborderons, les attentes des parents vis-à-vis de leur médecin et ce principalement dans le cadre de la séparation. Nous évoquerons cinq thèmes : son rôle de professionnel de santé, sa posture, son adaptation à la situation familiale, son rôle juridique et son rôle dans la communication entre les différents protagonistes.

1) Un professionnel de santé

Quelles que soient les difficultés des situations familiales, le médecin reste un professionnel de santé. Ainsi la compétence du médecin est un argument présent dans plusieurs entretiens [5, 6, 7, 10, 12, 14 et 15]. La compétence comprend pour les parents, à la fois les connaissances médicales, le dépistage, la prise en charge des pathologies et l'orientation vers les différents partenaires de soins.

Le médecin doit apporter des connaissances scientifiques pour le papa de l'entretien 15.

« Donc la raison pour laquelle j'ai pris une pédiatre, c'est que voilà je veux que cette pédiatre, soit là en appui technique entre guillemets. »

La maman de l'entretien 14 souligne également, le rôle des médecins dans le suivi des pathologies somatiques des enfants, notamment dans le cadre des séparations parentales.

« Sauf que... dans certains cas c'est de la bobologie. Mais il y a aussi dans certains cas, chez des enfants, quand on est sûr de la garde alternée, et qu'il y a un manque de soins,

*des enfants qui sont un peu livrés à eux même dans les soins au corps, à l'alimentation...
Il y a des pathologies qui reviennent, et c'est important de considérer ça, comme quelque chose qui est lié. »*

Enfin, les parents des entretiens 5, 6, 10 et 12 ont noté l'importance de savoir orienter vers un réseau de professionnels médical, para médical, social, psychologique, mais également associatif.

Entretien 10 : *« Mettre en relation avec des réseaux, moi ça je pense que c'est quelque chose d'important [...] Réseau santé, centre socioculturel, les associations. Vraiment le médecin ce n'est pas qu'il a la baguette magique, mais... »*

Les compétences médicales sont primordiales, mais elles ne suffisent pas. En effet, au-delà de compétences médicales, la posture dans la relation thérapeutique est autant essentiel notamment dans cette tétrade liée à la séparation.

2) Une posture empreinte de compréhension

Au-delà des compétences médicales, les parents attendent du médecin des qualités humaines : d'écoute, de pédagogie et de conseil en parentalité.

2.1) L'écoute et la relation de confiance

L'écoute des enfants, mais également de toute la famille revient fréquemment et semble importante dans les entretiens 5, 7, 10 12 et 14. C'est dans ces mêmes familles que la notion de relation de confiance est évoquée.

Entretien 14 : *« Donc on a tous basculé sur un suivi de cette nature-là. Et à y réfléchir, je pense que j'aurai dû basculer plus tôt, il y a eu une autre écoute de mes enfants dans le divorce qu'on a traversé, qui a été beaucoup plus chouette avec la doctoresse que je vois aujourd'hui » « j'ai senti qu'il y avait de l'écoute [...] J'avais besoin d'une sensibilité plus... comment dire... plus visible. J'avais besoin que la personne me dise « j'entends c'est dur, c'est normal. »*

2.2) La pédagogie

Afin d'instaurer une relation de confiance, la pédagogie avec les parents et les enfants, semble un outil important selon les parents.

Les parents des entretiens 12, 14 et 15 attendent du professionnel de santé de pouvoir avoir accès aux informations, de comprendre, afin de prendre conjointement les décisions médicales.

Entretien 12 : *« Ils me donnent toujours les options, ils m'expliquent les pour et les contre. »*

Pour que cet échange puisse exister, le médecin ne doit pas juger les parents. C'est ainsi que le papa de l'entretien 15 remarque en parlant des professionnels de santé. *« Elles vous font la morale [...] ce n'est pas comme si, ce n'est pas comme ça. »*

La maman de l'entretien 14 insiste sur l'importance pour le médecin d'intégrer l'enfant dans les décisions diagnostiques et thérapeutiques le concernant.

« Qu'on implique plus les enfants dans leur diagnostic, qu'ils participent à leur diagnostic. Et puis qu'on les regarde quand on leur parle. »

Elle explique ainsi que l'accompagnement de son médecin n'est pas tout à fait celui qu'elle attend *« Elle prend plus le temps, encore une fois, c'est beaucoup mieux que ce que j'avais avant, ce n'est pas encore le médecin idéal avec lequel j'aimerais pouvoir avoir un accompagnement »*. Elle évoque même la *« maltraitance subie des enfants »* quand *« On parle d'eux à la troisième personne quand ils sont dans la pièce. Parce que je trouve qu'on le fait avec des enfants et qu'on le fait avec des personnes âgées. Et ça me met en colère. [...] Je pense que c'est de la maltraitance, pour les enfants, c'est de la maltraitance subie, un manque de considération. »*. Elle souhaite ainsi que le professionnel s'adresse directement à l'enfant sans utiliser les parents comme intermédiaire.

2.3) Conseil en parentalité

Quelques parents [entretiens 6, 8 et 12] souhaitent aussi des conseils dans leur fonction parentale.

Par exemple, la maman de l'entretien 6 l'explique :

« Dans la gestion du quotidien, de l'exclusivité. Il fallait que tout. » tourne autour d'elle et parce que bien... je n'ai pas su... On ne nous apprend pas ça... Les médecins ou les pédiatres devraient nous dire ça, ce genre de chose. »

Que le professionnel de santé soit compétent dans le dépistage, la prise en charge, avec des aptitudes d'écoute et de pédagogie, sont finalement des attentes qui semblent non spécifiques à la situation familiale. Cependant, l'intégration de la situation de séparation des parents dans le suivi médical des enfants est un élément important pour certaines familles, le médecin se retrouvant au cœur de cette tétrade.

3) Une adaptation à la situation familiale

Afin d'accompagner correctement ces familles, les professionnels doivent s'adapter dans l'organisation du suivi et dans la prise en charge thérapeutique. Mais, ils doivent également prendre en compte l'environnement familial et la prise en charge des parents. Ainsi, ci-dessous, quelques exemples de parents expliquant leurs difficultés à s'organiser pour réaliser le suivi médical des enfants, ils attendent que le médecin s'adapte et soit compréhensif vis-à-vis de la situation.

La maman de l'entretien 10 explique qu'elle ne peut pas toujours accompagner son enfant en consultation :

« On est divorcé : les enfants ils vont venir seuls ou avec une autre personne. "Parce qu'on ne peut pas tout le temps être là." Ainsi elle souhaite que le médecin comprenne pourquoi elle n'accompagne pas toujours ces enfants en consultation. »

Du fait de ces difficultés d'organisation, comme l'explique le papa de l'entretien 8, il souhaite un médecin plus pro-actif dans l'organisation du suivi médical.

« Mais le rendez-vous annuel il a ripé, parce que chez le médecin, chez le pédiatre parce que voilà... ça, dans mon cas particulier, heu... [...] Pour les enfants en cas de parents séparés, ça serait bien qu'il soit un tout petit peu plus réactif pour proposer par exemple un rendez-vous avec un contenu aussi adapté à la situation des enfants... Ça m'évitera la charge mentale d'y avoir à penser ».

Du fait d'être parent solo, une adaptation de la prise en charge médicale des parents ou de celle des enfants semble souhaitable selon la maman de l'entretien 7.

« Donc je suis restée hospitalisée le temps que... Ils voulaient me faire rentrer à la maison, mais comme c'était compliqué par rapport à ma vie personnelle, de gérer les deux enfants avec "restez à plat". Donc finalement, ils m'ont gardée à l'hôpital. »

De plus, comme le souligne la maman de l'entretien 12, prendre en charge un enfant signifie qu'il faut intégrer l'enfant dans son environnement et notamment son environnement familial.

« Sur le suivi qu'elle fait des enfants, ce n'est pas seulement un suivi physique. Elle est quand même beaucoup aussi... Elle fait aussi attention à l'état familial... quand je vais la voir, elle va me poser des questions par rapport à leur évolution, mais elle prend en compte tout » « Ils s'intéressent fort à la famille en globale ».

Enfin, même si cette thèse s'intéresse particulièrement aux enfants, il ne faut pas oublier la prise en charge des parents. En effet, ils ont noté dans les entretiens 7, 10, 12, 13 et 14, qu'au vu de leur situation familiale, ils ont eu besoin d'un soutien de la part de leur médecin.

Entretien 10 : *« C'est rare que... on n'intègre pas le médecin traitant sur tout ce qu'on fait. [...]. En fait, le médecin traitant il a une grande place, et cette place, il faut qu'il...qu'il assume. »*

Les situations de séparations parentales peuvent entraîner des difficultés de parcours de soins des enfants, mais également des difficultés entre les parents, d'où l'importance du cadre juridique.

4) Un rôle juridique

Comme nous avons déjà évoqué du cadre juridique liés aux séparations parentales, nous ne reviendrons que succinctement sur les rôles spécifiques du médecin traitant dans ces situations. Ces difficultés peuvent nécessiter un jugement pour statuer sur la situation parentale, d'où l'intérêt d'un dossier médical bien tenu. Elles peuvent également être source de mise en danger pour l'enfant. Ces situations mettent en exergue le rôle du médecin dans le champ de la protection de l'enfance.

Une séparation peut être source de conflit entre les parents, d'où le besoin pour des parents [entretiens 5, 9 et 14] que le médecin traitant tienne correctement le dossier médical des enfants. Ces derniers peuvent servir lors d'un jugement ou dans le cadre de la protection de l'enfant.

Entretien 5 :

« Mais par contre dans le cadre d'enfants de parents séparés, je trouve que c'est important d'avoir un dossier de suivi. Et de noter vraiment beaucoup de choses. [...]. Et qu'en fait c'est important, si demain il y a un problème et que le médecin en tant que médecin de famille, il est sollicité par la justice ou autre, qu'il puisse dire "bah vous savez moi j'ai un dossier ou je note toutes les fois où je reçois l'enfant et que la maman me dit oui il rentre des vacances de son père, la blessure elle n'a pas été soignée, elle n'a pas été traitée elle n'a pas été ramenée chez le médecin". »

Le second rôle dans le cadre juridique du médecin concerne le repérage et l'alerte en cas de mise en danger de l'enfant, selon les parents des entretiens 7, 13 et 14.

Entretien 14 : « *Et que du coup je m'en serve comme un élément de preuve, avec un courrier du médecin qui alerte ou qui, de lui-même, va saisir la PMI, qui va dire " moi j'ai un signal d'alerte, j'ai des enfants que je vois régulièrement et ça ne va pas." [...] Ça moi je pense que, je sais qu'il y a cette histoire de secret médical, mais je sais aussi que le médecin il a... il a le pouvoir de saisir la PMI, le pouvoir de saisir un juge si c'est nécessaire et de le signaler, de se rapprocher d'un psychologue, de discuter. [...] « C'est hyper important que vous sachiez comment donner l'alerte parce que dès fois ça se joue... c'est le moment de le faire tout de suite il faut être prêt à prendre son téléphone et à lancer les choses. Et quand ce n'est pas fait là après on se rend compte que, bon, finalement les enfants vont toujours bien ils sont pas morts et machin... Mais du coup, ça vient décrédibiliser l'autre parent qui du coup se bat pour les protéger. Ça expose encore les enfants à d'autres faits. »*

Afin de répondre aux attentes des parents et les adaptations nécessaires du médecin dans le parcours de soins, nous nous sommes intéressés à la communication du professionnel de santé au sein de cette tétrade avec l'ensemble des acteurs concernés.

5) Les échanges et la communication

En tant que médecin généraliste, nous sommes des professionnels de proximité ayant une approche globale de chaque patient. On ne peut prendre correctement en charge un patient en médecine de ville sans échanger avec lui. Dans les situations de parents séparés, les parents nous demande de nous adapter à cet environnement familial. Cela sous-entend-il que nous devons aborder le sujet de la séparation avec les différents protagonistes ? Comment devons-nous adapter notre communication aux deux parents afin de proposer un parcours de soins adapté ? Ces questions sur la communication avec les enfants et les parents sont au cœur de la relation thérapeutique.

5.1) Avec les enfants

Comme nous avons pu le voir, les parents attendent du médecin de repérer les difficultés psychiques et d'alerter s'il y a une mise en danger de l'enfant. Nous leur avons donc demandé s'ils souhaitent que le médecin aborde directement le sujet de la séparation avec les enfants. L'ensemble des parents se montrent favorables à ce que les médecins échangent librement avec les enfants sur la séparation.

Entretien 3 : *« Moi si, si elle va questionner mes enfants si elle va leur demander, si elle va tâter le terrain pour savoir s'ils sont un peu tristes ou mélancoliques je ne trouverai pas ça choquant de la part de mon médecin traitant. [...] Au contraire, je trouve que c'est le rôle du médecin traitant. Si ce n'est pas le médecin traitant, je ne vois pas qui posera les questions. »*

Ainsi, les parents des entretiens 8 et 12 expliquent que leur médecin prend le temps de discuter avec les enfants.

Entretien 12 : *« Normalement, les rendez-vous, quand on arrive moi je ne parle pas, elle ne me pose pas de question, elle pose des questions aux enfants. Elle voit avec eux, etcétera. Et après elle me pose des questions s'il y a besoin d'un complément d'information. Mais oui, elle écoute les enfants. C'est plus les enfants qu'elle questionne. »*

En revanche, dans les entretiens [6, 7 et 13], les parents remarquent que le médecin ne discute pas directement avec les enfants ou alors pas du sujet de la séparation parentale.

Bien que les parents soient intéressés par un échange direct entre le médecin et les enfants, les parents des entretiens 6 et 8 émettent quelques réserves. Le professionnel se doit d'amener la question de la séparation de manière ajustée afin de laisser l'enfant s'exprimer et ne pas le mettre en tension dans un conflit de loyauté.

Entretien 6 : « *Discuter directement avec les enfants oui, mais le faire subtilement et laisser le temps à l'enfant de s'exprimer. Mais... je pense qu'il faut être subtile dans la question, dans le questionnement. Demander à un enfant ou à quelqu'un comment il va, et attendre deux minutes, être capable d'écouter deux minutes, bah vous allez avoir plein d'information que vous n'aurez pas si vous posez plusieurs questions à la fois.* »

5.2) Avec les deux parents

Dans les situations de séparation, il peut arriver que la communication entre les deux parents soit inexistante ou difficile. Dans ce cas, pour certains parents, la place du médecin est primordiale, afin de favoriser la communication et l'échange d'information sur le parcours de soins des enfants.

Dans ces situations [Entretien 4, 7, 13 et 15], les parents attendent des médecins qu'ils prennent le temps d'informer les deux parents de la situation médicale de leurs enfants.

Entretien 13 : « *Après, moi je ne sais pas si on faisait des analyses pour quelque chose et que tout d'un coup il y aurait des résultats d'analyse très mauvais sur un diagnostic qui pourrait... être grave par exemple. J'aimerais qu'au-delà de la consultation avec leur papa, elle prenne le temps de m'appeler pour me dire " ben j'ai vu ce qui se passe, je veux vous expliquer avec mes mots.* »

C'est ainsi que la maman de l'entretien 7 explique que les médecins prenant en charge ces enfants ont maintenant l'habitude d'appeler le papa afin de l'informer de la situation.

Pour les mêmes raisons, au regard des difficultés de communication entre les parents, le papa de l'entretien 8, demande au médecin d'être un médiateur.

« *Ben voilà c'est les raisons pour lesquelles... moi j'ai du bon sens j'essaie d'avoir les informations, c'est la raison pour laquelle moi je prends une médiatrice, parce que je veux savoir ce qu'il en est.* »

On a pu remarquer que les parents attendent d'être informés par les médecins. Pourtant, cette transmission d'information fait souvent défaut, comme l'explique la maman dans l'entretien 4. Ainsi, elle raconte que sa fille a été vue aux urgences. La personne accompagnant sa fille était sa belle-mère. « *Je pense que, je pense que parfois, par exemple, un enfant qui est hospitalisé, ne pas poser la question, de voilà est ce qu'il ne faut pas prévenir le papa... Enfin ou la maman, voilà c'est quelque chose qui moi me...* ». On peut également ajouter que quand cette maman a appelé les urgences pour obtenir des informations on lui a répondu : « *Madame ne vous inquiétez pas, elle est avec sa maman, elle va bien* ». Dans cette situation, le personnel n'a pas vérifié la situation de l'accompagnateur de l'enfant ni exprimé la nécessité de prévenir les deux parents concernés et porteur de l'autorité parentale.

Les attentes des parents vis-à-vis de leurs médecins sont multiples, à la fois un professionnel de santé compétent, mais avec une posture permettant un accompagnement adapté et respectueux de la place de chacun. Comme dans toute relation humaine : la communication est au cœur de la relation thérapeutique avec l'ensemble des acteurs.

Discussion

Afin de répondre à notre problématique initiale, à savoir comment les parents de familles monoparentales perçoivent le suivi médical de leurs enfants par le médecin généraliste, nous discuterons dans un premier temps de la relation complexe de soin qu'une séparation entraîne avec la nécessité pour le praticien de s'adapter à une relation de soins sous forme de tétrade. Puis nous évoquerons la prise en charge de l'enfant, mais plus exactement de la prise en soins et enfin nous terminerons en évoquant le rôle primordial du réseau de partenaires. Au préalable nous vous présentons un résumé sommaire des résultats et discuterons de la méthodologie.

Contrairement à mon a priori, mise à part une famille, toutes les familles interrogées ont déclaré un seul médecin traitant. Cette disposition est en accord avec l'avis du conseil de l'ordre datant de 1996 (43) qui « estime important que même les enfants non cohabitants n'aient qu'un seul médecin traitant ». Ce dernier a d'ailleurs été informé de la situation de séparation des parents pour toutes les familles à l'exception d'une seule. La transmission de cette information peut être liée à des procédures purement administratives, mais principalement, les parents souhaitent alerter le médecin afin qu'ils prennent en compte cette information dans le suivi des enfants, mais également dans l'accompagnement des parents.

Selon les parents, les conséquences d'une séparation des parents semblent entraîner en premier lieu des difficultés d'ordre psychologique et notamment dans la gestion des émotions. Les facteurs influençant ces conséquences sont la présence éventuelle de conflits parentaux, la modification de la structure familiale, la stabilité des repères et l'âge des enfants aux moments de la séparation. L'ensemble des membres de la famille est impacté par cette situation et doit s'y adapter. Ainsi, l'organisation du parcours de soins pour une famille monoparentale révèle de multiples difficultés : organisation des rendez-vous, planning très chargé, conséquences

financières et génère de l'inquiétude pour les parents. La prise en charge d'enfant de parents séparés nécessite donc une certaine adaptation de la part des médecins.

Les parents accordent une place vraiment centrale au médecin de famille. En raison de sa position et de ses compétences, on lui demande une prise en charge des enfants avec une attention particulière sur les difficultés d'ordre psychologique. Son rôle central implique également des fonctions de transmetteur d'information. En effet, plusieurs parents étaient peu ou mal informés des particularités administratives et juridiques autour des documents administratifs, des autorisations parentales, du droit à l'information. Ainsi le médecin semblait la personne idéalement placée pour les informer sur les différentes conséquences administratives et juridiques voir de jouer un rôle de médiateur entre les parents. Il se doit d'informer les deux parents de l'état de santé des enfants soit en remplissant assidument le carnet de santé soit en prenant le temps d'informer le second parent par un autre moyen de communication.

L'intégration du médecin dans la protection de l'enfance est une donnée particulièrement importante selon certains parents : repérer et alerter des mises en danger éventuelles. Un dernier élément semblant primordial pour une grande majorité des parents est la nécessité de pouvoir prendre appui sur un réseau de professionnel ou associatif afin de les accompagner au mieux. Pour certains, le rôle du médecin est de connaître ces réseaux afin de les y orienter. Il semble au centre d'un dispositif ayant pour mission le bien être physique et psychologique de l'enfant. L'ensemble de ces rôles peut engendrer des difficultés pour le professionnel de soins. Il peut effectivement être reproché aux médecins son absence de neutralité, de respect du secret professionnel, voire son implication dans un conflit de loyauté.

I- Validité de l'étude

La validité de cette étude se discute par ses faiblesses et ses points forts.

A- Faiblesse de l'étude

Cette étude comporte quatre biais principaux que nous évoquerons succinctement.

1) Biais de sélection

L'étude comporte des biais de sélection puisque tous les participants étaient volontaires. De plus, la population a été pour une grande majorité recrutée par le biais d'associations de familles monoparentales ou de groupes de discussion de parents solos. On peut donc supposer que les parents consentants pour cette étude étaient soit investis dans le parcours médical de leurs enfants soit ayant rencontré des difficultés particulières pour ce suivi. Trois personnes ayant participé à ces recherches étaient des connaissances de connaissances. Cette position a possiblement influencé leur décision de contribuer à cette thèse. Ont-elles accepté par sympathie ? Une maman souligne que son origine alsacienne l'a incité à m'aider dans ce travail, étant moi-même interne à Strasbourg. Un parent a également informé que le nom de famille de l'enquêtrice l'a interpellé, c'est le même que celui d'un médecin qu'elle a rencontré. Cette notion a potentiellement influencé sa décision de participer à cette étude. Plusieurs personnes avaient répondu positivement à la recherche de volontaire, mais après plusieurs relances, elles n'ont pas donné suite.

La parité n'a pu être respectée au sein de cette recherche, seuls trois papas ont pu être interrogés. On peut émettre l'hypothèse que cette faible représentation masculine reflète le mode de garde des enfants le plus fréquent en France : la résidence principale chez la maman. Cependant, il aurait été intéressant de pouvoir recueillir leur point de vue.

2) Biais d'investigation

Le second biais, celui d'investigation est lié aux capacités de l'enquêtrice. En effet, c'est la première fois qu'elle réalise un travail d'enquête pour une étude qualitative, cela a pu provoquer des erreurs méthodologiques. Il en est de même pour les entretiens semi-dirigés. L'absence de formation a pu induire la manière de conduire les interviews. Certaines questions ont pu être maladroitement ou orienter certaines réponses des parents, entraînant une perte de données.

Malgré le souhait de neutralité, la façon de mener des entretiens était probablement différente pour chaque participant notamment entre les premiers et derniers. Le fait que certains parents soient des connaissances de connaissances a également pu influencer l'approche des entretiens.

3) Biais externes

La troisième faiblesse de cette étude est en lien avec les biais externes. En effet, hormis un entretien, ils se sont déroulés en visioconférence à la suite des restrictions sanitaires et la difficulté de trouver une disponibilité commune entre l'enquêtrice et les participants. Ainsi, certains ont pu être interrompus brièvement par un problème de connexion internet, l'arrivée d'un enfant, la sonnette de la maison ou la présence d'animaux aux domiciles. Le dictaphone a également pu déstabiliser certains parents et donc modifier leurs discours.

4) Biais d'interprétation

Enfin, l'analyse des verbatims est subjective, bien que le fait de retranscrire rapidement les entretiens et d'y ajouter des didascalies a permis de diminuer cette subjectivité. Elle reste néanmoins présente. Des difficultés d'encodage ont également été marquées par des discours de parents parfois contradictoires dans une même phrase ou la tendance à laisser en suspens certaines phrases.

Il n'a été réalisé de triangulation que pour l'analyse d'un seul entretien. Un double codage aurait pu diminuer les biais d'interprétation.

B- Force de l'étude

Malgré ces différentes faiblesses, trois forces sont à remarquer.

1) Le thème

Les situations d'enfants de parents séparés sont de plus en plus fréquentes. Les modes de gardes sont également très variés. Les situations en médecine générale sont donc aussi fréquentes qu'hétérogènes. Pourtant, en tant que médecin généraliste, nous ne sommes à ce jour pas formés sur l'accompagnement de ces familles. L'étude du parcours de soins des enfants séparés du point de vue des parents n'a encore été que peu explorée. Beaucoup de recherches relatent les conséquences sur la santé des enfants, peu se sont intéressées aux difficultés pratiques de ce suivi médical. Une étude belge explorant le point de vue des médecins a été retrouvée, mais aucune à ma connaissance n'a abordé celui des parents.

Ces derniers ont fait part à plusieurs reprises de leur surprise qu'un futur médecin généraliste s'intéresse à ce sujet. Ils ont également confié avoir plusieurs fois été déçus de l'accompagnement qu'ils ont reçu en médecine de ville et du manque de connaissances de certains médecins sur ces situations.

2) Le déroulement des entretiens

Les parents étaient donc surpris que des médecins généralistes s'intéressent à leur situation. Ainsi, la durée moyenne des entretiens, 57 minutes, reflète bien leur souhait d'échanger à ce sujet. C'est d'ailleurs une durée d'entretien relativement longue pour une étude qualitative. Les entretiens ont pu être riches en information.

De plus, la réassurance quant à l'anonymisation de retranscriptions et la suppression des audios a permis de rassurer certains parents vis-à-vis de l'enregistrement. Une partie des parents a également pu oublier l'enregistrement par le fait qu'ils ne voyaient pas le dictaphone en visioconférence.

3) La population

Enfin, dans une étude qualitative, le but premier n'est pas d'être représentatif. Elle recherche principalement une variation maximale, c'est-à-dire le reflet de la diversité de la population. La décision de réaliser les entretiens en visioconférence a permis d'ouvrir le recrutement des patients sur l'ensemble du territoire nationale et ainsi d'obtenir un échantillon plus hétérogène.

Maintenant que nous avons discuté de la méthodologie, nous allons pouvoir discuter des résultats. Afin de répondre à notre problématique, c'est à dire comment les parents de familles monoparentales perçoivent le suivi médical de leurs enfants par le médecin généraliste, nous évoquerons cette relation thérapeutique singulière : le médecin, l'enfant, son premier parent et le second. Ensuite, nous nous attacherons à montrer l'importance d'une prise en charge globale de l'enfant. Et enfin, nous évoquerons la nécessité pour le médecin de travailler avec un réseau de partenaires pour assurer cette prise en charge.

II- Une relation de soin complexe : de la triade à la tétrade

En effet, la séparation nous amène en tant que médecin à passer d'une relation de soins sous forme de triade : l'enfant, ses parents et le médecin ; à une tétrade : l'enfant, le médecin, le premier parent et le second. De cet enjeu majeur, le médecin doit apporter un accompagnement approprié à ces trois acteurs afin de permettre une prise en charge adaptée des enfants dans leurs parcours de soins. La question de la posture et de la neutralité du professionnel entre les différents protagonistes dans cette relation thérapeutique peut donc se poser.

A- Favoriser une information claire, loyale et appropriée aux deux parents

Cette nécessité d'informer les parents est en effet revenue fréquemment. Beaucoup ont exprimé leurs méconnaissances vis-à-vis de l'organisation du parcours de soins notamment les notions d'autorisation parentale et de réglementation autour de la délivrance de l'information médicale. Cependant, il est difficile pour nous en tant que médecin généraliste d'informer correctement les parents, n'ayant que des connaissances partielles sur ce sujet. Un papa était d'ailleurs étonné de notre absence de formation à ce sujet, au vu de la prévalence du nombre de parents séparés. Nous détaillerons quelques informations demandées : l'autorisation parentale, le consentement aux soins ainsi que le partage de l'information médicale. Informations pour lesquelles les parents souhaitent que nous soyons formés afin de pouvoir les accompagner dans ce parcours de soins.

1) L'autorité parentale et consentement aux soins

Pour informer conformément les parents, il est important de nuancer l'autorité parentale de l'autorisation parentale.

L'autorité parentale (44) est « un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant et appartenant aux deux parents. L'objectif est d'assurer la sécurité, la santé, l'éducation de l'enfant ». La séparation n'a aucune incidence sur les règles de l'exercice de l'autorité parentale. Dans certaines situations, un juge peut décider de confier l'exercice de l'autorité parentale à un seul des deux parents. Toutefois, le parent qui n'a pas l'exercice de l'autorité parentale conserve les droits et devoirs de surveiller l'entretien et l'éducation de l'enfant. À ce titre, il doit être informé des choix importants relatifs à son enfant. Ces droits ne peuvent être retirés que si un juge retire l'autorité parentale. En France, cette autorité sur les enfants mineurs est réputée conjointe (44), mais les modalités d'hébergement et les pratiques des familles sont variables. D'ailleurs, elles peuvent également s'éloigner de la décision du

jugement fait au moment de la séparation du fait de l'évolution de leur situation ou de celle de leur(s) enfant(s).

Selon la loi du 5 mars 2002 (45), lors d'une prise en charge d'un mineur, le professionnel doit obtenir l'autorisation parentale des deux parents qui ont l'autorité parentale, exception faite pour les actes dits usuels. « À l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre quand il fait seul acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant. » C'est-à-dire que pour des actes usuels en tant que médecin nous n'avons à recueillir l'accord que du parent présent pour présumer du consentement conjoint. Cependant, si l'autre parent nous a clairement indiqué son refus, nous ne pouvons assurer ces actes usuels. À titre de médecins, nous n'avons pas le droit de favoriser l'avis d'un des deux parents. Il appartient aux juges d'en décider. La difficulté majeure est que la notion d'acte usuel n'est pas définie par la loi. Elle est laissée libre à l'interprétation. On peut noter l'exemple de Maître Bogucki (46) avocate spécialiste en droit de la famille qui émet comme proposition « Les actes usuels concernent tout ce qui est bénin, quotidien, habituel. La définition médicale est particulièrement délicate compte tenu des conséquences et de la gravité du sujet. On peut a priori considérer que sont des actes usuels ceux qui n'attendent pas à son intégrité (consultation, examen ordinaire) ou ceux qui sont obligatoires (vaccinations légales). Il n'existe toutefois pas de liste donc pas de garanties. En cas de contestation par un parent, ce dernier doit saisir le tribunal et c'est un juge qui au cas par cas, déterminera s'il s'agit d'un acte usuel ou non. » Ainsi, on peut soumettre l'idée que les actes non usuels (47) concernent les actes dits lourds, dont les effets peuvent engager le devenir du malade et ayant une probabilité non négligeable de survenir (par exemple une hospitalisation prolongée, des traitements comportant des effets secondaires, actes invasifs tels qu'une anesthésie).

En pratique, dans le cas de mésentente parentale, cette notion d'acte usuel est très compliquée à appréhender. On le voit, actuellement pour la vaccination contre le covid des

enfants âgés d'au moins 12 ans. Par la loi du 5 août 2021 (48), seul un accord parental suffit. Cela signifie que ce vaccin est considéré comme un acte usuel. Pourtant, il n'est pas à proprement parlé obligatoire, il ferait donc partie des actes non usuels. Et ainsi cette vaccination nécessiterait l'accord des deux parents. On peut évoquer que la situation sanitaire oblige à des mesures particulières. Cependant, cela reste une nouvelle source de difficulté au sein des familles et pour les soignants.

Quand on évoque l'autorisation parentale dans le cadre de parent séparé, on se doit d'évoquer la présence d'un tiers en consultation, par manque de disponibilité ou par choix, l'adulte accompagnant l'enfant n'est pas toujours le titulaire de l'autorité parentale. La consultation d'un enfant seul sans son parent peut également être plus fréquente selon certaine famille. D'ailleurs, s'il nous demande de ne pas informer ses parents (49), tant que le secret de la consultation ne compromet pas gravement sa santé ou sa sécurité, nous sommes tenus du respect de confidentialité. En cas de prescription thérapeutique, une personne majeure doit cependant accompagner l'enfant. Dans ce cas, nous devons demander le statut de l'accompagnant et le noter dans le dossier.

En réfléchissant à notre pratique, en échangeant avec plusieurs autres internes et médecins, nous constatons qu'en consultation de médecine de ville, il n'est pas systématiquement demandé la nature du lien entre l'enfant et l'adulte accompagnant. Nous supposons que l'accompagnant détient l'autorité parentale, nous n'en avons pas la preuve. On présume que les parents sont informés et d'accord pour cette consultation. Toutefois, par le biais de nos résultats, on réalise à quel point les situations peuvent être conflictuelles et que l'accompagnant (autre que le parent) n'a pas toujours le consentement des deux parents. Il est probable que pour le médecin de famille connaissant la famille et son contexte, la situation est plus aisée. Cependant, particulièrement en tant qu'interne ou médecin remplaçant, ne connaissant pas la famille, on se doit de s'informer de la situation familiale. Cette connaissance du contexte est primordiale, afin

de ne pas interférer dans des conflits. C'est ainsi que nous nous sommes particulièrement intéressés aux beaux-parents. Ce sont en effet des situations relativement fréquentes en médecine de ville. Aux yeux de la loi, il n'a en principe aucun droit d'intervenir dans le quotidien (50). Le Code civil autorise deux mesures pour lui reconnaître des droits au quotidien : la délégation d'autorité parentale (51) ou la délégation partagée (52). Ces deux mesures permettent d'autoriser des actes usuels par les beaux-parents ou un autre tiers. La délégation d'autorité parentale permet de transférer tout ou en partie l'autorité parentale à un tiers. Elle n'est acceptée qu'en cas d'incapacité pour un parent d'élever son enfant pour des raisons matérielles ou son état de santé. La délégation partagée est une mesure simplifiée qui permet de partager l'autorité parentale avec un tiers (50). Les actes usuels ne sont pas définis, généralement cela comprend : amener et aller chercher l'enfant à l'école, l'inscrire à une activité extrascolaire, l'accompagner chez le médecin. Mais ces deux mesures nécessitent un accord du juge. Par leur complexité de mise en place, elles sont donc relativement peu utilisées. Pour faciliter les démarches, un projet de loi est en cours depuis 2014 (53). « Le mandat d'éducation quotidienne »⁵ permettrait les mêmes droits que la délégation partagée, mais se base sur un simple accord entre les parents devant le notaire ou non.

Que ce soit par la présence d'un tiers ou un accord mutuel entre les deux parents, plusieurs familles nous ont ainsi fait part de leurs difficultés de prise en charge au vu de

⁵ « Sans préjudice de l'article 372-2, le parent peut, avec l'accord de l'autre parent, donner un mandat d'éducation quotidienne à son concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou conjoint avec lequel il réside de façon stable pour chacun des enfants vivant avec le couple. Le mandat, rédigé par acte sous sein privé ou en la forme authentique, permet au concubin, partenaire ou conjoint d'accomplir les actes usuels de l'autorité parentale pour la durée de la vie commune. Le mandat peut être révoqué à tout moment par le mandant. Il prend fin de plein droit en cas de rupture de la vie commune, de décès du mandant ou du mandataire ou de renonciation de ce dernier à son mandat. »

problèmes d'autorisation parentale. Il est donc, de notre rôle de les informer de la loi et de leur possibilité de recourir aux JAF. Nous pouvons les informer, peut-être même préventivement, à leur annonce de la séparation des conséquences réglementaires sur l'organisation du parcours de soins des enfants que ce soit sur l'exercice de l'autorité parentale ou l'accès aux informations médicales.

2) Le partage de l'information médicale

Afin de permettre aux deux parents d'autoriser les soins, il est nécessaire que les parents connaissent les éléments relatifs à la santé de leurs enfants. Ainsi, pour terminer sur notre rôle d'informateur demandé par les parents, nous évoquerons le partage de l'information médicale. « Le mineur a le droit d'être informé, mais ce droit est exercé par les titulaires de l'autorité parentale (54) ». Un professionnel de santé se doit donc d'informer les titulaires de l'autorité parentale, mais aussi de communiquer une information adaptée à l'enfant en fonction de son âge et la maturité de l'enfant. Dans le cadre de parents séparés, il peut régulièrement n'y avoir qu'un seul des titulaires de l'autorité parentale en consultation. Le professionnel de santé doit dans ce cas expliquer au titulaire de l'autorité parentale présent la nécessité d'informer le second titulaire. Cependant comme les parents ont pu nous le signifier, cette communication peut être compliquée. En tant que médecins traitants, certains souhaiteraient que nous prenions le temps de communiquer avec les deux titulaires de l'autorité parentale. Nous comprenons cette demande. Toutefois, en pratique sur des consultations de pathologies aiguës bénignes ou de suivi de croissance sans particularité, il est illusoire que les médecins puissent avoir ce temps. Dans le cadre de pathologies lourdes ou de situation complexe, la double information faire partis fait partie de notre rôle. Dans le cas du papa [entretien 15] qui n'a pas accès aux informations médicales concernant ses filles, le pédiatre de ces dernières ne le connaît pas, on peut donc comprendre qu'il ne délivre pas spontanément les informations. Est-ce qu'il pourrait demander à la maman des enfants si le papa a toujours l'autorité parentale ? Cette investigation

pourrait sembler dépasser le cadre de notre travail et faire défaut à notre obligation de ne pas s'immiscer dans la vie personnelle de nos patients. Cependant, nous sommes aussi dans l'obligation d'informer l'ensemble des responsables légaux. Ne faudrait-il pas un moyen rapide de vérifier l'autorité parentale ? Le simple fait que le papa ait sur sa carte vitale ces deux filles ne pourrait-il pas suffire à nous permettre de l'informer ?

De ce même principe, dans le cadre de mineur, l'accès aux Dossiers Médicaux Partagés (DMP) est exercé par le titulaire de l'autorité parentale, sauf si le l'enfant s'y oppose. Les différents titulaires de l'autorité parentale ont accès au DMP des mineurs par le même mot de passe. D'ailleurs, la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (la CADA) a rappelé en 2014 (55) ces éléments. Un père a saisi cette dernière quand il s'est vu refuser par un hôpital d'avoir accès à certaines informations médicales de son fils pour lequel il était détenteur de l'autorité parentale. La CADA a rappelé par les textes du code de santé publique (56) et le Code civil (44) que seul le parent ayant été privé de son autorité parentale doit être privé du droit d'avoir accès aux informations. En effet, qu'un juge donne l'exercice de l'autorité parentale à un parent ne retire pas l'autorité parentale du second parent et donc son droit d'avoir accès aux informations médicales.

« Mon espace santé », que nous développerons plus amplement prochainement, avec sa messagerie sécurisée pourrait favoriser les échanges. On peut imaginer que comme pour le DMP, seules les personnes détenant l'autorité parentale pourraient y avoir des codes d'accès, ainsi les médecins sauraient que les interlocuteurs ont le droit d'avoir accès aux informations.

Le médecin doit donc adapter la transmission de l'informations aux familles, il doit s'adapter en fonction de leur situation. Nous verrons par la suite que cette adaptation est également nécessaire dans le parcours de soins de l'enfant.

B- Adapter le parcours de soins de l'enfant

De par cette tétrade, cette relation de soins centrée sur l'enfant engendre des difficultés d'organisation du parcours de santé au quotidien et de gestion des différents documents de santé (les cartes vitales, mutuelles et le carnet de santé). Ces difficultés nécessitent une adaptation des prises en charge des patients.

1) Adapter ce parcours de soins au quotidien

« L'adaptation à la situation familiale » a été évoquée dans tous les entretiens. Des points communs à tous les parents, mais également des spécificités à chaque famille ont été retrouvés. Sur de multiples problématiques possibles, les parents ont le besoin ou le souhait que les professionnels de santé s'ajustent aux circonstances. Comme on peut le trouver dans la Charte européenne d'éthique médicale adoptée en 2011 (57) « le médecin tient compte du cadre de vie et du travail du patient comme éléments déterminants de sa santé ». Attention tout de même, le médecin reste tenu au code de déontologie, et l'article 51 (58) n'est pas sans rappeler « le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni la vie privée de ses patients. »

L'organisation du parcours médical pour un parent solo peut s'avérer compliquée. Il peut exister une difficulté d'assumer tous les rendez-vous, tant d'un point de vue organisationnel qu'en terme de charge mentale d'autant plus, si les suivis se multiplient. Il est donc demandé aux médecins d'être indulgents si des rendez-vous n'ont pu être honorés ou bien avec retard. Il est probablement relativement aisé pour un praticien de se saisir de ces difficultés. Bien évidemment sous réserve que cette situation ne soit pas récurrente et qu'elles ne nuisent pas au bon déroulement des consultations. Toutefois si le médecin se doit de rappeler le rythme des rendez-vous, par exemple pour un nourrisson. Il semble difficile tant d'un point de vue organisationnel qu'il rappelle ces patients pour la prise de rendez-vous que d'un point de vue éthique, le patient devant rester maître de sa propre démarche de santé. « Mon espace santé »

pourrait être une modalité facilitant l'organisation du suivi pour les familles. Nous en reparlerons de manière plus approfondie ultérieurement.

Dans l'idée de s'adapter, il est également demandé au médecin d'être compréhensif sur les connaissances des parents concernant l'historique médical de leurs enfants. En effet, le parent en consultation n'est pas toujours le même. Il n'est pas forcément informé de toutes les dernières consultations, il n'a d'ailleurs possiblement pas accès au carnet de santé. Dans ces situations, nous mesurons de manière plus marquée toute l'importance d'un dossier informatisé bien complété.

Nous avons pu le constater, la continuité des soins est parfois difficile, avec des difficultés à suivre le traitement en fonction du parent hébergeur. Peut-être que pour certaines thérapeutiques nous pouvons directement adapter la prise en charge ? Prenons l'exemple du traitement d'une angine avec un test de diagnostic rapide positif : les recommandations en première intention sont l'amoxicilline per os pendant six jours (59). Est-ce qu'un traitement par azithromycine en trois jours pourrait être envisagé en fonction de la situation ? Afin d'éviter un traitement sur les temps de garde de l'autre parent avec les risques qu'il soit interrompu ou mal conduit faute d'information ou de mauvaise communication entre les parents. Cette adaptation thérapeutique est finalement quelque chose que nous réalisons déjà pour d'autres situations. Par exemple, pour une patiente atteinte d'une pathologie aigüe type pyélonéphrite ou érysipèle, elle sera plus aisément hospitalisée si elle se trouve dans une situation sanitaire et sociale précaire.

Si la séparation complexifie la prise de rendez-vous ou le suivi des soins au quotidien, les documents de santé devraient théoriquement faciliter cette prise en charge.

2) Adapter ce parcours aux documents de soins

Le parcours de soins d'un enfant et ce particulièrement d'une famille de parents séparés, s'intègre obligatoirement aux organisations nécessaires vis-à-vis de la carte vitale et de la

mutuelle, ainsi que du carnet de santé. Les parents ont besoin d'être informés sur les différentes modalités pratiques.

Les informations sur le rattachement à la sécurité sociale étaient parfois imprécises pour certains volontaires de cette étude. La loi (60,61) autorise le rattachement des enfants à la sécurité sociale de chaque parent. L'organisme qui reçoit une demande de rattachement se met en lien avec l'organisme précédant afin d'échanger toutes les informations nécessaires. Si aucune demande de rattachement n'est faite par le parent, les frais médicaux sont pris en charge pour celui qui effectue la première demande de remboursement. Si l'enfant est rattaché sur les deux, le remboursement de la part obligatoire s'effectue pour le parent qui a présenté sa carte vitale.

Pour la mutuelle, le choix est également laissé libre. S'il est choisi une seule mutuelle, cela nécessite un échange entre les parents. La part complémentaire sera remboursée par la mutuelle du parent assuré. Si c'est l'autre parent qui a payé les frais médicaux, les parents doivent s'organiser entre eux pour le remboursement. En revanche, si les enfants sont assurés sur les deux mutuelles, le remboursement se fera en priorité par la mutuelle de celui qui a assuré les frais. Si l'enfant est sur les deux mutuelles, le retour NOEMIE(62) ne pourra se faire que pour une mutuelle. Le « retour NOEMIE » ou le « retour Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants extérieurs » permet une communication entre la CPAM et les organismes complémentaires de santé (mutuelles ou assurances). Cependant, une seule mutuelle ou assurance peut être déclarée pour le retour NOEMIE. Ainsi, si un enfant a deux mutuelles, si une déclaration est faite pour la télétransmission NOEMIE. Le remboursement se fera sur celle déclarée. Ensuite, si les parents le souhaitent, ils peuvent demander à la seconde le remboursement d'un reste à charge, il faut envoyer, à chaque fois, les feuilles de soins et les décomptes de la sécurité sociale. Dans tous les cas, la somme totale des remboursements ne dépassera pas les sommes des frais engagés.

Le carnet de santé pose également souvent question dans le cadre de parents séparés. Au moment de la déclaration de naissance (63), chaque enfant en reçoit un gratuitement. La forme et son contenu sont définis par un arrêté ministériel. Il est établi au nom du nouveau-né et remis aux personnes titulaires de l'autorité parentale. La loi (64) n'oblige pas que le carnet suive l'enfant lors des changements de résidence. Cependant, elle n'est pas sans rappeler qu'il appartient à l'enfant ainsi les parents ont l'obligation de le présenter lors d'une consultation chez un médecin. En effet, ce carnet est essentiel à la bonne prise en charge des enfants et la continuité des soins. De fait, comme nous venons de le voir, le carnet doit être transmis aux parents hébergeur. L'arrêt rendu par la Cour d'appel de Lyon le 13 février 2012 (65) le rappelle « *En ce qui concerne les passeports et carnets de santé des enfants, il apparait conforme à un exercice conjoint de l'autorité parentale d'ordonner que ceux-ci soient remis par chacun des pères et mère à l'autre parent lorsque ce dernier à la charge des enfants* ». Si aucune « sanction » n'existe en cas d'absence du carnet, il est demandé aux parents de l'apporter à chaque consultation.

Il est difficile de comparer l'utilisation du carnet en fonction de la situation parentale. Comme nous l'avons vu dans ces recherches, une partie des familles monoparentales a décidé de ne plus l'utiliser du fait des difficultés organisationnelles. Cependant, c'est un outil d'information primordial qui permet un regard sur l'ensemble des suivis réalisés et une évaluation globale de la santé de l'enfant. Quand il n'est pas complété correctement, les consultations sont plus longues, elles nécessitent une recherche des informations soit par le logiciel de consultation (qui n'est pas systématiquement rempli non plus) soit par l'interrogatoire des parents.

Les résultats du rapport du Cem KA (66) évaluant le carnet de santé du point de vue des parents et des professionnels sont assez conformes à ce que nous supposions. Dans ce rapport en 2010 : 96 % des médecins déclarent le remplir pour les consultations de 0 à 2 ans. Les raisons

invoquées pour l'absence de remplissage sont les pathologies jugées non graves, avec une préférence pour le dossier informatisé qui assure la confidentialité des informations.

Si, dans les entretiens beaucoup de parents expliquent ne plus utiliser le carnet de santé de manière optimale, il faut relativiser, cela n'est pas en corrélation avec une dégradation de l'état de santé des enfants, comme le confirme la thèse de M. Le Camus (67) qui évalue le remplissage des carnets de santé de 0 à 3 ans.

Entre les médecins ne remplissant pas toujours le carnet et les parents ne l'utilisant peu, voire pas du tout, l'utilité du carnet sous sa forme actuelle peut se discuter. Ainsi, plusieurs parents ont évoqué l'idée d'un carnet dématérialisé à l'image du « Dossier médical partagé » (DMP) mis en place par le code de la sécurité sociale (68). Jusqu'à présent et ce, selon notamment l'avis du Conseil Consultatif National d'Ethique (CCNE) en 2008 (69), il n'était pas envisagé d'étendre le DMP à l'ensemble de la population. Dans le cadre du Ségur de la santé en juillet 2020 sur le développement du numérique en santé, le DMP va être substitué en 2022 par « Mon espace santé (70) ». Cet espace comprend à la fois le DMP, un agenda de santé (pour y enregistrer les rendez-vous médicaux), une messagerie sécurisée et l'accès à des applications utiles pour la santé certifiée par l'état. Il est actuellement en phase pilote dans trois départements. « Mon espace santé » devrait se généraliser à l'ensemble du territoire en 2022. Pour le moment, il est difficile d'évaluer cet outil, mais par les fonctionnalités ajoutées cela pourra peut-être permettre de répondre plus facilement aux demandes des parents. Ils auraient accès : « aux carnets de santé », des rappels pour les différents rendez-vous médicaux et également la possibilité de discuter par messagerie sécurité avec les professionnels de santé. Cet espace pourrait ainsi favoriser l'accès aux différentes informations médicales des enfants et aider à l'organisation du parcours de soins. Cependant, il reste à mon sens quelques questions : est-ce qu'il y aura un seul et même identifiant pour les deux parents ? Et si chacun possède son identifiant, est-ce que le masquage des documents pourra se faire entre eux ?

L'accès sera-t-il comme pour le DMP : accessible aux deux parents ayant l'autorité parentale même sans son exercice ?

Figure 8 : Mon espace santé : quatre fonctionnalités (71)



La demande que le médecin s'adapte pour le parcours de soins est finalement le rôle propre d'un médecin de famille. Nous devons ajuster notre pratique à chaque parcours de vie et prendre en compte la situation globale du patient. Le rôle d'informateur également préconisé par les familles est un rôle qu'on retrouve pour tous les patients. L'information doit simplement s'adapter à chaque situation. Prenons l'exemple de l'autorisation parentale, tous les parents savent-ils que le médecin est en droit de recevoir seul un enfant et de proposer une thérapeutique si un adulte l'accompagne ? C'est pourtant une information valable pour tous les enfants. De plus, être le médecin d'enfants de parents séparés ne signifie pas oublier notre rôle de docteur. Les parents l'ont bien noté, ils attendent de leur médecin les mêmes compétences et la même posture qu'avec tous les patients.

C- La posture du médecin : un numéro d'équilibriste

Selon les parents, être médecin ne se résume pas aux seules connaissances médicales. Sa posture lors de son accompagnement est également primordiale. On retrouve de nombreux points communs entre les thèses qualitatives de M. Artufel-Meiffret (72) ou celle de F. Mascré (73) interrogeant des parents sur le choix du suivi médical pour leurs enfants et les résultats de cette étude. La relation de confiance a été évoquée quasiment dans tous les entretiens de nos recherches ainsi que celle de M. Artufel-Meiffret (72). Nous retrouvons les mêmes éléments pour maintenir une relation de confiance : la communication avec les parents et les enfants semblant primordiale.

La neutralité du médecin traitant et l'adaptation à l'environnement familial ne sont pas retrouvées systématiquement dans les thèses interrogeant les parents et leurs critères de choix du médecin. Ce sont cependant deux notions fortement notées par les parents dans nos recherches.

La notion de neutralité a été évoquée à plusieurs reprises lors des entretiens. Pour certains parents, il semble que le médecin doive adapter cette posture de neutralité : la consultation permettant un moment d'échange en toute confiance pour les enfants afin de ne pas les inscrire dans un conflit de loyauté. Pour d'autres, le médecin ne semble pas garder cette neutralité. En effet, par son implication au sein de la famille, sa connaissance des différents membres, il risque de ne pas l'être, en prenant partie pour un membre de la famille ou en s'immisçant de façon inadaptée dans la situation (58). Il est vrai que nous rencontrons beaucoup de situations où nos affects sont à l'épreuve. Chaque soignant par son vécu ou son caractère peut s'attacher à certains patients, créer des liens particuliers et de manière inconsciente réaliser un contretransfert. Bien que théoriquement, la relation médecin-patient soit neutre, il s'agit toujours d'une rencontre entre deux êtres humains. Cependant, nous sommes soignants et nos affects ne devraient pas entrer en compte dans notre prise en charge et notre accompagnement. Il serait primordial de

rappeler aux parents et particulièrement lors de relations conflictuelles que nous sommes le médecin de l'ensemble de la famille sans pour autant prendre parti pour l'un de ces membres. Comme nous venons de le voir, cette posture de neutralité est parfois difficile à tenir. Les temps d'échanges et d'analyse en formation continue type les groupes Balint, sont des espaces qui permettent aux médecins de prendre le recul nécessaire afin d'analyser son attitude et sa posture.

Le médecin doit donc suivre l'enfant en tenant compte de cette relation thérapeutique singulière de tétrade, mais ce n'est pas suffisant pour adapter notre accompagnement. La séparation des parents nécessite une prise en charge bien plus large que l'acte de soigner : une prise en soin de l'enfant dans son environnement.

III- D'une prise en charge à une prise en soins de l'enfant

La prise en charge médicale d'un patient ne se résume pas à la prise en charge de pathologies. L'enfant de parents séparés en est un exemple concret. Pour les prendre en charge, le médecin doit connaître la situation afin d'ajuster cette prise en soins. Pour ce faire, il doit connaître les facteurs de fragilités influençant cette prise en soins, mais également savoir repérer et dépister les particularités de ces situations. Enfin, pour favoriser une alliance thérapeutique avec l'enfant et sa famille, nous verrons que cette prise en soins évoque la notion de « take care ».

A- Des fragilités influençant cette prise en soin

Deux éléments primordiaux sont importants à noter pour mettre en exergue la particularité de cette prise en soins. La parentalité, donc ce qui a trait au rôle de parent, majore les inquiétudes et attentes des parents dans cette prise en soins. Cette dernière peut également être fragilisée par les conséquences possibles d'une séparation sur les enfants. Pour mettre en exergue cette fragilité, nous illustrons notre propos en évoquant la crise sanitaire actuelle.

1) La parentalité

Pour évoquer le rôle d'un parent, on peut s'appuyer sur la définition de la « parentalité » validée par le Conseil national de soutien à la parentalité (74).

« La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, indépendamment de la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant. »

Ainsi, ce rôle de parent peut être extrêmement culpabilisant. Comme l'écrit le Dr P. Grandsenne dans son livre « Mon bébé en bonne santé » (75) : « Si les enfants n'ont jamais été en aussi bonne santé, leurs parents n'ont jamais été soumis à une aussi grande angoisse qu'aujourd'hui ou la moindre imperfection leur apparaît comme intolérable. » Élever un enfant en mauvaise santé, en difficulté scolaire ou ayant des troubles du comportementaux renvoie aux parents un sentiment d'échec. Dans le but « d'assurer le soin », cette notion de santé des enfants peut être extrêmement culpabilisante : un enfant en mauvaise santé donnant l'image d'un mauvais

parent. Comme le montre l'étude réalisée en 2019 sur cinq pays, dont la France, la recherche de la perfection dans le rôle de parent est source de culpabilité (76).

Cette culpabilité est souvent majorée dans le cadre de parents séparés. Les parents ont conscience qu'une séparation peut entraîner des difficultés pour leurs enfants et certains considèrent qu'ils en sont responsables. Le rôle des professionnels entourant ces familles est donc de les rassurer sur leurs fonctions parentales et de les aider dans leurs démarches. Le comité national de soutien à la parentalité (74) définit ainsi ce rôle : reconnaître le parent comme le premier éducateur, respect des places de chacun (parents et professionnels) en développant une démarche participative pour permettre aux parents d'élaborer leurs points de repère éducatifs et de les soutenir dans leurs initiatives. Le rôle des médecins s'inscrit donc dans cette dynamique tout en préservant la fonction de chacun.

Le poids de cette parentalité influence le regard et l'attitude des parents dans le rapport aux soins. Elle nécessite au praticien d'en tenir compte dans sa relation thérapeutique. Le second élément impactant la prise en soins d'enfants de parents séparés sont les conséquences possibles de la séparation sur les enfants.

2) Les conséquences de la séparation sur les enfants

Si la séparation fragilise les fonctions parentales, elle peut aussi avoir des conséquences sur la santé des enfants. Ainsi, les différents retentissements évoqués dans les entretiens sont dans l'ensemble conformes aux différentes études évoquées en introduction. Cependant, nous pouvons noter quelques particularités non évoquées en introduction.

Comme nous l'avons vu dans la partie résultat, plusieurs parents ont évoqué des difficultés de comportements de leurs enfants : troubles de l'opposition, troubles d'hyperactivité diagnostiquée, trouble dans la gestion des émotions. La séparation n'a pas été l'élément de causalité initiale, cependant, elle a pu favoriser la récurrence et la durabilité de ces

manifestations. En effet, elle peut engendrer : la perte d'une présence masculine, un changement de domicile, des modifications du quotidien ou bien des pertes de repères.

Selon le rapport du Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) (77), ce lien entre la séparation des parents et la difficulté de comportement des enfants a été étudié à de nombreuses reprises. Ce lien serait en partie dû au stress familial dans l'enfance pouvant induire une vulnérabilité aux troubles des conduites.⁶

Ainsi, les changements d'école, d'activité extrascolaire ou du quotidien pourraient induire une insécurité affective en lien avec un sentiment d'abandon, de perte de repère, d'estime de soi. Ce qui a leur tour entraîne de potentielles conséquences comme un rejet des règles de la vie scolaire, une opposition ou un désinvestissement. Selon le CESE, les effets de la séparation sont liés à la qualité de la relation parentale dans la coparentalité. Cependant, le lien entre la séparation des parents et les problèmes de comportement des enfants reste difficile à établir. On retrouve quelques études l'évoquant.

Les travaux des Glueck (81), bien que relativement anciens (1950) ont été la base de multiples recherches à ce sujet. Ils ont comparé 500 « délinquants » à 500 témoins, on retrouvait une proportion plus marquée de déménagements, logements de moins bonne qualité, situation

⁶ Troubles oppositionnels avec provocation (78) (TOP) : « *Le trouble oppositionnel avec provocation est un modèle récurrent ou persistant de comportements négatifs, provocants ou même hostiles envers les figures de l'autorité.* »

Trouble d'hyperactivité/déficit attentionnelle (79) (TDAH) : « *Le déficit de l'attention/hyperactivité est un syndrome associant inattention, hyperactivité et impulsivité. Les 3 types de déficits de l'attention/hyperactivité sont à dominante d'inattention, d'hyperactivité/impulsivité ou sont mixtes.* »

Troubles des conduites (80) (TC) : « *Le trouble des conduites est un modèle de comportement récurrent ou persistant dans lequel l'enfant bafoue les droits d'autrui ou les principales règles ou normes sociales liées à son âge.* »

économique instable, davantage de divorces et d'absence du père chez « les délinquants ». En s'appuyant sur cette étude, on peut évoquer les travaux de Farrington (81) en 1995. Ils soulignent que ce n'est pas la structure monoparentale directement en cause, mais bien les conflits, l'absence de discipline et de surveillance après cette séparation ainsi que la précarité. Selon les travaux de l'INSERM en 2017 (82) des facteurs familiaux sont notés dans le trouble des conduites des enfants. Si à court terme une séparation semble être associée à une majoration du risque de psychopathologie. D'autres études montrent que ce risque est présent avant la séparation des parents et semble plus lié aux conflits parentaux. Des recherches ont également mis en évidence des facteurs post séparation délétère notamment l'implication de l'enfant dans un conflit de loyauté. À l'inverse des facteurs protecteurs comme le remariage des parents, une bonne relation de l'enfant avec au moins un de ses parents ou une bonne intégration dans un groupe ont été remarqués. Mais fréquemment, les multiples études se contre disent. De plus, ce n'est pas un facteur de risque qui explique un TOP ou d'un TC ou d'un TDAH, c'est bien un ensemble de facteurs contextuels et individuels qui sont en causes. Leurs résultats sont donc à prendre avec parcimonie.

Un second élément noté par un seul parent est les troubles anxieux de la séparation. Pourtant au vu de certaines descriptions de comportement des enfants par d'autres parents, nous nous sommes posés la question de trouble anxieux de séparation sous-jacent. Ce trouble se caractérise par une peur intense et inappropriée de la séparation d'une figure d'attachement (83). Selon le DSM5, les critères diagnostiques nécessitent une anxiété excessive comportant au moins trois sur huit des symptômes possibles (par exemple la crainte excessive qu'un évènement vienne séparer l'enfant de ses figures d'attachement, la réticence d'aller à l'école, l'appréhension à rester seul à la maison, ou encore les cauchemars répétés autour de la séparation). Ces symptômes doivent durer au moins 4 semaines chez les enfants et entraîner

ainsi une altération du fonctionnement social, scolaire ou autre environnement et ne pas être mieux expliqués par un autre trouble psychiatrique.

Ces troubles sont normaux dans le développement avec un maximum autour de neuf à treize mois et une décroissance après l'âge de deux ans. Leur caractère pathologique vient de leur intensité et leur prolongation dans le temps. Ce qu'il est intéressant de noter c'est la symptomatologie très variée : des symptômes comportementaux (tel que des pleurs ou des agrippements), somatiques (comme des céphalées, douleurs abdominales, malaises, nausées). Des situations sont également favorables à leurs expressions : allez à l'école, se coucher, des déménagements ou toute autre rupture ou séparation avec la figure d'attachement. Les étiologies sont multifactorielles. Des éléments génétiques sont retrouvés, mais aussi psychologiques, environnementaux, familiaux (multiples, mais dont on peut citer l'attachement insécure, les désaccords parentaux sévères ou le divorce parental), les expériences de vie précoces (par exemple violence familiale), ou encore le tempérament de l'enfant.

Au vu de la variété des symptômes, il est intéressant pour le praticien d'y penser, l'enfant ne décrira pas forcément spontanément ces angoisses avec la séparation. C'est notre rôle en collaboration avec les parents d'y penser, de l'évoquer afin de mettre en place un accompagnement adapté.

Les conséquences d'une séparation des parents en fonction de l'âge des enfants ont été étudiées à plusieurs reprises. Dans l'ensemble, les parents interrogés dans ces recherches ont le sentiment que plus la séparation a lieu quand les enfants sont jeunes, moins elle a d'impact. Ce n'est pas tout à fait cohérent avec ce que nous avons pu voir en introduction. Certains auteurs préconisent que les effets sont plus importants chez de jeunes enfants, la perturbation du système d'attachement pouvant en expliquer les raisons. Mais d'autres comme dans la méta-analyse de Amato et Keith(27), insiste sur les séquelles à long terme. Différentes explications quant à ces divergences existent : échantillon non représentatif de la population ? Résultats des

études très variables ? Non détection par les parents des difficultés d'adaptation ? Finalement, en tant que médecin généraliste la question n'est peut-être pas de savoir quand les conséquences seront les plus importantes, mais de rester attentif, de les repérer et les accompagner.

Bien moins évoquées que les conséquences psychologiques et malgré les études abordées en introduction, les conséquences somatiques sont peu retrouvées dans les entretiens de cette étude. Une maman avait ainsi conscience de leur possibilité comme des troubles alimentaires, une autre a évoqué des pathologies en lien avec un manque d'hygiène et de soins, en prenant l'exemple de vulvite. Cependant, contrairement aux multiples études que l'on retrouve, dont celle évoquée en introduction, il n'y a pas de conséquence type infection ou surpoids (29–31) notés.

Quelles que soient les difficultés énoncées par les parents, c'est évidemment une analyse qualitative avec des données fournies par les parents. Il est possible que les médecins traitants de ces enfants aient des informations complémentaires intéressantes à ce sujet. Ils ont peut-être fait des liens entre des pathologies somatiques et la séparation parentale, que les parents n'ont pas faits. Ainsi, pour explorer le point de vue des médecins, il est intéressant d'évoquer une étude belge intitulée « Étude du suivi par le médecin généraliste d'enfants de parents séparés » (84). C'est une étude basée sur un focus groupe composé de médecins généralistes discutant de la prise en charge des enfants de parents séparés. Selon eux, les conséquences sur la santé de l'enfant de la séparation parentale sont multiples. Si en premier lieu, on note les conséquences psychologiques et comportementales. En second lieu, on remarque les problèmes liés à la santé physique (comme les récurrences de maladie courante ou les difficultés de contrôle des pathologies chroniques) puis des troubles somatoformes et difficultés scolaires. Ses conséquences semblent en lien avec les conflits opposant les deux parents. Cette étude nous

rappelle que même si les parents n'évoquent pas de conséquences somatiques, les professionnels de santé doivent y rester vigilants.

Comme nous venons de le voir les séparations viennent fragiliser les familles monoparentales tant pour les parents dans leur fonction parentale que du point de vue de la santé des enfants. La crise sanitaire met exergue cette double complexité.

3) L'épidémie sars cov2

La pandémie actuelle montre bien la nécessité pour les familles, mais également pour les médecins d'adapter la prise en charge des enfants. En effet, bien que les conséquences de l'épidémie pour les familles monoparentales n'étaient pas le sujet de ces recherches, au vu des remarques des parents et de la situation sanitaire, il est difficile de ne pas l'évoquer.

Au-delà de la vaccination évoquée précédemment, les parents ont dû s'adapter aux différentes mesures gouvernementales avec comme question principale de l'organisation des droits de visite et les hébergements. Selon le communiqué de presse du ministère de la Justice du 2 avril 2020 : « *Pendant la période de confinement, le droit de visite et d'hébergement des enfants continu de s'appliquer. Les enfants doivent donc en principe se rendre chez l'autre parent selon les modalités prévues par la décision de justice.* ». Lors de la période de confinement ou de restrictions du couvre-feu, il était nécessaire pour les parents de se munir d'une attestation avec pour motif « déplacements pour motif familial impérieux pour l'assistance aux personnels vulnérables ou la garde d'enfant ». Il était également conseillé selon certains juristes de posséder le jugement et la convention précisant la résidence des enfants (85). Cependant si l'on en croit les multiples blogs de discussion pour familles monoparentales, le vécu de l'épidémie du cov2 et des interdictions sanitaires ont été difficiles. Beaucoup de questions ont été soulevées, les problèmes d'exercice du droit de garde, la suspension des visites médiatisées, la complication des procédures de divorce ou bien encore les réunions parent-professeur n'acceptant qu'un seul accompagnateur.

Il a été demandé aux parents de favoriser les échanges pour le bien-être des enfants. On leur a donc demandé pour « être de bon parent » de favoriser les échanges entre eux. On leur a, à nouveau rappelé cette culpabilité d'être de mauvais parents. L'épidémie du covid 19 et les restrictions sanitaires ont ouvert de multiples débats sur les libertés, les droits, les devoirs, mais également sur l'organisation au quotidien d'une famille monoparentale.

De nombreux articles évoquent les conséquences psychologiques sur les enfants en lien avec la pandémie. Il est encore compliqué d'émettre des liens entre cette épidémie et la santé des enfants de parents séparés. On peut quand même déjà noter quelques remarques. Ainsi, selon l'enquête nationale Sapris Elfe/Epipage 2 (86) décrivant le quotidien de pré adolescents de 8-9 ans, pendant le confinement, 13 % ont montré des difficultés socio-émotionnelles comme l'isolement, l'anxiété, des problèmes de concentration, l'impulsivité. Cette proportion représente 27 % des enfants vivant avec un seul des parents, et 8 % pour ceux en gardes alternées. Il sera intéressant d'évaluer les impacts sur des études à plus grande échelle et sur des critères axés pour les familles monoparentales.

Cette crise sanitaire reflète les fragilités des familles monoparentales et vient renforcer la nécessité du médecin à se situer dans une démarche de dépistage et de repérage des problématiques de soins de ces familles.

B- Le dépistage et le repérage

Une séparation nécessite d'adapter le parcours de soins, elle peut également impacter la santé et le bien être l'enfant de multiples façons. En tant que médecin, et ce quel que soit la situation familiale, notre rôle est de savoir dépister et repérer les difficultés des enfants. Ce rôle semble d'autant plus important dans le cadre de situation de séparation parentale. Nous ne reviendrons pas sur les différentes problématiques de soins des enfants évoqués dans le cadre d'une séparation des parents. Nous nous attacherons plus particulièrement dans cette partie aux repérages des enfants en danger. Afin de pouvoir repérer ces difficultés, il est essentiel de replacer l'enfant au cœur des soins.

1) Repérage dans un cadre juridique

Toute action du médecin s'inscrit dans un cadre juridique. De par sa proximité, le médecin se doit de rester dans une démarche de prévention, de dépistage et d'alerte en cas de mise en danger d'un enfant. La rédaction de certificat afin d'aider nos patients nous incombe également.

1.1) La rédaction de certificat

Afin d'accompagner les parents dans le cadre juridique d'une séparation, la rédaction de certificat peut être importante. Pour rappel, selon le code de la santé publique et l'article R. 4127-76 (87) : « L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et datée, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci ».

Plusieurs parents ont évoqué avoir demandé des certificats (ou regretter de ne pas en avoir demandé) afin de faire constater par un médecin différents éléments : pathologie ou accident. C'est souvent une crainte, pour un praticien, d'être confronté à ce type de demande. En effet, la prudence est requise pour la rédaction de certificat (88), plus de 20 % des plaintes enregistrées auprès des chambres disciplinaires de première instance concernent des certificats médicaux. On peut prendre l'exemple de la décision du Conseil d'État du 26 mai 2010 (89), un médecin s'est vu recevoir un blâme à la suite de la production d'un certificat. Ce dernier mettait en lien les troubles psychosomatiques d'un enfant avec des difficultés relationnelles avec le père. Il prescrivait que l'enfant ne se rende pas chez son paternel pendant un mois. L'appel a été refusé au vu des articles rappelant que : la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite et qu'un médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de familles ni dans la vie privée des patients.

La délivrance de certificat est chose fréquente en consultation de médecine générale. On nous rappelle régulièrement au cours de notre formation que la rédaction d'un certificat engendre notre responsabilité et qu'il existe une réglementation dans le code de déontologie sur sa rédaction. Des conseils de rédactions sont également disponibles sur le site du Conseil national de l'ordre des médecins (88). Expliquer aux familles les obligations vis-à-vis d'un certificat est une possibilité pour s'aider à y répondre, se renseigner directement auprès du conseil de l'ordre peut également aider.

Les certificats demandés par les parents sont principalement demandés pour deux raisons : le recours aux JAF (pour la séparation et le droit de garde des enfants) et, pour servir de preuve dans le cadre de la protection de l'enfance.

1.2) La protection de l'enfance

Le rôle de repérage et d'alerte en cas de mise en danger de l'enfant semble primordial pour certains parents de ces recherches. Les différents codes (pénal, action sociale et des familles, civiles ou déontologiques) ne sont pas sans le rappeler. On note particulièrement le code de déontologie, article R.4127 (90) :

« Le médecin doit **être le défenseur de l'enfant** lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »

« Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations. Il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui ne sont pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, **il alerte les autorités judiciaires ou administratives**, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience. »

Ainsi le rôle du médecin débute par le repérage des enfants en danger puis par la coordination avec les professionnels de la protection de l'enfance afin de pouvoir alerter sur les situations. Afin d'aider les médecins, la HAS a réalisé une « fiche mémo : Maltraitance chez l'enfant repérage et conduite à tenir » (91). Elle rappelle ainsi les différents éléments : de la situation, de l'anamnèse, les signes physiques et somatiques, les comportements ou encore les éléments de l'examen qui doivent alerter le praticien.

Il est intéressant de noter différentes études portant sur la connaissance des médecins généralistes concernant le champ de la protection de l'enfance. On constate qu'elles sont souvent très imprécises et que la mise en pratique est difficile. Prenons l'exemple de la thèse de A. Dauche (92). Elle interroge par questionnaire 180 médecins généralistes sur les connaissances théoriques au sujet de la protection de l'enfance (avec une note sur 20) ainsi que

sur leurs pratiques et leurs attentes. La moyenne de 9,5/20 montre bien les connaissances imprécises de ces médecins. Environ, la moitié avaient rencontré des situations. Seule la moitié avaient transmis aux autorités compétentes, et ce pour plusieurs raisons : manque de temps ou de formation, lourdeur administrative, peur de se tromper, des représailles ou de nuire. Les médecins demandaient également un retour d'information sur le devenir de leur action, un conseil téléphonique rapide, ou encore une amélioration de leur formation.

En pratique l'alerte aux services de protection de l'enfance, dépend du degré d'urgence de la situation.

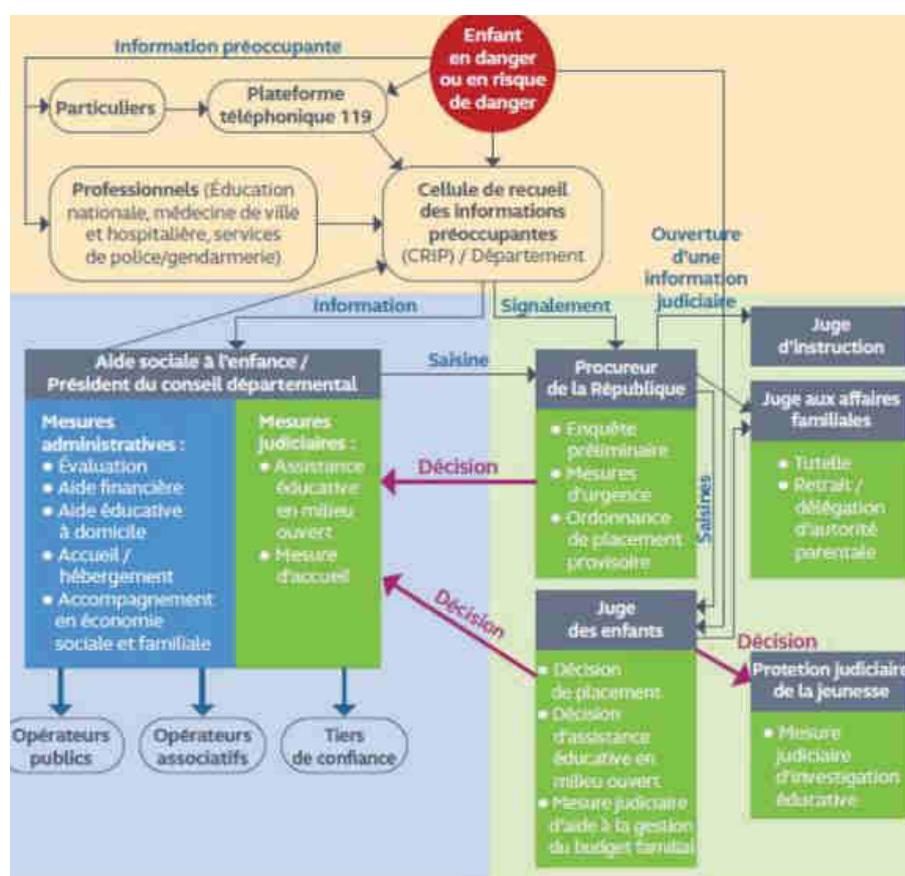
En situation d'urgence, c'est par un signalement au procureur de la République que nous devons protéger les enfants et ce 24 h/24 par téléphone, courrier ou tout autre moyen de communication. Une situation urgente comprend les situations avec un risque médical important voir vital, une nécessité de mise à l'abri rapide de l'enfant ou une situation touchant un nourrisson. Il est également possible dans ces situations d'adresser aux urgences pédiatriques la famille, tout en appelant les urgences et en les prévenant de la situation. Dans les deux cas, nous devons informer la famille de nos inquiétudes. Adresser aux urgences est une solution peut être plus facile à mettre en place en tant que médecin de ville, cela nous permet de nous sentir moins seuls dans la prise de décision. Cependant, il faut s'assurer que la famille consulte bien les urgences. Si informer la famille de notre démarche peut être contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, nous pouvons ne pas les informer et faire ce signalement. Un exemple de signalement est disponible sur le site du conseil de l'ordre (93).

Les situations plus fréquentes sont celle non urgentes, mais comportant un danger ou un risque de danger. C'est-à-dire soit que la santé, la sécurité ou la moralité sont considérées en danger ou en risque de danger ; soit que les conditions de son éducation, son développement physique, intellectuel et social sont considérés être gravement compromises ou en risque de l'être. Dans

ces situations, c'est une Information Préoccupante (IPP) que nous devons transmettre à la Cellule Départementale de Recueil des Informations (CRIP) par téléphone ou par document écrit. Une IPP contient tous les éléments qui peuvent laisser supposer qu'un mineur est en danger. Il est également possible de joindre la CRIP pour discuter des mesures envisageables, d'où l'intérêt d'un médecin référent dans chaque département (94) afin d'avoir un interlocuteur privilégié. Notre rôle n'est pas d'enquêter, mais d'alerter. C'est ensuite aux différents dispositifs de la CRIP d'enquêter et de mettre les mesures en place. Comme le précisait la maman de l'entretien 14, l'objectif est vraiment d'accompagner et de soutenir les familles. Il ne s'agit pas d'une sanction pour les familles, mais d'une mesure d'aide à un moment donné, dans une situation donnée. Il est de notre rôle de le ré expliquer aux familles.

Ci-dessous un rappel des différents protocoles d'alerte. (95)

Figure 9 : L'organisation de la protection de l'enfance, comment alerter



Malgré notre rôle juridique essentiel et notre place en tant que professionnel de santé de premier recours, une maman a signalé n'avoir jamais entendu qu'un médecin ait fait la différence en termes de protection de l'enfance, qu'un médecin ai alerté en cas de mise en danger. Nous nous sommes donc interrogés sur la place de l'enfant au sein des consultations. En effet, pour que le médecin généraliste puisse se situer dans une démarche de repérage de mise en danger de l'enfant, il est nécessaire que l'enfant soit au cœur de la prise en soin.

2) L'enfant au cœur des soins

Au vu des conséquences possibles en lien avec la séparation parentale, les parents sont en demande d'une attention, d'un repérage particulier de ces conséquences sur la santé des enfants, mais également de repérer des éventuelles mises en danger. Pour ce fait, la séparation parentale nécessite de remettre l'enfant au cœur de la prise en charge, d'où l'importance de favoriser les échanges avec les enfants. Comme nous l'avons vu, l'enfant est en droit de consulter seul. Il est important de lui laisser la possibilité de s'exprimer et de l'interroger si le sujet de la situation familiale n'est pas spontanément abordé.

Pour intégrer des questions sur le fonctionnement de la famille, on peut remarquer un article édité dans les Entretiens de Bichat (96). Cet article de 2015 s'intéresse à « Comment aborder les "crises familiales" en médecine générale : savoir accompagner les familles. ». Les auteurs soulignent que tous les problèmes de l'enfant ne doivent pas systématiquement être associés à la séparation des parents. Ainsi, toute séparation n'est pas source de conséquence, les difficultés sont souvent multifactorielles. Mais, afin, justement de prendre en compte les différents facteurs, les auteurs donnent quelques exemples de questionnement : à quoi l'enfant a-t-il dû renoncer sur le plan familial, loisirs ou l'école ? comment sont organisées les contraintes de vie ? (Transporter ses valises, changer de style éducatif ou de vêtements ou les horaires) se ressent-il comme un membre des deux familles auxquelles il appartient ou reste-t-il uniquement fixé à celle d'avant ? peut-il s'investir dans le domaine scolaire, le sportif, les

activités ou le jeu sans que cela devienne une addiction ? Au-delà des différentes questions, la posture de l'enfant est également intéressante à noter : discordance entre les mimiques et discours ? Sensation de malaise ? Propos similaire à celui d'un parent ? Ces éléments ont ainsi pour objectif de connaître l'enfant et les causes sous-jacentes de ces difficultés qu'elles soient directement en lien ou non avec la séparation parentale (instabilité : financière, logement, activité...).

Remettre l'enfant comme le premier interlocuteur au sein de son parcours de soins est donc bien primordial. À cette fin, il est intéressant d'évoquer la notion de « care »

C- Prise en soins : du « cure » au « care ».

Les multiples rôles attribués aux médecins généralistes, dans l'information médicale aux parents et aux enfants, l'adaptation dans la prise en charge, la protection de l'enfance, les conseils, ou encore sa posture nous font évoquer la notion de « care » ou de « take care ». Difficile à traduire en français, cependant ce concept nuance le terme de soigner/guérir à prendre soin de la personne. Quelles que soient les différentes étymologies (97) du terme « care », il rapporte aux émotions, à l'inquiétude, au moyen de prévenir autrui. Ainsi on peut traduire « take care » par faire attention, le souci d'autrui. Le terme « cure » s'associe à l'acte de soigner ou de guérir.

Le Dr Winnicott(98), pédiatre et psychanalyste a beaucoup travaillé sur cette notion. Il rappelait qu'en anglais le terme « cure » et le terme « care » ont la même origine étymologique. On ne pourrait donc soigner sans prendre soin. Par ce terme « care », il inscrit l'attention à autrui au centre de la relation thérapeutique (101). Il évoque même l'importance de la capacité à se mettre à la place d'autrui afin de s'adapter à chaque patient selon son histoire médicale et son vécu personnel. Le Dr Winnicott a travaillé sur cette nuance en réponse aux attentes des patients « Ce qu'on attend donc de nous, c'est qu'il soit possible de dépendre de nous. On demande aux médecins, mais aussi aux infirmiers et infirmières et travailleurs sociaux, d'être humainement

(et non mécaniquement) fiables, on veut que cette fiabilité (cette possibilité de dépendre de nous) fasse partie de notre attitude générale. » Il expliquait également que les multiples découvertes scientifiques, les prouesses médicales des dernières décennies ont possiblement favorisé la guérison et délaissé « le prendre soin ».

C'est dans cette suite d'idée que selon le Dr Winnicott, un soignant doit protéger ses patients de l'imprévisible, sur le sentiment de ne plus pouvoir compter sur rien. Afin de permettre au patient de savoir qu'il peut compter sur le soignant et sa fiabilité.

« Alors, si la médecine n'a pas pour cœur la science des maladies, mais bien cette pratique essentiellement soignante auprès d'un homme malade, le rapport entre soin et traitement, entre care et cure, s'inverse par rapport au schéma habituel et dominant dans notre système de santé technicien : le traitement procède du soin, le cure du care. ».

Ainsi le cure devrait dépendre du « care », le médecin ayant avant tout le rôle d'être humainement fiable avant de prendre en charge scientifiquement les troubles somatiques. Ces deux termes « care » et « cure » sont donc essentiels et complémentaires pour la prise en soins de patient. La situation des enfants de parents séparés nous le rappelle. Soigner est nécessaire et nous le voyons par exemple par la prise en charge des conséquences d'une séparation, mais également par toute autre maladie pouvant toucher ces enfants. Cependant, cette prise en charge semble s'inclure dans une prise en soins bien plus globale : « take care ». On nous demande de faire attention à comment nous soignons, d'être une ressource de fiabilité, afin de nous adapter.

Dans l'étude belge précédemment évoquée, « Étude du suivi par le médecin généraliste d'enfants de parents séparés » (84) met en exergue cette importance du « care ». Les praticiens ont remarqué des conséquences dans leur pratique : dans 80 % des cas une instrumentalisation du médecin, dans 56 % des difficultés d'ordre déontologique, dans 82 % d'ordre légal, et dans la moitié des cas dans le suivi de l'enfant. Un quart des praticiens évoque même la perte du rôle

médical, se sentant davantage dans une fonction sociale. Cette sensation de la perte de ce rôle est directement mise en lien avec l'attitude des généralistes. S'ils se posent en non-gestionnaire du conflit, c'est-à-dire qu'ils ne s'occupent pas de la situation familiale, qu'ils n'en prennent pas compte, ils ont alors tendance à perdre ce rôle médical central. À la différence des médecins qui se posent en gestionnaire de conflit, prennent en compte la situation familiale et souhaitent parler aux deux parents. Si on en croit cette étude, une attitude de gestionnaire aurait tendance à une évolution favorable de l'enfant en difficulté sans mettre en danger le praticien. Cela peut évoquer qu'une prise en charge uniquement à type de « cure » n'est finalement pas la plus adaptée pour la prise en charge de cette situation. Le médecin doit s'impliquer, prendre soin de l'ensemble de la famille.

Cette étude belge a l'intérêt de mettre en évidence le ressenti de professionnel de santé en première ligne de soins. Elle met en avant que l'état de santé des enfants puisse être influencé par la structure familiale et que la place du praticien n'est pas toujours évidente. Spontanément, nous pourrions croire que nous ne devons pas jouer un rôle dans ces situations. Mais peut-être que c'est le contraire. Cette notion de gestionnaire de conduite me semble très intéressante. Cela sous-entend que le médecin doit être informé de la situation, connaître les différents protagonistes pour pouvoir intégrer la séparation des parents à sa prise en charge.

Par les différents éléments évoqués précédemment, on remarque qu'une séparation est un moment majeur pour ces familles. Ce n'est pas seulement, les difficultés et les conséquences négatives qui peuvent en résulter qui sont en causes. En effet, la séparation, comme l'évoquaient quelques parents peut également être une ouverture d'esprit vers un autre fonctionnement familial, de nouvelles activités ou encore une prise de maturité. Dans tous les cas, la modification de cette structure bouleverse le quotidien et soulève de multiples questions pour les différents membres de cette famille. C'est peut-être alors le moment de se tourner vers le

médecin, d'échanger, d'exprimer ces difficultés, ces angoisses, ces questions ou de raconter son quotidien. C'est peut-être ainsi le moyen de se rapprocher de ces émotions et simplement de remettre le bien-être au centre de la prise en soins ?

Cependant, par cette place très centrale du praticien, les attentes des parents sont parfois en inadéquation avec notre rôle et notre formation. Nous sommes professionnels de soins. Ainsi pour répondre à l'ensemble de leurs besoins tant sur le plan législatif, de médiation, de la prise en charge psychologique ou sociale, il est primordial pour le médecin de travailler en collaboration avec un réseau de partenaire varié, afin d'offrir à ces familles l'ensemble des ressources dont elles ont besoin.

IV- Un médecin en collaboration avec différents partenaires

Le médecin joue donc un rôle important dans le suivi des enfants au sein du cabinet. Les attentes des parents viennent finalement accentuer le rôle du praticien envers tous les patients. La particularité majeure pour un médecin de famille monoparentale afin de répondre aux différentes attentes, est probablement la nécessité de travailler encore plus en coordination avec ses partenaires. Ainsi, il pourra orienter ces familles vers les réseaux appropriés et peut être articulé son travail avec la médecine scolaire et les services de protection maternelle infantile. Cette démarche nécessite une connaissance des dispositifs implantés sur le territoire.

A- L'orientation vers les réseaux

L'orientation vers les réseaux professionnels ou associatifs est principalement en lien avec la prise en charge psychologique des enfants et l'accompagnement à la parentalité.

1) La santé psychique

Les notions de réseaux et l'orientation vers les autres professionnels sont beaucoup moins retrouvées dans les autres thèses interrogeant les attentes et arguments pour le choix du médecin traitant. A. Gasper (99) l'évoque dans ces recherches, mais principalement en parlant de l'orientation vers le pédiatre ou des spécialistes d'organes. Le suivi psychique des enfants par le médecin est peu noté et l'orientation vers un professionnel de santé type psychiatre ou psychologue est également peu retrouvée. Dans nos recherches, les parents insistent beaucoup sur le réseau, mais peu sur le rôle des spécialistes d'organes. Ils évoquent principalement les prises en charge psychologique et sociale.

Nos recherches ne permettent pas d'affirmer que les enfants de parents séparés ont besoin d'un suivi psychologique plus conséquent. Mais, l'importance de cette prise en charge qui a été notée par les parents corrèle avec le rapport de l'UNICEF(35) évoqué en introduction. Les enfants de familles monoparentales semblent présenter un risque de souffrance psychique plus important que les enfants vivant avec leurs deux parents. Cela renforce l'idée qu'un médecin se doit d'être particulièrement attentif aux dépistages des difficultés psychologiques potentielles de ces enfants.

Il faut nuancer cette différence entre nos recherches et les thèses précédemment évoquées (72,73,99) qui peut se justifier par le fait que beaucoup des thèses s'intéressent spécifiquement au choix du médecin des nourrissons (donc des enfants de moins de trois ans). Or les dépistages et les orientations vers des psychologues ont généralement lieu pour des enfants plus âgés. Cela pourrait expliquer que dans nos recherches on trouve plus de suivis psychiques puisque l'âge moyen des enfants au moment des entretiens est de neuf ans.

Les prises en charge d'ordre psychologique peuvent être multiples et doivent s'adapter aux besoins de l'enfant. Nous nommerons quelques exemples de dispositifs destinés à cette prise en charge.

Il est intéressant d'évoquer « **Ecoute-moi** ». Il s'agit d'une expérimentation mise en place par le gouvernement en 2018 dans des régions pilotes, dont le Grand Est (100). Les objectifs sont de mieux évaluer, repérer et prendre en charge les souffrances psychologiques des jeunes âgés de six à vingt-et-un ans. C'est au médecin traitant d'orienter vers des psychologues avec la possibilité de réaliser jusqu'à douze séances prises en charge à 100 %.

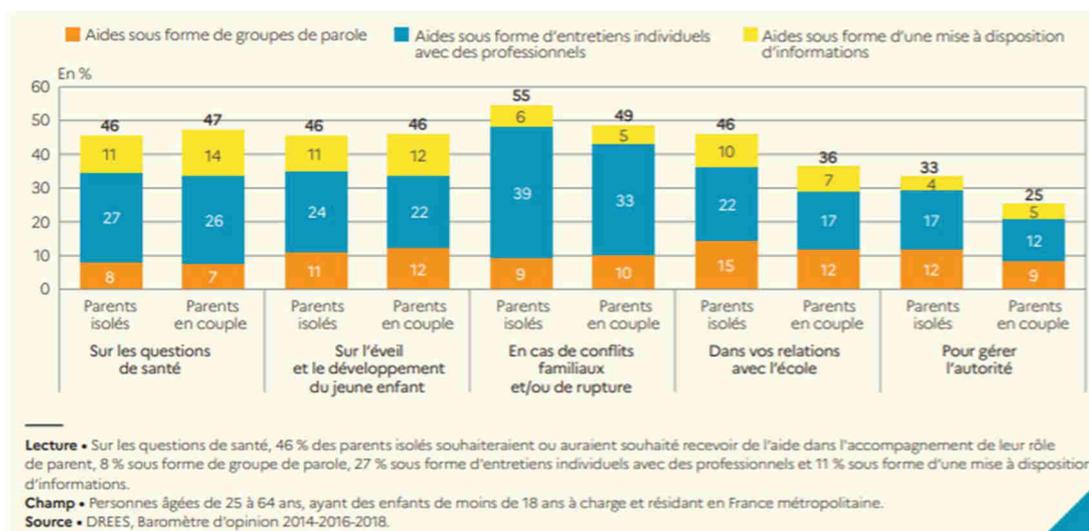
Au vu de la situation sanitaire actuelle et des conséquences sur la santé mentale des enfants, le gouvernement a mis en place un dispositif d'urgence « **psyenfantado** » (101). Les enfants et adolescents pourront être inclus dans le dispositif du 31 octobre 2021 et bénéficier de séances jusqu'au 31 janvier 2022. Ils seront adressés à un psychologue sur l'avis d'un médecin. D'une à neuf consultations seront prises en charge à 100 % par la CPAM. Cette option de prise en charge est transitoire. Elle ne concerne pas uniquement les enfants de parents séparés. Mais au vu des difficultés évoquées par les parents pendant la crise sanitaire, cette solution est possiblement à prendre en compte.

Il existe également des espaces mixtes avec une prise en charge psychologique et sociale. En effet, du fait que l'implication des deux parents semble bénéfique au développement de l'enfant et au maintien des relations à l'âge adulte, la convention internationale des droits de l'enfant (102) recommande le maintien d'une relation de l'enfant avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant. D'où l'intérêt des « **Espace de rencontre parents-enfants** » (103), qui sont 170 structures en lien avec le ministère de la Justice. Ce sont des lieux où psychologues, thérapeutes, travailleurs sociaux travaillent en collaboration afin de maintenir ou reconstruire des liens entre l'enfant et ses parents. Une telle mesure peut être décidée par le JAF, mais également sur demande directe d'un parent ou par l'orientation d'un professionnel.

2) L'accompagnement à la parentalité

Très nettement, il existe un biais de sélection important dans cette thèse. Le recrutement de la population a eu principalement lieu par des associations. Aussi, les volontaires sont majoritairement demandeurs d'un soutien et sensibles aux associations. Cependant, l'étude réalisée par la DREES, dont le rapport est sorti en avril 2021 (104) met également en avant ce besoin de soutien et notamment d'accompagnement à la parentalité des familles monoparentales. Comme le montre le graphique ci-dessous, dans le cas de parents en couple ou isolés, environ 45 % aimeraient une aide dans l'accompagnement sur le développement des enfants et sur les questions relatives à la santé. On note en revanche une différence entre ces deux catégories de populations pour l'aide en cas de conflits familiaux, dans les relations à l'école ou dans la gestion de l'autorité. À niveau de vie, sexe et nombres d'enfants similaires, être, une famille monoparentale augmente le souhait de soutien et de conseil à la parentalité. Les aides sous forme d'entretiens individuels avec des professionnels semblent franchement souhaités par l'ensemble des familles.

Figure 10 : Souhait des familles dans l'accompagnement à la parentalité (104)



Le médecin de famille a donc une place centrale pour orienter, informer et rassurer ces familles. Mais pour cela, il est nécessaire que les praticiens soient formés aux différents recours

possibles et connaissent quelques réseaux à l'échelle locale et nationale, citons quelques exemples.

La **médiation** (105) « processus de construction ou de re constructions du lien familial avant, pendant et après la séparation » peut être ordonnée par un juge ou demandée par la famille elle-même. Une expérimentation est d'ailleurs en cours avec une obligation de médiation avant de déposer une requête auprès d'un tribunal dans 11 juridictions.

Les **Conseillers Conjugaux et Familiaux** (CCF) (106) sont peu connus, pourtant ils interviennent dans différentes structures : les PMI, les établissements scolaires, les centres hospitaliers ou de planification. Leur formation est reconnue depuis un arrêté de 2010. Les CCF ont pour objectif d'accompagner « Dans chaque étape de la vie affective, relationnelle et sexuelle ». Leurs domaines de compétences s'étendent des questions sur la sexualité et la contraception aux relations conjugales, familiales, parentales et leurs dysfonctionnements. Leur but est de proposer un lieu de parole et d'écoute active.

Les réseaux « **d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents** » (74) s'intéressent aux dialogues, à l'échange des compétences des parents en parentalité. Ils organisent des groupes de parole, des activités parents-enfants, parents-parents, des groupes de réflexion et de formation. Il existe ces réseaux dans chaque département.

On peut également évoquer la **Caisse d'Allocation Familiale** (CAF) (74) qui propose un accompagnement des séparations parentales ou la création **de l'Agence de Recouvrement des Impayés de Pensions Alimentaires** (ARIPA) (77) pour aider les parents avec la fixation de la pension alimentaire et les démarches en cas de non-paiements.

Les **différentes associations et réseaux sociaux** viennent également accompagnés ces familles. Selon ses attentes, chaque parent s'est dirigé vers l'association qui répond à ses demandes. Elles permettent un lieu d'échange, de conseil, sans jugement. Les réseaux sociaux types Facebook sont aussi un lieu de communication. Une maman racontait que même si « elle

reste dans la même galère », en discuter avec d'autres personnes dans la même situation lui faisait se sentir moins seule. Lors de notre inscription sur certains de ces réseaux afin de rencontrer des personnes désireuses de participer à cette thèse, nous avons pu constater le nombre de message très conséquent quotidien soit pour échanger sur des situations, soit pour demander des conseils, ou pour proposer d'organiser des sorties.

La présence de conflits parentaux justifie encore plus cette nécessité d'orienter vers un réseau. En effet, ces conflits comme facteur d'adaptation à la séparation sont bien repérés et compris par les parents dans nos recherches. C'est un élément concordant avec le rapport du CESE qui se base sur trois constats (77). Le premier, toute séparation n'est pas conflictuelle et le plus souvent, les parents s'accordent sur les conditions de l'exercice conjoint de l'autorité parentale et l'organisation de la vie de l'enfant. Le second, dans certaines circonstances, la séparation des parents peut être salvatrice pour l'enfant, notamment dans un contexte de violence. Et enfin, si des enfants peuvent être en situation de risques lors de séparation, c'est bien souvent parce que le conflit entre les parents s'est aggravé au point de capter toute leur attention.

Ce rapport insiste sur le fait que les conséquences sont fortement liées aux conflits parentaux, d'où l'importance d'un accompagnement à la parentalité et la séparation par différents professionnels : médiateur, conseiller conjugal et familial ou un autre tiers. Une relation de confiance entre le médecin et la famille facilite l'orientation vers les différents professionnels.

Comme nous venons de le voir, l'orientation vers des partenaires tant pour les enfants que pour les parents s'avère une nécessité. Il ne faut pas négliger l'enfant dans son milieu quotidien, à savoir l'école.

B- Une coordination avec le cadre scolaire

Prendre en charge un enfant nécessite de s'intéresser à son parcours scolaire et son adaptation à l'école, le lieu qu'il fréquente quotidiennement.

Les parents interrogés n'ont pas noté de baisse franche des résultats scolaires. On peut remarquer la contradiction avec l'étude menée par l'INED en 2002 (107) qui montre une baisse marquante des résultats après une séparation. Cependant, l'étude de l'INED note que la séparation entraîne également des difficultés dans l'organisation du quotidien. On note par exemple le suivi de la scolarité et l'éloignement des domiciles, la majoration des temps de transports, une nouvelle école. Nous avons pu retrouver ces différents éléments dans ces entretiens, l'exemple le plus fréquent était la non-réalisation des devoirs par l'autre parent.

Nous n'avons pas interrogé spontanément les parents sur le rôle de la médecine scolaire. C'est plusieurs d'entre eux qui ont abordé eux-mêmes ce sujet. Ils ont noté son importance dans le dépistage et l'accompagnement des enfants. Le personnel infirmier et médecin de l'éducation nationale offrent notamment l'avantage de n'avoir aucun lien avec les parents et de permettre de donner à l'enfant un espace d'expression totalement libre. Cependant, ces mêmes parents regrettent la faible prévalence de cette médecine.

Pourtant si on en croit les différents rapports du ministère de l'Éducation nationale, cette médecine a complètement sa place dans le suivi des enfants de parents séparés. Elle s'inscrit dans le programme de l'éducation nationale qui contribue à la réussite des élèves, en détectant les difficultés pouvant altérer leur scolarité. Les rôles des infirmiers et des médecins sont complémentaires. Les objectifs des infirmiers sont principalement à l'échelle d'un établissement scolaire (108). Ils sont de la consultation des enfants à leurs demandes, aux relais vers d'autres spécialistes, à l'accès à la contraception, la mise en place des projets de soins ou encore le suivi des élèves en zone prioritaire. Les rôles des médecins de l'éducation nationale (109) sont sur le plan national mais également local, ils assurent par exemple les visites

médicales des examens obligatoires, accompagne les enfants sur des projets d'accueil adapté ou la mise en place de protocoles d'hygiène. Infirmiers et médecin de l'éducation nationale jouent aussi un rôle majeur dans la protection de l'enfance : dans le repérage et l'alerte des situations de mises en danger. Les examens de santé obligatoires de la maternelle au collège (110) sont d'ailleurs des moments propices aux dépistages.

L'ensemble de leurs missions correspond effectivement bien aux attentes des parents. Les examens permettent un suivi dans un lieu dénué de risque de conflit de loyauté et un repérage des enfants en danger. Il est d'ailleurs intéressant de noter que le rapport sur la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2019-2020 (111) axe la prévention par la réalisation de 100 % des bilans de santé en école maternelle d'ici 2022. Ce qui rejoint les attentes des parents sur la médecine scolaire.

Cependant, leur faible densité démographique ne leur permet pas de répondre à l'ensemble des besoins (112). Le nombre de médecins scolaire a fortement diminué, en 2015, on compte 1 770 médecins scolaires. C'est une baisse de 20 % en huit ans, ce qui correspond à une moyenne 2 000 à 46 000 élèves par médecin en fonction du territoire. Pour les infirmiers, en 2017, ils sont 7 594 l'équivalent d'un professionnel pour 598 élèves. Ce faible nombre de postes implique un non-respect des visites médicales obligatoires. En 2015-2016 seuls 30,4 % des élèves ont bénéficié de la visite des douze ans. La répartition géographique varie également. L'accès y est priorisé dans les zones dites d'éducation prioritaire ; les établissements d'enseignement adaptés type les Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA), les Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) ; les établissements secondaires professionnels ou technologiques ainsi que les établissements comportant un internat.

Si nous entendons la demande des parents, pour le moment sans une refonte de la médecine scolaire, elle n'est pas une solution envisageable immédiatement pour répondre aux

besoins de tous les enfants. Leurs missions sont bien trop nombreuses au regard de leur nombre. Cependant, dans les situations où les enfants rencontrent un professionnel de santé en établissement scolaire, ce pose la question de savoir s'il est informé de la situation parentale. On peut donc se demander s'il doit y avoir un partenariat entre la médecin scolaire et le praticien de ville afin d'alerter sur certaines situations.

Nous avons évoqué différents réseaux pour aider à l'accompagnement de ces familles. Pour terminer, nous aborderons la collaboration possible avec le service de protection maternelle infantile comme allié thérapeutique dans la prise en charge de ces familles.

C- Une coordination avec le service de protection maternelle infantile

Nous nous sommes intéressés à la PMI, à la fois pour répondre aux demandes des familles dans leur souhait d'être accompagné, mais également pour aider les médecins qui peuvent se sentir impuissants dans leur accompagnement. En effet, on constate que les parents demandent à la fois un accompagnement médical, pour lequel nous sommes formés, mais aussi social, de conseil et psychologique pour lesquels notre formation n'est pas adaptée.

La PMI est un lieu où multiples professionnels de la santé de l'enfant sont présents : infirmières, puéricultrice, médecin, mais également ergothérapeute, psychomotricien ou orthophoniste selon les centres. On retrouve aussi des travailleurs sociaux tels que des techniciens de l'intervention sociale et familiale, des assistants sociaux ou des encore des conseillers conjugaux et familiaux. Ainsi dans un même lieu on retrouve la possibilité d'une prise en charge pluridisciplinaire : médicale, sociale, paramédicale avec une pratique orientée vers l'accompagnement à la parentalité et le soin des enfants. Cette pluri professionnalité pourrait favoriser le « take care », évoqué précédemment, pour la prise en soins des enfants de parents séparés. Ainsi, selon le rapport de la Direction des Actions de Santé de la Gironde en 2012, cité dans la thèse de Mme Dufour(113), cette notion de care est parfois difficile en médecine de

ville, et « dans ce contexte, la PMI semble constituer l'un des derniers espaces du système de soins où un accueil patient et attentionné, situé au cœur de la pratique répond au besoin d'étayage des familles ».

Selon le rapport de Mme Peyron (114), plusieurs évolutions tendent à accroître les rôles de la PMI. Ceux que nous citerons font écho aux demandes et remarques des parents interrogés pour ces recherches. Le premier est la demande de soutien à la parentalité notamment du fait de l'augmentation des disparités familiales (famille monoparentale, recomposée, hors mariage...). Une seconde cause est la majoration de la pauvreté et de la précarité, ainsi que l'augmentation des troubles du développement. Enfin, leur rôle dans la protection de l'enfance est également primordial. Ils sont fréquemment sollicités par la CRIP pour évaluer une situation aux domiciles de suspicion de mise en danger des enfants.

Leurs objectifs sont donc multiples et correspondent aux attentes des parents. Mais, la PMI ne remplace pas un médecin de famille. Ils doivent travailler en collaboration comme l'évoque le code de la santé publique (115) « des actions médico-sociales préventives et de suivi à la demande ou avec l'accord des intéressés et en liaison avec les services hospitaliers et le médecin traitant. »

Pourtant selon la thèse de Mme Dufour (113), la collaboration entre médecin généraliste et service de PMI est peu fréquente. Un élément pouvant participer à ces difficultés de communication est que selon le rapport de Mme Peyron (114), la PMI est « en crise majeure » : manque de moyens humains, financiers ou ressources, impactant leurs différents rôles. Différentes propositions d'actions sont proposées afin de restructurer la PMI et ses rôles. Parmi les mesures proposées, on retrouve : les visites aux domiciles notamment en donnant priorité aux familles plus fragiles ainsi que de favoriser la communication, l'accompagnement et le soutien des professionnels de santé.

Afin de proposer encore plus de soutien aux parents et aux médecins, on peut évoquer le plan « les 1000 premiers jours » (116) qui souhaite fortement intégrer les PMI, renforçant l'idée de collaboration avec les PMI. Les objectifs sont multiples, nous parlerons uniquement du sujet nous occupant dans ces recherches. Un des buts est de proposer un accompagnement adapté « aux nouveaux enjeux d'organisations sociales avec des familles monoparentales plus nombreuses, l'homoparentalité, l'accélération des rythmes familiaux et professionnels, l'isolement social et familial grandissant ». Pour cela des moyens évoqués sont de favoriser les moments d'échanges, d'informations et ce dès en amont d'une naissance ainsi que de favoriser les accès à des professionnels type psychologue, pédopsychiatre, psychiatre, assistante sociale formé en périnatalité, favoriser la possibilité de visite à domicile, ainsi que de vérifier la pertinence des offres multiples qui existent et qui pourraient voir le jour via différents supports (associatif, réunion, numérique...) dans le soutien à la parentalité et informer les parents de leurs existences. Il existe également le souhait de « la maison des 1000 jours ». En effet, la multitude des intervenants possibles agissant de manière cloisonnée et ainsi l'augmentation des sources d'informations peuvent perdre les parents. Ces maisons seraient un lieu d'information, d'ateliers divers et variés sur l'accompagnement, les questions d'éducation, d'accueil, de rencontre avec des professionnels de la petite enfance. Ces maisons permettraient également l'accès à des guichets de tous les services publics qu'on a pu évoquer comme la CAF, mais aussi des services de PMI et de psychiatrie. Le médecin traitant pourrait, peut être en cas de difficulté orienter plus facilement vers les centres de PMI (voir dans un futur « la maison des 1000 jours »). La PMI a parfois mauvaise image auprès des familles « destinées à une population précaire ou en difficulté ». Il appartient, donc au médecin généraliste d'orienter les familles vers ce service afin de favoriser une prise en charge globale.

Les partenaires du médecin dans le parcours de soins des enfants sont donc primordiaux soit par les réseaux de professionnels psychiques ou dans le cadre de soutien à la parentalité,

mais également au niveau de l'éducation et de la protection de l'enfance. Le médecin est au cœur de ces différentes prises en charge, il doit donc être en mesure de coordonner et passer le relais vers des professionnelles permettant une prise en charge plus adaptée.

Partie 3 : Conclusion

Au vu de la forte prévalence de séparation de parents et sa particulière croissance sur les derniers siècles, nous sommes en tant que médecin traitant au contact direct de ces familles. Pendant longtemps, il était préconçu qu'une famille monoparentale était synonyme de conséquences psychologiques ou somatiques sur les enfants, d'où les nombreuses études à ce sujet. Il s'avère probablement que le lien entre séparation des parents et conséquences sur les enfants est plus complexe. De multiples facteurs sont à prendre en compte notamment les conflits parentaux ou bien la précarité financière et sociale. Les effets de la séparation sont également bien plus larges et impactent chaque membre de la famille et son organisation. Une séparation entraîne une réorganisation complète du quotidien et la nécessité pour le parent de mener « son entreprise » en solo. Ainsi organiser le parcours de soins des enfants s'inscrit dans un quotidien et un équilibre parfois difficile. Cet équilibre s'est d'ailleurs vu fragilisé par la crise sanitaire actuelle.

Malgré cette organisation familiale devenue ordinaire pour les familles et les médecins, ces derniers n'ont pas toujours l'approche espérée par les parents pour le suivi de leurs enfants. Ils attendent des soignants des éléments d'ordre très médical dans le repérage ou le dépistage des difficultés en lien avec la séparation ou dans le cadre de l'enfance en danger. Ils demandent également aux médecins une adaptation et une compréhension de leurs difficultés à réaliser le parcours de soins des enfants au sein de leur « entreprise familiale » (ponctualité, respect des rendez-vous, continuité des soins, connaissances de l'historique médical, ou encore l'utilisation du carnet de santé).

Afin d'aider les professionnels dans leur accompagnement, il semble nécessaire selon le rapport du CESE évoqué précédemment (77) de procéder à de nouvelles études pour mieux évaluer le sentiment d'insécurité lié aux difficultés de parentalité et les conséquences sur les

enfants. Ces études seraient essentielles pour réellement connaître les impacts sur les plans psychologique, sanitaire et sur l'insertion de l'enfant. Ainsi, nous pourrions mieux informer les parents et former les professionnels travaillant autour de l'enfant sur les conséquences potentielles de la séparation et améliorer le repérage et la prise en charge des éventuelles difficultés. Enrichir, la formation des médecins, favoriserait également un deuxième élément primordial pour les parents : la connaissance des partenaires de soins, afin d'orienter de manière pertinente et efficace vers les professionnels ou associations adaptés. Les familles sont en demande d'un accompagnement varié de professionnels et ou d'association. Le médecin traitant ne peut suivre ces familles sans connaître ces différents partenaires du soin. Nous sommes médecins, pas psychologues, pas travailleurs sociaux, pas spécialistes de la petite enfance, nous sommes médecins de famille. Nous accompagnons nos patients dans leurs parcours de vie, mais il est indispensable de connaître nos limites. Afin d'être la personne de ressource et de fiabilité nécessaires pour les parents, nous devons les informer et savoir les orienter vers des partenaires compétents et essentiels au quotidien.

Cette formation des professionnels évoquée par le CESE rappelle le troisième élément crucial de ces recherches. Dans une prise en soins d'enfants de parents séparés, prendre en compte la relation thérapeutique de tétrade est essentiel. Nous ne pouvons prendre en charge ces enfants sans nous adapter à cette séparation : soit par l'information que nous délivrons et les explications législatives sur les autorisations de soins par exemple soit par la transmission de l'information médicale concernant les enfants. Mais pour ce faire, les professionnels de soins doivent être correctement formés sur la législation et les modalités de transmission de l'information. Ces difficultés sont source d'inquiétude des parents. C'est notre rôle de médecin de les informer au préalable : des modalités législatives, de la possibilité de recourir aux Juges des affaires familiales et pourquoi pas prochainement s'inscrire sur « mon espace santé » afin de faciliter le parcours de soins.

Mais c'est également à nous, médecins d'effectuer un travail sur notre pratique : demander qui sont les titulaires de l'autorité parentale, penser aux deux autorisations parentales si nécessaire et prendre le temps, en fonction de la situation et de la gravité du motif de consultation d'informer les deux responsables légaux. Ces précautions sont certes chronophages, mais a-t-on le droit de priver un parent de connaître les éléments de santé de ses enfants ?

Enfin, pour terminer cette thèse, il nous semblait important d'évoquer la séparation parentale comme source potentielle de richesse pour les enfants. Certes, toute séparation entraîne des modifications du quotidien et des conséquences possibles sur la santé. Ce travail en est un exemple, nous avons évoqué les multiples difficultés de ces familles. Pourtant il est primordial de ne pas les stigmatiser : toute famille monoparentale n'est pas précaire, toute ménage monoparental n'a pas des enfants en difficulté. La séparation peut-être une libération voire une ouverture vers de nouveaux liens intra-familiaux, re découvrir chaque membre de la famille sans conflits sous-jacents. Et comme très justement une maman expliquait, une séparation peut également apporter une ouverture d'esprit et un gain de maturité pour les enfants « moi je trouve qu'ils progressent beaucoup plus vite [...] on cale notre emploi du temps par rapport à eux et effectivement on leur apporte chacun un truc différent. »

VU

Strasbourg, le 04 février 2022

Le président du jury de thèse
Professeur Carmen SCHROEDER

VU et approuvé

Strasbourg, le 07 FEV 2022

Le Doyen de la Faculté de

Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA


Professeur Carmen M. SCHROEDER
P.U. - P.H.
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
Tél : 03 88 11 62 18 - Fax : 03 88 11 64 36
N° RPPS : 1000472105 5

Annexes

1) Annexe 1 : Formulaire d'information

Numéro d'identification du participant :

Sujet de recherche : Suivi médical en médecine générale des enfants de parents séparés. Étude qualitative auprès de parents.

Personnes responsables de cette étude :

- Marion GRELET, Interne de médecine générale, faculté de médecine de Strasbourg
Email : marion.grelet@etu.unistra.fr
- Directeur de thèse : Dr Antoine GIACOMINI, Médecin généraliste, Chef de Clinique des Universités en Médecine Générale — Faculté de Médecine de Strasbourg

Introduction :

Je réalise un travail de recherche dans le cadre de ma thèse de médecine générale. Je m'intéresse au suivi médical en médecine générale enfants de parents séparés. Pour cela je cherche des parents séparés qui accepteraient d'échanger, et ce quel que soit la structure de votre famille (monoparentale, divorcé, recomposée...) et quel que soit l'âge des enfants.

Les sujets que je souhaite aborder sont les suivants : le suivi médical de votre enfant depuis votre séparation, vos attentes vis-à-vis du médecin de vos enfants (à la suite de votre séparation) et vos propositions pour améliorer le suivi médical.

Objectif de cette thèse :

Je souhaite mieux appréhender le parcours médical de vos enfants afin de l'intégrer dans ma pratique professionnelle.

Réalisation de l'entretien :

Je vous propose un entretien individuel au cours duquel nous échangerons à ce sujet. Cet entretien sera réalisé selon vos disponibilités, dans les locaux qui vous conviendront. Ils seront

enregistrés, mais anonymisés. La participation à cette recherche est volontaire. Il est possible de retirer votre consentement à tout moment.

Traitement de l'information recueillie :

Un numéro sera attribué à chaque participant. Votre identité et vos coordonnées serviront simplement à organiser les entretiens et à pouvoir communiquer avec vous. Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois retranscrits, les enregistrements seront détruits. Les retranscriptions seront gardées de façon sécurisée. Les informations recueillies ne seront utilisées que pour les besoins de cette recherche. La liste des participants et leurs coordonnées ainsi que les formulaires de consentement seront conservés jusqu'à la soutenance de la thèse, puis ils seront détruits.

Le responsable du traitement est l'Université de Strasbourg. Les données seront traitées et conservées par Marion GRELET, en collaboration avec le Dr Antoine GIACOMINI, directeur de thèse. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Médecine de Strasbourg. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données. Pour exercer ce droit, vous pouvez vous adresser à Marion GRELET. L'université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : dpo@unistra.fr. Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

2) Annexe 2 : Questionnaire démographique

Avant de débiter notre entretien, je souhaiterais vous poser quelques questions à visées démographiques.

1/ Quelle est votre année de naissance ?.....

2/ Quelle est votre formation ?

- | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CAP, BEP | <input type="checkbox"/> Bac +2 | <input type="checkbox"/> Bac +4 | <input type="checkbox"/> Bac +8 |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> Bac +3 | <input type="checkbox"/> Bac +5 | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | | |

3/ Quelle est votre profession ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agriculteurs, exploitants | <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Cadres | <input type="checkbox"/> Employés |
| <input type="checkbox"/> Ouvriers | <input type="checkbox"/> Sans emploi |
| <input type="checkbox"/> Autres :..... | |

4/ Quel est votre lieu d'habitation ?

- | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maison individuelle | <input type="checkbox"/> Appartement | |
| <input type="checkbox"/> Propriétaire | <input type="checkbox"/> Locataire | |
| <input type="checkbox"/> Rural | <input type="checkbox"/> Semi-rural | <input type="checkbox"/> Urbain |

5/ Combien avez-vous d'enfants et quels sont leurs âges ?

.....

6/ Quelle est la structure de votre famille ? (Séparés, re composé...)

.....

7/ Quel âge avaient vos enfants quand vous vous êtes séparés de votre ex-conjoint ?

.....

 8/ Quel est le mode de garde de vos enfants ? (garde alternée, un week-end sur deux, garde exclusive...)

.....

 9/ Quelle est votre couverture médicale ? (Couverture Maladie Universelle Complémentaire, Aide médicale d'état, l'Aide au paiement d'un complémentaire santé, autres mutuelles...)

3) Annexe 3 : Première version du guide d'entretien semi-dirigé

1. Racontez-moi le suivi médical de votre enfant ? Quels médecins prennent en charge votre enfant ?
2. Selon vous, quels sont les impacts sur votre enfant de votre séparation ?
3. Comment organisez-vous le suivi médical de votre enfant avec votre ex-conjoint ?
4. De quelles façons votre séparation a-t-elle eu un impact sur le suivi médical de votre enfant ? Quelles sont les difficultés possibles pour votre médecin au vu de votre séparation ?
5. Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre médecin ? Comment votre séparation doit selon vous modifier la pratique du médecin ? Quel rôle le médecin doit-il jouer dans les difficultés d'adaptation de votre enfant et des conséquences à la suite de votre séparation ?
6. Comment pensez-vous que l'on peut améliorer le suivi de votre enfant ?

4) Annexe 4 : Formulaire de consentement dans le cadre de la participation à une recherche scientifique

Titre de la recherche : Suivi médical en médecine générale des enfants de parents séparés. Étude qualitative auprès de parents.

Je soussigné(e)..... , accepte de participer à un entretien qui fera l'objet d'un enregistrement audio dans le cadre de ma participation à cette recherche.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement exposés par Marion GRELET.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que l'entretien mené dans le cadre de cette recherche fasse l'objet d'un enregistrement audio. Ce dernier sera uniquement accessible par Marion GRELET et il sera détruit après retranscription.

J'ai bien compris que ma participation est volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser cette participation et je de retirer ma participation à tout moment de l'étude.

Après avoir lu toutes les informations, j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche.

Fait à.....

Le.....

Nom du participant :

Nom de l'investigateur : Marion GRELET

Signature :

Signature :

Bibliographie

1. Algava A, Bloch K, Robert-Bobée L. Les familles en 2020 : 25 % de familles monoparentales, 21 % de familles nombreuses. Insee focus [en ligne]. sept 2021, N°249. [Consulté le 16/09/2021] Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/5422681#figure1_radio1
2. Sechet R, David O, Eydoux L, Ouallet A (Membres de l'université de Rennes 2). Les familles monoparentales. Perspective internationale. Rennes : CNAF ; 2003 mars. Rapport n° 42.
3. Amato PR. Children of divorce in the 1990s: an update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. J Fam Psychol. 2001 Sep;15(3):355-70.
4. David O, Séchet R. Les familles monoparentales, des familles comme les autres mais des parents plus vulnérables [en ligne]. Femmes et insertion professionnelle : présenté 2004 mai; Le Mans. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00291535/document>
5. Unterreiner A. Le quotidien des familles après une séparation. État de la recherche internationale sur l'organisation de la vie des familles de couples séparés [en ligne]: DRESS; 2018 juin. Rapport n° 27. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/le-quotidien-des-familles-apres-une-separation-etat-de-la>
6. Lapinte A, Buisson G. Vivre dans plusieurs configurations familiales. Insee première [en ligne]. 2017 mai 15, n°1647 [consulté le 29/09/2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2848839>
7. Algava A. Les familles monoparentales : des caractéristiques liées à leur histoire matrimoniale [en ligne]. Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, DRESS, ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2003 févr. Rapport n° 218. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-familles-monoparentales-des-caracteristiques-liees-leur>
8. Baktavatsalou R, Demaison C, Mayo-Simbsler S et al. Couples et familles : entre permanences et ruptures [en ligne]. Montrouge: Institut national de la statistique et des études économiques; 2015 déc. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017502?sommaire=2017528>
9. Bellamy V. 123 500 divorces en 2014. Des divorces en légère baisse depuis 2010. Insee première [en ligne].juin 2016, N° 1599. [consulté le 18.10.2021]Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121566>
10. Algava E, Bloch K, Vallès V. En 2018, 4 millions d'enfants mineurs vivent avec un seul de leurs parents au domicile. Insee première.[en ligne]. jan 2020, N°1788. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4285341>

11. Bonnet C, Garbinti B, Solaz A. Les conditions de vie des enfants après le divorce. Insee première [en ligne]. févr 2015, N°1536.[consulté le 24/11/2021] Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1283568>
12. Mailo R. Garde principale ou alternée des enfants, quelles conséquences ?. Dossier Familial [en ligne]. 2018, Disponible sur: <https://www.dossierfamilial.com/famille/enfant/garde-d-enfants/garde-principale-ou-alternee-des-enfants-queelles-consequences-342931>
13. Rabouam C. Divorce et attachement. *Enfances &psy*. [en ligne] 2015;66(2):54-69. [consulté le 11/11/2021]. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2015-2-page-54.htm>
14. De l'intervention du juge des affaires familiales. Sect. 1, Article 373-2-9. du code civil. JORF du 4 mars 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006426765/2002-03-05
15. Bloch K. En 2020, 12 % des enfants dont les parents sont séparés vivent en résidence alternée. Insee première [en ligne]. mars 2021, N° 1841, [consulté le 8/09/2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5227614#graphique-figure1>
16. Demaison C, Grivet L, Maury-Duprey D, Mayo-Simbsler S. France, portrait social. Insee référence [en ligne]. nov 2019. [consulté le 10/12/2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238395?sommaire=4238781#:~:text=En%202017%2C%20en%20France%20m%C3%A9tropolitaine,1%200041%20euros%20par%20mois.>
17. Blasco J, Cazenave-Lacrouts MC, Labarthe J. Les revenus et le patrimoine des ménages. Insee référence [en ligne].juin 2018, [consulté le 3/12/2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3549502>
18. Lacour C. Les séparations : un choc financier, surtout pour les femmes. Insee analyses Nouvelle Aquitaine [en ligne]. oct 2018, N°64, [consulté le 18/10/2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3631116>
19. Femmes et ,monoparentalité, un double constat d'inégalités. Conseil économique, social et environnemental de Bourgogne-Franche-Comté [en ligne].janv 2020, [consulté le 14/07/2021]. Disponible sur: http://www.ceser.bourgognefranche-comte.fr/fr/recherche?search_api_fulltext=monoparentalit%C3%A9
20. Rodes V, Flachere M. Malgré une importante redistribution, un tiers des familles monoparentales restent pauvres. Insee analyses Occitanie [en ligne].nov 2019, N°84, [consulté le 20/11/2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241048>
21. Larson K, Halfon N. Parental divorce and adult longevity. *Int J Santé publique*. 2013;58 : 89-97.
22. Bera L. Les conséquences psychologiques de la séparation parentale chez l'enfant : quelle place pour le pédopsychiatre ? [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine] [en ligne]. Rouen, faculté mixte de médecine et de pharmacie; 2015 [consulté le 08/11/2021]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=3/TTL=21/CMD?ACT=SRCHA&IKT=1016&SRT=RLV&TRM=bera+p%C3%A9dopsychiatre>

23. Wallerstein J. Children of Divorce: Preliminary Report of a Ten-Year Follow-up of Older Children and Adolescent. 1985;24(5):545-53.
24. Clarke-Stewart KA, McCartney K, Vandell DL, Owen M.T. Effects of parental separation and divorce on very young children. *Journal of Family Psychology*. 2000;14(2):304-26.
25. Troxe WM, Matthews KA. What are the cost of marital conflict and dissolution to children's physical health? *Clinical child and family psychology review*. 2004 mars;7(1):29-57.
26. Bowlby J. *La séparation angoisse et colère*. Paris: Presses Universitaires de France; 1978. (Attachement et perte; vol. 2).
27. Amato PR, Keith B. Parental Divorce and the Well-Being of Children: A Meta-Analysis. *Psychological bulletin*. 1991;110(1):26-46.
28. Hailey Maier E, Lachman ME. Consequences of early parental loss and separation for health and well-being in midlife. *International Journal of Behavioral Development*. 2017;24(183):183-9.
29. Biehl A, Hovengen EK, Grøholt R, Hjelmæsæth J, Heine Strand J, Meyer HE. Parental marital status and childhood overweight and obesity in Norway: a nationally representative cross-sectional study. *BMJ OPEN*. 2004 juin 4;4(6):1-8.
30. Murphy MLM, Cohen S, Janicki-Deverts D, Doyle WJ. Offspring of parents who were separated and not speaking to one another have reduced resistance to the common cold as adults. *PNAS*. 2020 juin 20;114(25):1-7.
31. Lacey RE, Kumari M, McMunn A. Parental separation in childhood and adult inflammation: The importance of material and psychosocial pathways. *Psychoneuroendocrinologie*. 2013juill;38:1-9.
32. Nunes-Costa RA, Lamela DJ, Figueiredo BF Psychosocial adjustment and physical health in children of divorce *J Pediatr (Rio J)* 200 oct9;85(5):385-396.
33. Fourcade N, Von Lennep F, Luciano L. et al. L'état de santé de la population en france [en ligne]. 2017 mai [consulté le 03/12/2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
34. Observatoire régional de midi Pyrénées. *Familles et prévention santé*. Union régional des associations familiales; 2014.
35. Unicef. Consultation nationale des 6-18 ans: écoutons ce que les enfants ont à nous dire. Unicef [en ligne]. 22/09/2014, [consulté le 26/09/2021]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/article/consultation-nationale-des-6-18-ans-ecoutons-ce-que-les-enfants-ont-nous-dire>
36. Liendle M. « Vulnérabilité », dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers, « Hors collection », 2012, p. 304-306.

37. Aubin - Auger I, Mercier A, Bauman L. et al. Introduction à la recherche qualitative. exercer la revue française de médecine générale.2008;19(84):142-5.
38. Frappé P. Initiation à la recherche. 2^{ème} ed. France: CNGE, FAYR-GP, Global média santé; 2018.
39. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Malakoff: Armand Colin- Dunod; 2016. (U).
40. Brito O. La théorie « ancrée » ou ground theory [consulté le 09/09/2021]; 2012. Jacques Pain, [en ligne] Disponible sur: http://www.jacques-pain.fr/jacques-pain/Rech_Methodo_La_theorie_ancree.html
41. Moreau A, Dedianne MC, Letrilliard L, Le Goaziuo MF et al. Méthode de recherche: s'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien-médecine générale. 2004 avr;18(645):382-4.
42. Run JL, De Maximy M. Conflits de loyauté. Enfancesetpsy. 2013 mars;3(56).
43. Ordre des médecins. Le médecin et les enfants de parents non-cohabitants au regard des modifications de la législation en la matière [consulté le 09/09/2021]; 1996. Ordres des médecins, [en ligne]. Disponible sur: <https://ordomedic.be/fr/avis/attestations-certificats/certificat/le-medecin-et-les-enfants-de-parents-non-cohabitants-au-regard-des-modifications-de-la-legislation-en-la-matiere>
44. LOI n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale. JORF du 4 mars 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000776352/?fbclid=IwAR2xcQarG6Z-L7MXwDc9OAKWrZf-nHp87WfA-2oOuYVxWWeDz6Ddzllroi4#:~:text=5%20ainsi%20r%C3%A9dig%C3%A9s%20%3A-,%C2%AB%20Art.,que%20pour%20des%20motifs%20graves>
45. De l'exercice de l'autorité parentale. sect. 1, article 372-2 du code civil. JORF du 5 mars 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_1c/LEGIARTI000006426536
46. Bogucki B. Parents séparés : quelle organisation pour le suivi médical des enfants ? [consulté le 04/12/2020]; 2019. Allo docteur.fr, [en ligne]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/droits-et-demarches/parents-separes-quelle-organisation-pour-le-sui-vi-medical-des-enfants_24087.html
47. Gouttenoire A. La notion d'acte usuel, dans. Association jeunesse et droit ed. Journal du droit des jeunes, 2013; 2 (322):11-3.
48. Loi du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire. JORF du 05/08/2021. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043909676?r=ZN95nCzu0>
49. Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté. article L1111-5 du code de la santé publique. JORF du 05/01/2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_1c/LEGIARTI000031927576/

50. Generali. Famille recomposée : quels sont les droits quotidiens du beau-parent pour votre enfant ? [consulté le 28/07/2021]. Générali. 2020 [en ligne]. Disponible sur: <https://www.generali.fr/actu/famille-recomposee-droits-quotidiens/>
51. De la délégation de l'autorité parentale. sect. 3, article 377 du code civil. JORF du 30/12/2019. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039778188/
52. De la délégation de l'autorité parentale. sec 3 articles 376 à 377-3 du code civil. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006426976/
53. Assemblée nationale. Proposition de loi relative à l'autorité parentale et à l'intérêt de l'enfant, [en ligne]; 2014 [consulté le 26/09/2021]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0371.asp>
54. Haute autorité de santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [en ligne]; 2012 [consulté le 03/12/2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
55. Assistance hôpitaux publiques de Paris. Commission d'accès aux documents administratifs, 18 septembre 2014, [en ligne]; 2014 [consulté le 16/09/2021]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/commission-dacces-aux-documents-administratifs-18-septembre-2014-n-20142924-cada-dossier-medical-acces-patient-mineur-autorite-parentale/>
56. Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté. article L1111-7 du code de santé publique. JORF du 2 août 2021. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721068/#:~:text=1111%2D5%20et%20L.,%27interm%C3%A9diaire%20d%27un%20m%C3%A9decin.
57. Conseil européen ordre des médecins. Charte Européenne d'Éthique Médicale. Kos; 2011 juin.
58. Code de déontologie. Article 51 - Immixtion dans les affaires de familles [en ligne]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2021 [consulté le 15/09/2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-51-immixtion-affaires-familles>
59. Antibioclic. Traitement conseillé Angine [en ligne]. Antibioclic. 2017. [consulté le 07/10/2021] Disponible sur: <https://antibioclic.com/strategie/221/1390>
60. Assurances maladie-maternité-décès. articles R161-3 à R161-8-1 du code de la sécurité sociale. JORF du 20/09/2015. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006186373/>
61. Arrêté du 4 mai 2007 relatif au rattachement des enfants à leurs parents et des autres ayants droit à un assuré du ministre de l'agriculture et de la pêche et le ministre de la santé et des solidarités. JORF 19/05/2007. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006056485/>

62. Assurance maladie. Le retour NOEMIE [en ligne]. ameli.fr. 2021 [consulté le 15/09/2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/professionnel-de-la-lpp/exercice-professionnel/facturation/teletransmission-retour-noemie/retour-noemie>
63. Carnet de santé et examens obligatoires. articles L2132-1 à L2132-5 du code de la santé publique. JORF du 05/12/2021. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171130>
64. Arrêté du 28 février 2018 relatif à la forme et au mode d'utilisation du carnet de santé du Ministre des solidarités et de la santé. Internet]. JORF 28/02/2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036667829>
65. Jafland K. Les problèmes autour de la remise de la carte d'identité, du passeport, ou du carnet de santé des enfants de parents séparés [en ligne]. JAFLAND les affaires familiales. 2012 [consulté le 16/09/2021]. Disponible sur: <https://jafland.info/post/2008/07/29/L-accord-des-deux-parents-n-est-pas-requis-pour-refaire-une-carte-d-identite-ou-un-passeport>
66. Duburcq A, Courouve L, Vanhaverneke N. Evaluation du carnet de santé N°CERFA 12593*01 (modèle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006).[en ligne] Paris: Direction générale de la santé; 2010. [consulté le 15/09/2021] Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_1_evaluation_du_carnet_de_sante_de_1_enfant_aupres_des_professionnels.pdf
67. Le Camus M. Evaluation du remplissage du carnet de santé des enfants de 0 à 3 ans [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine] [en ligne]. Nantes (FRA): Nantes Faculté de médecine; 2017 [consulté le 02/12/2020]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=6454412d-245f-4b51-a260-ac9cb040a5f1>
68. Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé. sect. 4,aArticles L161-28 à L161-36-1 A du code de la sécurité sociale. JORF du 17 août 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006740720/2004-08-17>
69. Alperovitch A, Comte-Sponville A, Dickelé AM et al. Le « dossier médical personnel » et l'informatisation des données de santé [en ligne]. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé; 2020 mai [cité 16 sept 2021] p. 1-16. Report No.: avis n°104. Disponible sur: https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_104.pdf
70. Véran O., Ministère des Solidarités et de la Santé. Mon espace santé [en ligne]. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2021 [consulté le 16/09/2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/mon-espace-sante/>
71. Délégation ministérielle au Numérique en Santé. Mon espace santé. [consulté le 16/09/2021]. Mon espace santé, [en ligne] Disponible sur: <https://www.monespacesante.fr/>
72. Artufel-Meiffret M. La consultation pédiatrique en médecine générale : expériences, perception et attentes de parents d'enfants de 0 à 6 ans : enquête qualitative auprès de 16 parents dans les Alpes-Maritimes [en ligne]. Nice (FRA): de Nice-Sophia Antipolis, Faculté de médecine de Nice; 2013 [consulté le 26/09/2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904963>

73. Mascre F. Suivi médical des enfants âgés de 0 à 2 ans: motivations des parents, concernant le choix du praticien pour le suivi médical de leur premier enfant, en picardie [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine] [en ligne]. Amiens (FRA): de Picardie Jules-Verne, Faculté de médecine d'Amiens; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02420630>
74. Direction générale de la cohésion sociale. Dessine-moi un parent Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022 [en ligne]. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018 juill [consulté le 23/09/2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/strategie-nationale-de-soutien-a-la-parentalite-2018-2019>
75. Grandseigne P. Mon bébé en bonne santé. Hachette pratique; 2004.
76. Ducreu F, Pham D. Pour 92% des parents français, il n'y a pas de plus grand succès dans la vie que d'être un bon parent [en ligne]. Ipsos; 2021 [consulté le 05/10/2021]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/pour-92-des-parents-francais-il-ny-pas-de-plus-grand-succes-dans-la-vie-que-detre-un-bon-parent>
77. Coton P, Roy G. Les conséquences des séparations parentales sur les enfants [en ligne]. CESE; oct 2017 [consulté le 23/09/2021]. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-consequences-des-separations-parentales-sur-les-enfants>
78. Elia J. Trouble oppositionnel avec provocation [en ligne]. Le manuel MSD, version pour les professionnels de santé; 2021 [consulté le 05/10/2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-psychiatriques-chez-l-enfant-et-l-adolescent/trouble-oppositionnel-avec-provocation?query=Trouble%20oppositionnel%20avec%20provocation>
79. Sulkes SB. Trouble d'hyperactivité/déficit attentionnel [en ligne]. Le manuel MSD, version pour les professionnels de santé. 2020 [consulté le 05/10/2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-du-d%C3%A9veloppement-et-des-apprentissages/trouble-hyperactivit%C3%A9-d%C3%A9ficit-attentionnel>
80. Elia J. Trouble des conduites [en ligne]. Le manuel MSD, version pour les professionnels de santé. 2021 [consulté le 05/10/2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-psychiatriques-chez-l-enfant-et-l-adolescent/trouble-des-conduites?query=Troubles%20des%20conduites>
81. Guédénéy A, Dugravier R. Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne [en ligne]. La psychiatrie de l'enfant. 2020 déc 25; 6: 227-78. Disponible sur: <https://www.cairn.info/journal-la-psychiatrie-de-l-enfant-2006-1-page-227.htm>
82. Cohen-Salmon C, Côté S, Fourneret P, Gasquet I et al. Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent [en ligne]. Inserm; juill 2017 [consulté le 05/10/2021]. Disponible sur: <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570665>
83. Figueroa A, Soutullo C, Ono Y, Saito K. Separation anxiety. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. In Rey JM. 2012;1-27.

84. Kacenelenbogen N, Roland M, Schetgen M, Dusart AF. Etude du suivi par le médecin généraliste d'enfants de parents séparés. Revue médicale de Bruxelles.[en ligne] 2006. Disponible sur: <https://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/article/etude-du-suivi-par-le-generaliste-des-enfants-de-p-259>
85. Binet S. Parents séparés : confinement, garde alternée et exercice du droit de visite et d'hébergement.[consulté le 05/10/2021]. Village de la justice, la communauté des métiers du droit. 2020 [en ligne]. Disponible sur: <https://www.village-justice.com/articles/parents-separes-confinement-garde-alternee-exercice-droit-visite-hebergement,34282.html>
86. Thierry X, Geay B, Pailhé A, l'équipe SAPRIS et al. Les enfants à l'épreuve du premier confinement. janv 2021;1(585):1-4.
87. Règles communes à tous les modes d'exercice. sect. 1, R4127-76 du code de la santé publique. JORD le août 8 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912948
88. Conseil national de l'ordre des médecins. Rédiger un certificat médical [en ligne]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2019 [consulté le 23/09/2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/rediger-certificat-medical>
- 9
89. Conseil d'État, 4ème et 5ème sous-sections réunies [en ligne]; 2010 [consulté le 23/09/2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000022330381>
90. Code de déontologie médicale. articles R4127-1 à R4127-112 du code de déontologie du 07/05/2017. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190547/#:~:text=Tout%20m%C3%A9decin%20qui%20se%20trouve,il%20re%C3%A7oit%20les%20soins%20n%C3%A9cessaires.
91. Haute autorité de santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [en ligne]. HAS: recommandation de bonne pratique; 2014 mise à jour 07/2014 [consulté le 23/09/2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
92. Dauche A. Connaissances et attentes des médecins généralistes du finistère en matière de protection de l'enfance. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Brest (FRA): Université de Bretagne occidentale, Faculté de médecine et des sciences de la santé de Brest; 2018.
93. Conseil national de l'ordre des médecins. L'article 44 du code de déontologie médicale impose au médecin de protéger le mineur et de signaler les sévices et maltraitance dont il est victime. [en ligne]; 2019 [consulté le 23/09/2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/modele-signalement-sevices-mineur>
94. Service de l'aide sociale à l'enfance. articles L221-1 à L221 du code de l'action social et des familles. JORF 09/04/2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000032207365/2016-03-16/>

95. La cour des comptes. La protection de l'enfance: Une politique inadaptée au temps de l'enfant [en ligne]. 2020 nov [consulté le 23/09/2021]. rapport publique thématique. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-protection-de-lenfance-0>
96. Bourrat MM, Rabain D, Duverger P. Comment aborder les « crises familiales » en médecine générale : savoir accompagner la famille. *Psychiatrie les tables rondes*. oct 2015;1-6.
97. Morvilliers JM. Le care, le caring, le cure et le soignant. 2015;3(122):77-81.
98. Marin C, Worms F. À quel soins se fier ? Conversations avec Winnicott.[en ligne]. Presses Universitaires de France, " questions de soin"; 2015 [consulté le 08/11/2021]. 1-136 p. (Questions de soin). Disponible sur: <https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/a-quel-soin-se-fier--9782130631453.htm>
99. Gasper A. Représentations des parents sur le professionnel assurant le suivi de la santé de leur enfant de 0 à 2 ans, à travers leurs attentes et leur ressenti. Le médecin généraliste répond-il aux attentes des parents dans l'offre de santé ? [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine] .Lille (FRA): Lille 2 Droit et Santé, Faculté de médecine Henri Warembourg; 2014 . Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=24/TTL=41/SHW?FRST=42>
100. Maison des adolescents 68. Dispositif Pass Ecout'Emoi [consulté le 29/09/2021]. MDA 68. [en ligne] Disponible sur: <https://maisondesados.haut-rhin.fr/article/dispositif-pass-ecoutemoi>
101. Ministère des Solidarités et de la santé. Le dispositif PsyEnfantAdo. Mise en place d'un dispositif de soutien psychologique d'urgence pour répondre aux conséquences de la crise sanitaire sur la santé mentale chez les enfants et les adolescents [consulté le 04/05/2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/accompagnement-psychologique/article/le-dispositif-psyenfantado>
102. Le haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Convention relative aux droits de l'enfant [consulté le 07/10/2021]. Nation Unies Droits de l'Homme, [en ligne]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>
103. Ministre de la Justice. SADJAV : Qu'est ce qu'un espace de rencontre parents-enfants ? [consulté le 23/20/2021]. justice.gouv. [en ligne]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/actualite-du-ministere-10030/les-editions-11230/sadjav-quest-ce-quun-espace-de-rencontre-parents-enfants-17364.html>
104. Pirus C. Opinion des familles monoparentales sur les politiques sociales: un sentiment de vulnérabilité et une attente forte de soutien à la parentalité [en ligne]. DRESS; 2021 avr [consulté le 27/07/2021]. rapport N° 1190. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/opinion-des-familles-monoparentales-sur-les-politiques-sociales-un>
105. Versini D. Enfants au cœur des séparations parentales conflictuelle [en ligne]; 2008. Disponible sur: https://juridique.defenseurdesdroits.fr/index.php?lvl=notice_display&id=21139&opac_view=-1

106. Associations nationales des conseillers conjugaux et familiaux. [consulté le 23/09/2021]. ancccf. [en ligne]. Disponible sur: <https://www.ancccf.fr/la-vie-de-l-ancccf/lancccf-en-bref>
107. Archambault P. Séparation et divorce: quelles conséquences sur la réussite scolaire des enfants? *Population et société*. mai 2002;(379):1-4.
108. Ministère de l'éducation. Missions des infirmiers-ières de l'éducation nationale [consulté le 28/07/2021]. education.gouv.fr. [en ligne]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo42/MENE1517121C.htm>
109. Ministre de l'éducation. Missions des médecins de l'éducation nationale. **circulaire n° 2015-118 du 10-11-2015** [consulté le 28/07/2021]. Ministère de l'éducation. [en ligne]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo42/MENE1517120C.htm>
110. Arrêté du 20 août 2021 modifiant l'arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation. *JORF* 29 août 2021. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043985440>
111. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2019-2022 [consulté le 14/07/2021]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019 oct [en ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/la-reforme-de-l-enfance-protgee/article/strategie-nationale-de-prevention-et-de-protection-de-l-enfance-2019-2022>
112. Isaac-Sibille C, Bareigts E, Rapport d'information déposé en application l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse, [en ligne]. Paris: Assemblée nationale; 2018 sept [consulté le 28/07/2021]. rapport N° 1234. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b1234_rapport-information#_Toc256000013
113. Dufour L. Collaboration entre le service de Protection Maternelle et Infantile et les Médecins Généralistes dans la prise en charge de l'enfant de moins de six ans : enquête qualitative croisée auprès de médecins de PMI et de médecins généralistes installés en Gironde [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Bordeaux (FRA): Bordeaux 2- Victor Ségalen, faculté des sciences médicales; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01096555>
114. Peyron M. Pour sauver la PMI, agissons maintenant !. République française. [en ligne]; 2019 mars [consulté le 08/11/2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>
115. Service départemental de protection maternelle et infantile. articles L2112-1 à L2112-10 du code de la santé publique. *JORF* 24/12/2019. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171124/
116. Cyrulnik B, Benachi A, Filliozat I, et al. Les 1000 premiers jours, là où tout commence [consulté le 08/11/2021]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2020 sept [en ligne].

Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est/article/une-commission-d-experts-pour-etablir-le-rapport-des-1000-premiers-jours>

Résumé

Contextualisation : Les familles monoparentales dans un contexte de séparation des parents sont en forte croissance démographique et représentent désormais une famille sur quatre. La séparation des parents peut entraîner des conséquences psychologiques sur les enfants et perturber leur équilibre affectif, modifier leur quotidien et leur suivi médical. Le médecin généraliste reste le professionnel de santé le plus sollicité dans le parcours de soin de ces enfants.

Objectif : Connaître les attentes des parents des familles monoparentales pour le suivi en médecine de ville de leurs enfants.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée avec quinze entretiens individuels semi-dirigés auprès de parents séparés (échantillonnage boule de neige au sein d'associations de parents). Les entretiens ont été retranscrits en intégralité. L'analyse a consisté en une analyse catégorielle thématique et linguistique

Résultats : La gestion du quotidien d'une famille monoparentale nécessite une organisation dans leur quotidien. Les parents demandent au médecin de s'informer de la situation familiale, de la prévention, du dépistage des souffrances psychologiques, de partager les informations entre les parents et de connaître les modalités de l'autorisation parentale. Ils mettent en avant que le médecin doit savoir orienter vers les autres professionnels (notamment psychologues et pédopsychiatres), mais également vers les réseaux associatifs.

Discussion : La prise en charge de ces enfants nécessite pour le médecin d'intégrer l'enfant dans la complexité de sa situation familiale. Ainsi l'approche du soin doit s'approcher de la notion du « care » et mettre en avant la parole de l'enfant. La relation thérapeutique devient alors une tétrade : médecin-enfant-parent 1-parent 2. Il s'agit de prendre en compte chaque interlocuteur afin d'informer correctement tous les protagonistes et intégrer les difficultés du

parcours de soins (notamment les répercussion psychologiques). L'étude pourrait être étendue et interroger directement les enfants.

Conclusion et perspectives : La séparation des parents peut altérer le suivi médical des enfants et entraîner des difficultés psycho-affectives. Le médecin généraliste est le professionnel privilégié pour s'informer de la situation familiale, accompagner les parents et les enfants, dépister les difficultés, assurer une continuité des soins, orienter vers d'autres professionnels. Le suivi médical des enfants doit rester optimal malgré cet évènement de vie. Cependant, une famille monoparentale ne peut être stigmatisée à une famille en difficulté. Le médecin doit donc s'adapter à chaque situation.

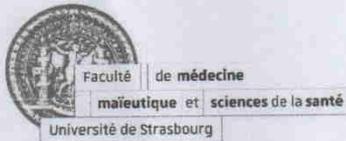
Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : enfant de parents séparés, rôle médecin de famille, familles monoparentales, autorisation parentale, recherche qualitative

Président : Professeur Schröder

Assesseurs : Dr Antoine GIACOMINI, Dr Dumas

Adresse de l'auteur : 5 bis place de la Bascule, Noyal-Muzillac, 56190



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Grelot

Prénom : Marion

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A Strasbourg le 16/11/2021

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.