

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

Année 2023

N° : 64

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat
Mention D.E.S. de MEDECINE GENERALE

PAR

Alma STAIANO

Née le 06.07.1993 à Esch-sur-Alzette (LU)

Titre de la thèse

**LA RELATION MEDECIN-PARENTS EN CONSULTATION
PEDIATRIQUE DE MEDECINE GENERALE : PARTICULARITES
RELATIONNELLES ET PISTES D'AMELIORATION**

Etude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes installés et
remplaçants dans le Bas-Rhin

Président de thèse : Professeur Thierry PELACCIA

Directrice de thèse : Docteur Elise FRAIH



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2022
Année universitaire 2022-2023

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Vice Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** 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 Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

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

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô 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 Seiamak	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Hépatogastro-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	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NRPô 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	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô 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	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

MM et Préfixes	CE ²	Services Hospitaliers au Institut / Localisation	Section du Conseil National de l'Université
MAZOUZIAN El AFIO-ElEYED	WRP CS	+ Pôle d'assistance médico-chirurgicale GMS-GRUJAH - Service de Chirurgie Générale - Assistance Médicale Spécialisée	41.01 Chirurgie Générale Assistance Médicale
MEYER Dora	WRP ICS	+ Pôle de Biologie Laboratoire de Anatomologie et de Microbiologie à l'Institut de	45.02 Parasitologie et mycologie (section biologie)
MEYER Paul Michel	WRP CS	+ Pôle d'Anesthésiologie / Réanimation chirurgicale / GMS-GRUJAH - Service d'anesthésiologie-réanimation chirurgicale / MEH	46.01 Opère / Anesthésiologie Réanimation (GMS-GRUJAH)
MEYER Rudi	WRP ICS	+ Pôle de Rhumatologie / Faculté de Médecine - Pôle de Neurologie - Assistance Médicale	46.02 Rhumatologie (section biologie)
MEYER Rudi	WRP ICS	+ Pôle de Cardiologie et de Spécialité Cardiovasculaire / H.C. Laboratoire de statistiques / hôpital civil - Département et laboratoire / Institut de médecine / hôpital civil	46.04 Cardiologie, pneumologie, néphrologie et radiologie de communication (GMS-GRUJAH)
MEYER Rudi	WRP CS	+ Urgences / Réanimation médicale / Centre ambulatoire - Service de Réanimation Médicale / Assistance Médicale	46.02 Réanimation
MILAVICIN Simej	WRP CS	+ Pôle d'Immunologie Laboratoire de Immunologie et Pharmacie de l'Institut de Médecine / GMS-GRUJAH	46.04 Opère / Immunologie Immunologie
MOGO Debra	WRP ICS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Cardiologie - Service de cardiologie / hôpital civil	41.02 Cardiologie
MOON Dora	WRP CS	+ Pôle de Spécialités médicales - Anatomologie / DRD - Service de Néphrologie - Opère et Réanimation / MEH	42.02 Néphrologie
MURIC Dora	WRP ICS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Gastro-entérologie - Service de Gastro-entérologie et Opère / MEH	42.02 Chirurgie digestive
MURIC Dora	WRP CS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Gastro-entérologie - Service de Gastro-entérologie et Opère / MEH	46.01 Neurologie et neurophysiologie
NEI George	WRP ICS	+ Pôle d'Imagerie Service de radiodiagnostic / DRD	47.02 Opère / Radiodiagnostic Radiodiagnostic
NEI RITA	WRP ICS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Neurologie - Service anatomopathologie de diagnostic clinique / MEH	46.04 Anatomopathologie clinique
NIKIC Dora	WRP ICS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Neurologie - Service de Neurologie / Assistance Médicale	42.02 Radiologie et Imagerie médicale (section clinique)
NIKIC Dora	WRP CS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Neurologie - Service de Neurologie / Assistance Médicale	41.02 Cardiologie
Mrs. NIKIC Ana	WRP ICS	+ Pôle de Neurologie - Service de Neurologie / Assistance Médicale	41.02 Chirurgie thoracique et cardiopulmonaire
Mrs. NIKIC Dora	WRP CS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Neurologie - Service de Neurologie / Assistance Médicale	46.01 Opère
NIKIC Dora	WRP ICS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Neurologie - Service de Neurologie / Assistance Médicale	46.02 Réanimation / Médecine d'urgence Opère / Médecine d'urgence
Mrs. NIKIC Dora	WRP ICS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Neurologie - Service de Neurologie / Assistance Médicale	42.02 Chirurgie digestive
NIKIC Dora	WRP CS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Neurologie - Service de Neurologie / Assistance Médicale	42.02 Chirurgie digestive
NIKIC Dora	WRP CS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Neurologie - Service de Neurologie / Assistance Médicale	47.02 Cancérologie, radiodiagnostic Opère / Cancérologie clinique
NIKIC Dora	WRP CS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Neurologie - Service de Neurologie / Assistance Médicale	47.02 Cancérologie, radiodiagnostic Opère / Cancérologie clinique
NIKIC Dora	WRP CS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Neurologie - Service de Neurologie / Assistance Médicale	46.01 Anesthésiologie-Réanimation; Médecine d'urgence (section clinique)
NIKIC Dora	WRP ICS	+ Pôle d'assistance médicale / Institut de Neurologie - Service de Neurologie / Assistance Médicale	44.04 Nutrition
NIKIC Dora	WRP CS	+ Pôle tête et cou - Service de Neurologie / Assistance Médicale	49.02 Neurochirurgie
M. NIKIC Dora	WRP CS	+ Pôle de Biologie - Service de Biologie / Opère, Centre de l'Université médicale-juridique et Laboratoire de Toxicologie / Institut et MEH - Institut de Médecine légale / Faculté de Médecine	44.01 Médecine légale et droit de la santé
NIKIC Dora	WRP ICS	+ Pôle des Spécialités digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d' gastro-entérologie et d'assistance médicale / MEH	47.01 Opère / Gastro-entérologie
NIKIC Dora	WRP ICS	+ Pôle de Biologie - Département Biologie du Développement et Cellules souches / DRD	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
NIKIC Dora	WRP CS	+ Pôle des Spécialités digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et digestive / MEH	43.02 Chirurgie générale
NIKIC Dora	WRP ICS	+ Pôle des Spécialités digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et digestive / MEH	43.02 Chirurgie générale
Mrs. NIKIC Dora - BILIC Dora	WRP ICS	+ Pôle médecine-chirurgie de réanimation - Service de Réanimation / Centre de Neurologie	44.01 Opère
Mrs. NIKIC Dora	WRP CS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie / Imagerie Générale et Cardio-vasculaire / MEH	46.02 Radiologie et imagerie médicale (op. clinique)
NIKIC Dora	WRP ICS	+ Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de gynécologie-obstétrique / MEH	44.02 Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale Opère / Gynécologie-obstétrique

nom et prénom	CR*	services hospitaliers ou autres / affiliations	enseignements du conseil national des universités
SCHEWEN F. ESTER		- Filie de Biologie - Institut (Laboratoire) de Neurologie / Ethnologie (Genève)	40.01 - Biologie - Biologie - Biologie (Zoologie)
Mme MAH VANDER		- Filie de Biologie Laboratoire de Virologie / Institut de Neurologie	40.01 - Neurologie - Virologie / Virologie (Microbiologie) Cancer - Biologie - Biologie
Mme SCARDOT CHRISTELLE		- Filie de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Gynécologie (Genève) - Service de Rhumatologie / Hôpital de la Croix-Blanche	50.01 - Rhumatologie
Mme DELACHAMBRE ESTER DORIS		- Filie de Biologie - Institut (Laboratoire) de Neurologie / Ethnologie (Genève)	40.01 - Biologie - Biologie - Biologie (Biologie)
TOURAINE J		- Filie de Pathologie Clinique	40.01 - Physiologie (Général - Spécial)
Mme LAURENTE JEAN		- Institut de Physiologie et expérimentation fonctionnelle (Genève) - Filie de Biologie - Physiologie (Genève) - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de la Croix-Blanche	40.01 - Physiologie (Général)
TELETE MARIE		- Filie de Biologie - Service de Biologie de la reproduction / Hôpital de la Croix-Blanche	50.01 - Biologie en médecine du développement et de la reproduction (Général - Spécial)
WALLET GABRIEL		- Filie de Biologie - Laboratoire d'investigation de la coupe - Hôpital de la Croix-Blanche	40.01 - Mécanisme - morphologie Cancer - neurologie - Biologie
Mme ELLENWALD JOYCE MARIE		- Filie de Biologie Laboratoire de Virologie / Institut de Biologie	40.01 - Neurologie - Virologie / Virologie (Microbiologie) Cancer - Biologie - Biologie - Biologie
Mme de LAET JOLIE		- Filie de Biologie - Labo. de neurologie et de psychologie médicale / Hôpital de la Croix-Blanche	40.01 - Neurologie
Mme CALZADINI ALESSIA de MALCANTONI DILLI ANTHONY		- Filie de Biologie - Physiologie (Genève) - Service de Neurologie / Hôpital de la Croix-Blanche - Filie de Pathologie Clinique - Service de Neurologie et d'Exploration Fonctionnelle (Genève)	40.01 - Neurologie 40.01 - Physiologie (Général - Spécial)

62 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (mono-appartenance)

M. ANNA - CHRISTOPH NIKOLA	Laboratoire d'Environnement des Organismes de la ville et de la forêt (U. de Genève) Institut d'Anatomie Pathologique	71 - Environnement - Biologie des systèmes et des techniques
----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

63 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (mono-appartenance)

Mme DIABRAI CORA	CEDEC 0448 1007 - Equipe IMC / Technicum Virologie	63 - Neurosciences
M. DELEMBRE JEAN-PIERRE	CEDEC 0448 1007 - Equipe IMC / Technicum Virologie	63 - Neurosciences
M. ECHECHE	Laboratoire d'Environnement des Organismes de la ville et de la forêt (U. de Genève) Institut d'Anatomie Pathologique	71 - Environnement - Biologie des systèmes et des techniques
M. FERRAZ ANA	CEDEC 0448 1007 - Equipe IMC / Technicum Virologie	63 - Neurosciences
Mme HENRISSY ANA	Laboratoire d'Environnement des Organismes de la ville et de la forêt (U. de Genève) Institut d'Anatomie Pathologique	71 - Environnement - Biologie des systèmes et des techniques
Mme COFFINCHON ANNE	Laboratoire d'Environnement des Organismes de la ville et de la forêt (U. de Genève) Institut d'Anatomie Pathologique	71 - Environnement - Biologie des systèmes et des techniques
Mme BAUMANN ANNE	Laboratoire d'Environnement des Organismes de la ville et de la forêt (U. de Genève) Institut d'Anatomie Pathologique	71 - Environnement - Biologie des systèmes et des techniques
M. WANDER GABRIEL	Laboratoire d'Environnement des Organismes de la ville et de la forêt (U. de Genève) Institut d'Anatomie Pathologique	71 - Environnement - Biologie des systèmes et des techniques
M. ZAMBELLI ANA	Laboratoire d'Environnement des Organismes de la ville et de la forêt (U. de Genève) Institut d'Anatomie Pathologique	71 - Environnement - Biologie des systèmes et des techniques



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur PELACCIA Thierry,

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse et pour l'intérêt que vous y avez porté. Vos compétences dans le domaine de la pédagogie sont une force pour ce travail. Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance et mes plus sincères remerciements quant à votre disponibilité.

A ma directrice de thèse,

Madame la Docteure Elise FRAIH,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour toute ton aide, tes conseils, ta disponibilité, ton engagement, ta rigueur et ton soutien dans ce projet. Merci pour ta gentillesse, ton enseignement et accompagnement au sein du tutorat tout au long de mon internat. Cela a été un plaisir de travailler avec toi.

A Madame la Docteure Anne BERTHOU,

Je vous prie de recevoir mes plus sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus grande gratitude et considération.

Aux **médecins généralistes** qui ont accepté de participer à mon étude,

Merci de m'avoir donné de votre temps et accepté de me faire partager votre vécu. Grâce à vous et aux échanges très enrichissants, j'ai pu réaliser ce travail. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

Aux **médecins de mon entourage**, ceux que j'ai connus et côtoyés durant mes études, mes stages et mes remplacements, ceux qui ont pris le temps de me former, ceux qui m'ont touchée par leur bienveillance et leur humanité exprimées auprès du patient.

A mes **parents et mon frère Nicola**, qui ont toujours été là pour moi. Merci de m'avoir soutenue dans mes projets, de m'avoir donné confiance et amour afin d'arriver à exercer le métier que j'ai toujours rêvé de faire : celui d'être médecin. Maman et papa, si je suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous. C'est grâce à vous que je me dis que rien n'est impossible, car je ne serai jamais seule. Nicola, tu es désormais un homme de discipline et d'ambition, merci pour ta présence et tes conseils précieux. Merci d'être toujours là pour moi.

A mes **grands-parents** qui sont partis bien avant que je travaille sur cette thèse, et j'aurai toujours ce regret que vous ne m'ayez pas vue devenir docteur.

A tous mes **amis**, merci d'avoir partagé tous ces beaux moments ensemble, merci pour votre présence, votre soutien, votre générosité, votre écoute, vos attentions, votre immense affection. Merci de m'accepter comme je suis et de rester à mes côtés.

Enfin, je remercie **toutes les personnes** qui de près ou de loin ont participé avec beaucoup de bienveillance et d'humanité à ma formation professionnelle.

TABLE DES MATIERES

I) INTRODUCTION	23
A) Contexte	23
B) Justifications de l'étude	24
C) Objectifs de l'étude	27
II) MATERIEL ET METHODE	28
A) Type d'étude	28
B) Population de l'étude	31
C) Recueil des données	31
D) Retranscription, analyse des données, matériel utilisé	33
E) Cadre éthique et juridique	33
III) RESULTATS	34
A) Description de la population	34
B) La place de l'éducation des parents dans la relation avec leur médecin	36
1) Les médecins qui interviennent dans l'éducation	36
2) Les médecins qui gardent la distance	37
3) Les médecins qui n'interviennent pas	38
C) Mettre les émotions au diapason	39
1) Apaiser l'angoisse, le stress et l'agressivité des parents	39
a) <i>L'inquiétude parentale</i>	39
b) <i>Rassurer par la bienveillance, les discours positifs et le calme</i>	40
2) Gérer la culpabilisation professionnelle	41
a) <i>Accueillir les reproches des parents</i>	41
b) <i>Donner des explications claires en amont, dialoguer</i>	42

3) Combattre le déni des parents	43
a) <i>Dépister le déni parental</i>	43
b) <i>Evoquer “comment se passe l’école”</i>	44
4) Lutter contre la mise en échec du médecin : le scepticisme et les croyances parentales	45
a) <i>Parents internautes, scepticisme et croyances parentales</i>	45
b) <i>Convaincre en s’appuyant sur les guidelines</i>	45
5) Ne pas se laisser gagner par la contagion émotionnelle	46
D) Construire la relation avec les parents – aptitudes relationnelles	47
1) Faire le parallèle avec ses propres enfants	47
2) L’écoute, l’empathie et l’encouragement	48
3) L’accompagnement dans la durée : le “médecin de famille”	50
4) Être vrai, naturel et suivre son instinct – le franc parler	50
5) Utiliser l’humour pour dédramatiser et faire passer un message	51
6) La construction d’une confiance réciproque	51
7) Le détachement émotionnel	52
E) Principaux facteurs impactant la relation médecin-parents	52
1) La parentalité : le médecin parent	52
2) L’expérience du médecin	54
3) La vocation pour le métier	55
F) Le manque de collaboration avec l’hôpital et les confrères spécialistes : facteur externe pouvant altérer la relation médecin-parents	56
1) Les difficultés relevées	56
a) <i>Une communication difficile</i>	56
b) <i>Longs délais de prise en charge</i>	57
c) <i>Sentiment d’exclusion de la boucle des soins</i>	58
d) <i>Le syndrome de l’imposteur ?</i>	58
2) Impact sur la relation médecin-parents	59
a) <i>L’accroissement de l’angoisse des parents</i>	59
b) <i>Le sentiment d’impuissance et d’inutilité du médecin</i>	59
3) La nécessité d’une cohésion interprofessionnelle majeure	59

G) Quatre exemples de situations : L'intervention du médecin généraliste en urgence, la non-prescription des antibiotiques, la défiance vaccinale, le décalage culturel et social dans les situations de précarité	60
1) L'intervention du médecin généraliste en urgence	60
a) <i>Le sentiment de dévalorisation et d'utilisation</i>	60
b) <i>Le manque de confiance des parents en raison d'un manque de temps</i>	62
c) <i>La méconnaissance du dossier</i>	62
d) <i>Eduquer les parents au suivi régulier</i>	63
e) <i>Accepter une répartition de travail/collaboration avec le pédiatre</i>	63
2) La non-prescription des antibiotiques	65
a) <i>La revendication des parents mettant le médecin sous pression</i>	65
b) <i>Céder, refuser ou trouver un compromis</i>	66
c) <i>En justifiant et en les éduquant</i>	67
3) La défiance vaccinale	68
a) <i>La méfiance et le retrait des parents</i>	68
b) <i>Convaincre par la pédagogie et la répétition, rassurer par l'expérience et persuader par la culpabilisation</i>	69
c) <i>L'acceptation des parents sous la contrainte et l'obligation juridique, mais le retrait devant le choix</i>	70
4) Le décalage social et culturel dans les situations de précarité	71
a) <i>La barrière de la langue : l'importance de la communication</i>	72
b) <i>Comprendre et gérer les différences culturelles</i>	73
c) <i>Familles nombreuses et mères très jeunes et inexpérimentées nécessitant une compréhension et une réassurance majeures</i>	74
d) <i>La place des grands-parents : gérer la présence d'un tiers</i>	75
e) <i>La protection de l'enfance : relation de confiance difficile et retardée</i>	75
f) <i>Un manque de compétence interculturelle dans les soins</i>	76
H) La présence de l'interne/remplaçant dans la relation médecin-parents	76
1) Stress parental majeur face à la présence d'un interne actif	76
2) Stress qui est maîtrisé par la bonne supervision du MSU	78

D) Comment adapter la formation pédiatrique à la parentalité ?	79
1) Le maintien du stage ambulatoire chez le praticien si l'activité pédiatrique est suffisante	79
2) Un stage dans un cabinet de pédiatrie pour augmenter le contact avec la parentalité	79
3) Un stage en pédiatrie sociale pour acquérir une compétence interculturelle dans les soins	80
4) Un stage aux urgences pédiatriques pour améliorer la réactivité en situation d'urgence et apprendre à dédramatiser	81
5) Eviter les stages de pédiatrie dans les services trop spécialisés	82
6) Une question d'expérience par la formation sur le terrain, de contact et d'autoformation	83
7) Une formation qui a déjà bien évolué	83
IV) DISCUSSION	85
A) Discussion de la méthode	85
1) Forces de l'étude	85
2) Faiblesses de l'étude	86
a) <i>Les biais de sélection</i>	86
b) <i>Les biais externes</i>	86
c) <i>Les biais d'investigation</i>	87
d) <i>Les biais d'interprétation</i>	87
B) Où placer les limites de l'intervention éducative du médecin envers les parents ?	87
1) La difficulté de se substituer aux parents	87
2) En fonction des thèmes abordés : l'obésité, l'alimentation et les écrans des sujets délicats	91
3) Finalement faut-il intervenir dans l'éducation, et quand ?	92
C) La gestion de l'angoisse	94
1) Gérer l'incertitude et la peur de l'erreur diagnostique	94
2) La gestion de l'angoisse : le médecin parent plus compétent dans le rôle de soutien à la parentalité ?	95
3) Comment définir le stress parental et dans quelles situations est-il présent ?	97
4) Quelles sont les attentes des parents angoissés finalement ?	99

D) Un manque de solidarité professionnelle entre les médecins généralistes et les confrères spécialistes	100
1) Le syndrome de l'imposteur entraînant une concurrence ?	100
2) Les outils et les modes d'exercice coordonné : une solution d'avenir ?	102
E) Une formation imparfaite à améliorer	102
1) La formation actuelle	102
2) Des lacunes à combler : le manque d'outils concrets pour faire face à la parentalité	103
3) Les propositions d'amélioration éventuelles	104
V) CONCLUSION	107
VI) ANNEXES	110
A) ANNEXE : Grille d'entretien individuel	110
B) ANNEXE : « Descriptif de l'ensemble des familles de situations (problèmes complexes) dans lesquelles l'interne de médecine générale devrait être placé afin d'évaluer ses performances et ses compétences » (page 12-15), CNGE	111
C) ANNEXE : Grille d'évaluation de stage "santé de l'enfant" du DMG de Strasbourg	113
D) ANNEXE : Formalités CNIL	117
E) ANNEXE : Avis favorable du comité d'éthique	118
VII) BIBLIOGRAPHIE	119

LISTE DES ABREVIATIONS

- CAMPS : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
- CAP : Certificat d'aptitude professionnelle
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research
- CPP : Comité de Protection des Personnes
- CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
- DES : Diplôme d'études spécialisées
- DIU : Diplôme interuniversitaire
- DMG : Département de Médecine Générale
- ECN : Epreuves Classantes Nationales
- GEAP : Groupes d'échange et d'analyse de pratique
- GEP : Groupes d'échange de pratique
- MSU : Maître de stage des universités
- ORL : Otorhinolaryngologue
- PMI : Protection maternelle et infantile
- PRECCOSS : Prise en charge coordonnée des enfants obèses et en surpoids à Strasbourg
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Grille CORECQ remplie	29
Tableau 2 : Principales caractéristiques des participants	34
Tableau 3 : L'intervention du médecin dans l'éducation parentale	38

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : La gestion des émotions médecins-parents	47
Figure 2 : La construction d'une relation médecin-parents	56

I) INTRODUCTION

A) Contexte

Lorsque le patient est un enfant, c'est aux parents que le médecin s'adresse pour recueillir l'information médicale. Ce sont eux les premiers « messagers du savoir » et c'est à eux de transmettre à leur enfant l'information sur sa maladie (1).

Le médecin généraliste est appelé médecin traitant, mais il est surtout un médecin de famille et occupe une place de plus en plus importante dans le suivi de la santé des enfants. En 2022, 8682 pédiatres exercent en France, contre 99941 médecins généralistes, tout mode d'exercice confondu (2). Avec une densité de pédiatres libéraux en France de 19,5/100000 enfants inférieurs à 15 ans en 2018, les pédiatres libéraux sont 50 fois moins nombreux que les médecins généralistes pour soigner et suivre 21% de la population française (3). De plus, il est important de noter que le nombre de pédiatres libéraux est en constante diminution, alors que les besoins de santé de l'enfant augmentent et se diversifient notablement. Selon les régions, on compte actuellement 20 à 30 médecins de famille pour 1 pédiatre libéral (4). Or depuis janvier 2016, la loi de santé attend pour tout enfant dès la naissance, un médecin référent, généraliste, pédiatre ou tout autre spécialiste pour le suivi. Cela se répercute inévitablement sur les consultations de médecine générale, étant donné que le rôle du médecin généraliste est de coordonner des soins, assurer une prévention personnalisée et de veiller au bon développement de l'enfant.

Une part importante de la médecine de l'enfant est ainsi assurée par les médecins généralistes, c'est pourquoi leur formation à la pédiatrie est primordiale lors de leur parcours.

B) Justifications de l'étude

La relation entre le médecin et l'enfant est importante pour que le jeune patient adhère au projet thérapeutique, comme défini dans l'article L. 1111-4 du code de la santé publique : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision » (5). Il ne sous-entend donc qu'une "participation" du mineur à la décision, le consentement devant être donné principalement par les parents. A ce sujet, la thèse sur la prise en charge des mineurs en médecine générale d'Isabelle Bardot-Pecqueux, nous rappelle qu'il est donc essentiel de ne pas négliger l'autorité parentale : « les parents, qui ont des droits et des devoirs concernant la santé de leur enfant » (6). Une prise en charge correcte d'un enfant par le médecin généraliste nécessite donc tout d'abord une relation de confiance entre le praticien et les parents.

Dans la relation de confiance entre le mineur et le médecin et les parents et le médecin, le rôle du thérapeute est ainsi déterminant dans la prise en charge globale, physique, psychique et sociale de l'enfant. Le rôle du médecin n'est pas d'écarter les parents, mais d'encourager l'enfant à communiquer avec ses parents, tout en gardant le secret médical du jeune patient. Ce rôle, de par cette relation triangulaire parents-enfant, enfant-médecin et médecin-parents, est très complexe.

Beaucoup de travaux se sont intéressés aux attentes et au ressenti des parents sur le professionnel de santé. Ainsi, dans la thèse d'Alice Gaspar portant sur le ressenti et les attentes des parents des professionnels assurant le suivi des enfants de 0 à 2 ans, les principales attentes concernant le suivi étaient « la réassurance et l'étayage parental, les conseils sur l'alimentation, le suivi des vaccinations et la prévention, la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement psychomoteur. Les parents attendaient également un diagnostic exact des pathologies aiguës et une prise en charge rapidement efficace » (7). Dans une autre thèse sur la

prise en charge de l'asthme, qui est la première maladie chronique chez l'enfant, il est montré que le comportement et le discours du médecin sont essentiels pour l'adhésion des parents au projet de soins (8).

Par ailleurs, il est important de souligner que les échanges avec certains parents peuvent déclencher chez le professionnel de santé des réponses émotionnelles négatives. « Bien qu'un patient adulte sur six soit identifié comme tel par son généraliste, peu de données ont été publiées sur ce qui fait qu'un parent est perçu comme "difficile" » (9), selon l'article de D. S. Schechter et S. Rusconi-Serpa. Il traite de la difficulté que ressentent les médecins face aux parents affectés par un trouble psychiatrique. L'enjeu du soignant est d'arriver à gagner la confiance du parent le plus difficile, dans le but de soigner au mieux l'enfant en question.

Les parents "difficiles" n'ont pas choisi d'être ainsi. En tant que professionnels, nous devons donc éviter d'aggraver la vie difficile de nos patients en y ajoutant des comportements impulsifs qui peuvent être justifiés et compréhensibles mais qui, en fin de compte, ne sont pas utiles. Avoir la capacité d'utiliser différents styles de communication pour s'adapter aux besoins de nos patients et de leurs parents, améliorera probablement aussi notre propre résilience et notre bien-être. La question est, comment y parvenir ? Et, comment intégrer ces outils relationnels concrets afin d'améliorer la formation médicale en lien avec la parentalité ?

A la faculté de médecine de Strasbourg la formation "santé de l'enfant" pour les médecins généralistes est la suivante : durant le deuxième cycle, l'externat comporte un stage intégré avec un stage hospitalier de deux mois à temps plein, couplé avec un enseignement théorique constitué de travaux dirigés plusieurs fois par semaine (10). A partir de la rentrée 2022-23 ce module n'est plus enseigné en tant que module intégré depuis la réforme du 2^{ème} cycle des études médicales. Durant le troisième cycle, lors de l'internat, un stage « Santé de l'enfant » de six mois est obligatoire. Il est soit mixte, soit entièrement hospitalier, soit uniquement ambulatoire

chez des praticiens maîtres de stage (MSU) ayant une activité orientée vers le suivi de l'enfant. Il faut cependant noter que les autres stages en ambulatoire, notamment le stage « niveau 1 » ainsi que le « stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) », permettent également de voir des enfants en consultation selon l'activité des praticiens agréés (11). Le choix de stage au troisième cycle de médecine générale, se fait selon le classement des épreuves classantes nationales (ECN) et le nombre de semestres validés. Il faut également noter que le nombre de maquettes de stage de pédiatrie (ambulatoire ou mixte) est limité, ne permettant donc pas toujours à l'interne de choisir le stage souhaité. Ceci introduit donc une hétérogénéité dans la formation des internes de médecine générale. Cette dernière comprend également le « tutorat », organisé par le département de médecine générale (DMG), où chaque interne se voit attribuer un tuteur qui l'accompagne pour toute la durée de son diplôme d'études spécialisées (DES). Des rencontres individuelles et collectives sous la forme de « groupes d'échange et d'analyse de pratique (GEAP) » ou de séances « d'apprentissage par problème (APP) », sont organisées afin d'échanger sur des situations vécues par les étudiants, d'exposer les problèmes rencontrés et d'en rechercher les possibles solutions en échangeant collectivement (12).

Dans la thèse d'Elsa Thomas de Lyon, portant sur le vécu des internes en médecine générale concernant des questions de bon sens des parents en médecine de l'enfant, il est proposé que « le tutorat avec les groupes d'échange de pratique (GEP) pourrait comporter des séances dédiées à la gestion de l'incertitude » (13). Les internes n'y sont pas préparés au cours de leurs études et les mettent en difficulté lorsqu'ils se trouvent à devoir conseiller les parents sur des inquiétudes du quotidien. Ils ressentent notamment un manque de crédibilité, un sentiment de malaise et d'illégitimité face à ces questions non biomédicales qui ne font pas partie de leur formation médicale. Cette étude apporte donc une réflexion sur les améliorations à proposer pour la formation des internes, notamment lors du tutorat, qui pourrait se concentrer davantage

sur la gestion des émotions face aux situations complexes de la parentalité.

La faculté de médecine de Strasbourg propose par ailleurs une formation optionnelle “Santé de l’enfant“ ainsi qu’une formation dédiée à “L’adolescent en consultation“, où sont abordés différents thèmes théoriques en pédiatrie, mais où les difficultés de la relation médecin-parents, ainsi que les outils pour y faire face ne sont pas particulièrement traités. Les internes pouvant vite se trouver démunis face aux difficultés relationnelles rencontrées durant leur formation et dans leur pratique future, une approche pédagogique spécifique visant la gestion de la parentalité en pédiatrie, serait nécessaire dans leur apprentissage théorique et pratique. Pour ce faire, il est tout d’abord important d’identifier les difficultés rencontrées dans cette relation médecin-parents dans l’exercice de la médecine générale, pour ensuite pouvoir proposer des outils dans la formation des internes, ce qui nous a donc amené à se poser la question suivante :

Quelles sont les particularités dans la relation médecin-parents en consultation pédiatrique de médecine générale et quelles pistes d’amélioration proposer ?

C) Objectifs de l’étude

L’objectif principal de cette étude était de mettre en évidence les particularités et notamment les difficultés dans la relation médecin-parents en consultation pédiatrique de médecine générale, afin de trouver des pistes d’amélioration proposées par les médecins généralistes.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient d’analyser le rôle éventuellement joué par l’expérience des médecins et d’intégrer les propositions d’amélioration recueillies dans la formation de pédiatrie proposée par le département de médecine générale de Strasbourg.

II) MATERIEL ET METHODE

A) Type d'étude

Pour cette étude, nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative. Celle-ci est plus pertinente lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc non quantifiables. Elle permet de s'intéresser aux émotions, aux comportements ainsi qu'aux expériences personnelles des sujets interrogés (14). Par conséquent cette méthode nous a paru être la plus adaptée à notre sujet de recherche, visant à explorer le ressenti des médecins dans leur relation avec les parents dans l'exercice de pédiatrie.

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive basée sur des entretiens individuels approfondis réalisés en Alsace avec une approche par analyse interprétative phénoménologique. L'objectif est de s'intéresser à la façon dont une expérience de vie vécue a été ressentie et comprise par une population ciblée et homogène. Les participants ont ainsi été recrutés afin de « sélectionner que des personnes ayant en commun le vécu du même phénomène » (15).

L'entretien individuel permet donc d'avoir un réel ressenti authentique en récoltant l'avis, le ressenti, l'attitude et les représentations de la personne interrogée.

Les critères de qualité COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) ont été utilisés afin de présenter une étude qualitative de qualité (16).

Tableau 1 : grille COREQ remplie

N°	ITEM	Réponses adaptées à l'étude
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1.	Enquêteur/animateur	Alma STAIANO
2.	Titres académiques	Diplôme d'études spécialisées (D.E.S.) de médecine générale, conférant le grade de master
3.	Activité	Médecin remplaçant en médecine générale
4.	Genre	Femme
5.	Expérience et formation	Formation approfondie en sciences médicales, études spécialisées en médecine générale Expérience en lien avec l'étude : stage « santé de l'enfant » au service de neuropédiatrie au CHU de Strasbourg
<i>Relations avec les participants</i>		
6.	Relation antérieure	Oui, avec certains participants
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Connaissances professionnelles, connaissance des motifs de la recherche
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Motivation et intérêt pour le sujet de recherche
Domaine 2 : Conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Approche par analyse interprétative phénoménologique
<i>Sélection des participants</i>		
10.	Echantillonnage	De convenance
11.	Prise de contact	Par téléphone et par mail
12.	Taille de l'échantillon	12 participants
13.	Non-participation	Pas de non-participation ni d'abandon

Contexte		
14.	Cadre de la collecte des données	Domicile, lieu de travail (cabinets de médecine générale)
15.	Présence de non-participants	Non
16.	Description de l'échantillon	Médecins généralistes installés depuis plusieurs années avec une activité pédiatrique ; jeunes médecins généralistes installés depuis quelques mois ou remplaçants ayant fini leur internat et effectuant des remplacements depuis au moins quelques mois, dans le Bas-Rhin
Recueil des données		
17.	Grille d'entretien	Explication préalable écrite sur le sujet d'étude, grille d'entretien non fournie
18.	Entretiens répétés	Non répétés
19.	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio
20.	Cahier de terrain	Pas de cahier de terrain
21.	Durée	Durée moyenne d'un entretien individuel : 30 min, recueil des données entre mai et novembre 2022
22.	Seuil de saturation	Discuté et atteint
23.	Retour des retranscriptions	Pas de retour des retranscriptions
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	2 personnes
25.	Description de l'arbre de codage	Pas de description de l'arbre de codage
26.	Détermination des thèmes	Déterminés à partir des données
27.	Logiciel	Aucun logiciel n'a été utilisé
28.	Vérification par les participants	Pas de retour des participants
Rédaction		
29.	Citations présentées	<i>Verbatim</i> présentés clairement dans les résultats et anonymisés : (DR1) – (DR 12)
30.	Cohérence des données et des résultats	Oui, cohérence des données présentées dans les résultats
31.	Clarté des thèmes principaux	Oui, thèmes principaux exposés dans un plan adapté
32.	Clarté des thèmes secondaires	Oui, description de certains cas particuliers et discussion des thèmes secondaires

B) Population de l'étude

Afin d'étudier les particularités dans la relation médecin-parents et le rôle de l'expérience, nous avons décidé d'inclure deux populations différentes : des médecins généralistes installés depuis plusieurs années avec une activité pédiatrique ; des jeunes médecins généralistes installés depuis quelques mois ou des remplaçants ayant fini leur internat et effectuant des remplacements depuis au moins quelques mois en Alsace, dans le Bas-Rhin, en région urbaine et semi-urbaine, à Strasbourg et ses alentours.

Le nombre de participants n'a pas été défini à l'avance et la taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données. L'échantillonnage a été constitué pour sélectionner des médecins avec une expérience la plus diverse possible pour comprendre au mieux ce qui se passe lors de ces consultations.

Pour des raisons pratiques d'accessibilité et de temporalité, nous avons privilégié des médecins exerçant à Strasbourg ou en périphérie. Certains jeunes médecins installés et remplaçants sont des collègues rencontrés durant les études de l'investigatrice principale. D'autres médecins ont été rencontrés durant ses stages d'internat « praticien niveau 1 » et ses remplacements. Une partie a été contactée par l'intermédiaire et sur conseil de collègues.

Les médecins généralistes n'ayant pas d'activité pédiatrique ont été exclus.

C) Recueil des données

La plupart des médecins ont été contactés initialement par téléphone, soit par appel soit par message. Un seul a été contacté par mail. L'investigatrice principale a expliqué le thème de l'étude de manière générale avant d'obtenir l'accord du participant, puis a convenu d'une date d'entretien. Avant son inclusion dans l'étude, c'est-à-dire avant le début de chaque entretien,

chaque médecin interrogé a reçu des explications plus détaillées concernant cette étude : il s'agissait de recueillir leur ressenti et leurs expériences des consultations de pédiatrie en médecine générale. Les informations communiquées ont été résumées dans un document écrit remis à chaque médecin par mail ou par message.

Une fois que l'investigatrice principale s'est assurée que le déroulement de cette étude ainsi que ses objectifs ont bien été compris par le médecin interrogé, son consentement écrit a été recueilli. Chaque médecin a été libre de refuser sa participation à l'étude et a pu retirer son consentement à tout moment et ce, quelle qu'en soit la raison, sans responsabilité ni préjudice. Un exemplaire de consentement signé par l'investigatrice principale et le médecin interrogé a été remis à chaque participant. Après accord oral, chaque participant était informé du démarrage de l'enregistrement ainsi que de l'anonymisation de son discours.

Les entretiens se sont déroulés soit en présentiel soit par téléphone. Les entretiens individuels en présentiel ont lieu soit au domicile de l'investigatrice principale, soit au cabinet ou au domicile du participant.

L'investigatrice principale suivait son guide d'entretien élaboré préalablement et composé de 12 questions ouvertes avec d'éventuelles relances pour aborder ou préciser certaines thématiques. Cette grille d'entretien a été élaborée pour dégager les thématiques permettant de répondre à la question principale de l'étude, une étude bibliographique conséquente de la littérature ayant aidé à la composition de cette grille. Elle a d'abord été testée sur un médecin installée afin de s'assurer de sa validité. Cette grille d'entretien a évolué tout au long de l'étude, puisqu'elle a été réévaluée et modifiée après chaque entretien.

Le recueil des données a eu lieu jusqu'à saturation des données, défini par le moment où chaque nouvel entretien qualitatif ne produit que des données déjà découvertes auparavant. L'inclusion

de nouveaux participants a alors cessé. Avant d'arrêter le recueil, la saturation des données a été confirmée par deux entretiens supplémentaires.

D) Retranscription, analyse des données, matériel utilisé

L'enregistrement des entretiens a été réalisé sur un dictaphone mobile et sur le dictaphone d'un iPhone 13 Pro. Par la suite, la retranscription de l'intégralité des propos des participants a été réalisée sur Microsoft Word, puis anonymisée. Les entretiens ont ensuite été analysés par thèmes puis convertis en *verbatim* par l'investigatrice. Il y a donc eu plusieurs étapes dans cette étude : le recueil des *verbatim* avec l'analyse thématique qui a été faite indépendamment par l'investigatrice principale et par sa directrice de thèse pour confronter les résultats.

Les données bibliographiques ont été en partie stockées sur le logiciel de gestion bibliographique Zotero afin d'indiquer les références bibliographiques selon la norme Vancouver.

E) Cadre éthique et juridique

Au vu du sujet de cette étude, du profil des personnes interrogées et de l'absence de données dites « sensibles », elle n'entre pas dans le champ d'application de la loi Jardé (17). L'avis de du comité d'éthique de la faculté de médecine de Strasbourg a été néanmoins demandé et a été favorable (Annexe E).

La soumission du protocole au Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été requise. L'enregistrement de l'étude auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectué et permet d'attester de l'accomplissement des formalités réglementaires en la matière (Annexe D).

III) RESULTATS

A) Description de la population

Pour notre étude, réalisée entre début mai et fin septembre 2022, nous avons interrogé 12 médecins généralistes pouvant être divisés en deux groupes. Dans le groupe des jeunes médecins installés ou remplaçants, l'âge était en-dessous de la trentaine (de 28 à 29 ans) et il s'agit de 3 hommes. Dans le groupe des médecins installés depuis plusieurs années, l'âge allait de la trentaine à la soixantaine et nous avons interrogé 7 femmes et 2 hommes installés depuis plusieurs années. Parmi tous les participants, 8 sont parents. La majorité des participants exercent dans la ville de Strasbourg, hormis 2 participants (2 femmes) qui exercent en région semi-urbaine autour de Strasbourg. Au total, 7 femmes et 5 hommes ont participé à l'étude. Afin de respecter l'anonymat des participants ceux-ci ont été identifiés de « **(DR 1)** » à « **(DR 12)** ». Les principales caractéristiques des médecins interrogés ont été regroupés dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Principales caractéristiques des participants

Caractéristiques	Sexe	Lieu	Age	Exercice particulier	MSU	Parents
DR 1	F	Urbain	Cinquantaine	Salariée Protection maternelle et infantile (PMI)	Non	Oui
DR 2	F	Semi-urbain	Soixantaine	Acupuncture, installée seule	Oui	Oui
DR 3	F	Urbain	Quarantaine	Diplôme interuniversitaire (DIU) Santé de l'enfant, associée	Oui	Oui

DR 4	F	Urbain	Soixantaine	Associée	Oui	Oui
DR 5	F	Urbain	Trentaine	Médecin référente de foyers de la jeunesse, l'animation de formation pour les médecins déjà thésés, n'est plus associée	Oui	Oui
DR 6	F	Urbain	Trentaine	Consultations libres seulement, associée	Non	Oui
DR 7	M	Urbain	Cinquantaine	Consultations libres seulement, associé	Non	Oui
DR 8	M	Urbain	Trentaine	Installation récente, associé	Non	Non
DR 9	M	Urbain	Trentaine	Installation récente, associé	Non	Non
DR 10	M	Variable	Trentaine	Remplaçant	Non	Non
DR 11	M	Urbain	Trentaine	Associé	Oui	Non
DR 12	F	Urbain	Quarantaine	Salariée Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN)	Non	Oui

B) La place de l'éducation des parents dans la relation avec leur médecin

L'éducation est un cadre indispensable à l'enfant et un réel défi pour tous les parents et ce quel que soit l'âge de l'enfant. Les difficultés rencontrées par les parents peuvent souvent les pousser à avoir des interrogations ou à se remettre en question. En consultation pédiatrique de médecine générale, il arrive fréquemment aux médecins de constater les limites et les difficultés rencontrées par les parents dans l'éducation de leurs enfants. Comment y font-ils face ? Quelles sont **les attitudes adoptées** par les médecins généralistes tout en **préservant la relation avec les parents quand ils interviennent dans l'éducation ?**

Les différents types de comportements des médecins interrogés se scindent en trois et ont été exposés dans un tableau récapitulatif en fin de partie.

1) Les médecins qui interviennent dans l'éducation

Certains médecins **interviennent dans l'éducation**, pensant qu'il s'agit d'une réelle nécessité. Ils utilisent trois méthodes différentes pour laisser passer des messages aux parents : en s'adressant **directement aux parents**, en s'adressant **à l'enfant** ou en utilisant la **communication non verbale**. Nous avons pris trois exemples concrets de thèmes relevés par les praticiens interrogés et posant problème dans l'éducation : l'enfant turbulent, l'allaitement, le suivi de l'enfant. Ces praticiens soulignent que c'est un rôle crucial du médecin généraliste d'être "**l'école des parents**", mais que le médecin est la seule figure pouvant endosser ce rôle.

« Donc oui, faut intervenir sur le côté éducatif, on a notre rôle, on a un grand rôle parce que c'est personne d'autre, il y a pas d'école des parents de toute manière, donc c'est nous. C'est nous l'école des parents... » (DR 4)

« Je suis droite dans mes bottes : je dis ce qu'il faudrait faire et en mettant bien sûr des nuances et j'explique ce qui serait le mieux, puis à eux de faire. » (DR 1)

2) Les médecins qui gardent la distance

D'autres médecins **gardent la distance en sensibilisant** les parents, en restant dans une **démarche de conseil** ou en intervenant seulement à la demande explicite de certains parents. Ils se mettent en effet à la place des parents et ne supporteraient pas eux-mêmes l'intervention d'une tierce personne dans l'éducation de leurs enfants, pour éviter le sentiment de culpabilité parentale. L'intervention dans cette démarche de conseil ne serait justifiée que si le comportement a des répercussions médicales, néanmoins certains sujets comme le surpoids ou l'usage excessif des écrans restent sensibles.

« Moi en tant que mère ça m'exaspère si on me donne des conseils ou des trucs, j'ai envie de claquer la personne...donc euh si vraiment il y a des gros trucs genre je me rends compte que le gamin passe quatre heures par jour devant la télé j'essaie de les sensibiliser...mais parce que j'estime que ça a après des répercussions médicales. » (DR 6)

« Euh je dirais s'ils me demandent. [...] enfin son éducation a été un peu particulière et du coup elle sait jamais si elle fait bien ou pas, est-ce qu'elle a le droit de le gronder dans telle situation, etc. Elle me demande souvent : “Mais vous est-ce que vous feriez pareil ? Est-ce que j'ai bien réagi en faisant ça ?” Donc c'est pas tous les parents qui vont me demander, mais certains. » (DR 3)

3) Les médecins qui n'interviennent pas

Une minorité de participants restent dans une **démarche purement médicale**, convaincus que ce n'est pas le rôle du médecin mais uniquement des parents d'éduquer leurs enfants.

Tableau 3 : L'intervention du médecin dans l'éducation parentale

Mode d'action	Justification	Méthode	Thèmes	Verbatims / mises en situation
<u>INTERVENIR</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Le rôle du médecin généraliste - Une nécessité 	<p>Eduquer en s'adressant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>aux parents</i> - <i>aux enfants</i> - <i>communication non verbale : silences</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfant turbulent/ casse de matériel - Allaitement - Le suivi de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>“Ecoutez, alors là par contre faut le prendre hein...”</i> » (DR 1) - « <i>Je dis “NON” et il s'arrête immédiatement</i> » (DR 4) - « <i>En leur faisant des silences, en faisant des pauses en les regardant, en regardant l'enfant qui fait du bruit...</i> » (DR 8) - « <i>Je demande aux parents d'être un peu plus vigilants, de me ramener les enfants une à deux fois par an et surtout s'ils ne sont pas malades, afin que je puisse faire un vrai examen clinique dans de bonnes conditions.</i> » (DR 2)
<u>GARDER LA DISTANCE</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Identification avec les parents : charge morale trop lourde - Intervention si problème éducatif majeur 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser - Démarche de conseil 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentation/ surpoids - Les écrans 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>Si vraiment il y a des gros trucs genre je me rends compte que le gamin passe 4h par jour devant la télé j'essaie de les sensibiliser...</i> » (DR 6) - « <i>On donne des conseils d'éducation oui...</i> » (DR 5) - « <i>Après sur l'alimentation aussi quand il y a vraiment besoin...et encore franchement le dispositif PRECOSS m'arrange bien.</i> » (DR 6)

<u>NE PAS INTERVENIR</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle exclusif des parents - Mise en péril de la relation 	Rester dans le médical	/	- « C'est leur rôle et du coup que nous on a pas à faire ça quoi... Je trouve qu'on a moins de rôle éducatif... » (DR 11)
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C) Mettre les émotions au diapason

1) Apaiser l'angoisse, le stress et l'agressivité des parents

a) L'inquiétude parentale

L'inquiétude parentale est une difficulté qui a amplement été mise en avant par nos participants. La **non-proportionnalité** de celle-ci en fonction de la gravité des situations est également une caractéristique qui a été soulevée. Les praticiens rapportent en effet avoir souvent à faire avec des parents très inquiets, alors que leur enfant ne présente pas de pathologie grave et relève d'un bon état général. Inversement, il peut y avoir des parents qui ne se montrent pas très inquiets, alors que leur enfant nécessiterait des soins plus lourds. Dans tous les cas **l'angoisse, l'anxiété ou le stress** des parents relevé par les praticiens sont des émotions négatives auxquelles ils doivent fréquemment faire face.

« Donc il y a des mamans qui sont hyper stressées et angoissées, qui ont besoin d'être toujours rassurées, puis il y en a d'autres qui s'en fichent quoi. » (DR 5)

« Soit les parents sont très inquiets pour des choses qui sont pas forcément inquiétantes. Bah du coup après c'est comme des consultations habituelles. Soit l'inverse, des parents qui sont pas suffisamment inquiets alors que la situation mérite un suivi très rapproché... » (DR 7)

« Là les problèmes c'est quand les parents sont un peu trop inquiets par rapport à la situation de son enfant, enfin la pathologie de l'enfant. 95 % des consultations que j'ai fait en pédiatrie quand c'est pas du suivi c'est juste pour des viroses classiques qui n'auraient pas forcément nécessité une consultation... » (DR 9)

« Voilà moi quand j'ai des petits je sais que ça va être plus compliqué quand les parents sont stressés. » (DR 12)

L'angoisse peut parfois se traduire par une agressivité, surtout masculine selon le vécu des parents, ayant eu un « passé lourd » (DR 1). Cette agressivité résulte le plus souvent d'une situation de crise qui provient de l'incompréhension des parents, parfois liée à une mauvaise maîtrise de la langue, à un manque de communication, mais également à une saturation du praticien.

« Hommes agressifs [...] Ça c'était vraiment une chose difficile à gérer quoi... l'agressivité des parents... » (DR 1)

b) Rassurer par la bienveillance, les discours positifs et le calme

Les praticiens rassurent les parents en employant des **discours positifs** pour apaiser leurs inquiétudes, en restant très **calmes**.

« Par exemple s'ils me disent : "Mathilde va vraiment très très mal, je l'ai jamais vue comme ça, elle est vraiment pas comme d'habitude !" et que tu te retrouves avec une petite fille de 3 ans en fait qui est toute souriante et qui est en train de jouer et en train de dessiner, j'avoue que bah là je leur dis : "Ok, bah là elle a quand-même un aspect rosé, un teint relativement bon, effectivement peut-être qu'elle a l'air malade ..." " J'y vais avec des pincettes mais j'ajoute déjà des adjectifs positifs. » (DR 10)

« Alors...ben j'essaie d'être très...le plus zen possible en fait, d'aller à l'encontre et j'essaie vraiment de les rassurer. La réassurance, la réassurance, la réassurance, en espérant ne pas me tromper ! » (**DR 12**)

2) Gérer la culpabilisation professionnelle

a) Accueillir les reproches des parents

Les médecins interrogés ont pu constater la **possible rapidité d'évolution du tableau clinique d'un enfant**. Cela pose problème quand on va vers l'aggravation rapide, alors qu'on ne la prévoyait pas au moment où l'enfant est vu en consultation et où son état de santé était encore rassurant. Même en ayant été informés en avance par le praticien d'une possible évolution défavorable de l'état de santé de leur enfant, certains parents se retrouvent tout de même à faire des **reproches** au médecin, entraînant un **sentiment de culpabilité** ressenti par ce-dernier. Ainsi un des médecins interrogés (**DR 11**) nous raconte deux cas qui ont pu le confronter à cette situation désagréable dans sa pratique. Dans le premier cas il s'agissait d'un enfant avec une crise d'asthme, cliniquement stable initialement : un bon état général avec une bonne saturation. Il lui a prescrit un bronchodilatateur de courte durée d'action et a donné les consignes devant amener les parents à reconsulter, en leur expliquant les possibles signes de gravité. L'enfant s'est ensuite dégradé dans la nuit en désaturant, amenant les parents à appeler le service d'aide médicale urgente (SAMU) pour être emmené aux urgences. Par la suite ils auraient reproché au médecin de les avoir rassurés à tort au début, alors qu'ils se sont vite retrouvés aux urgences. Le deuxième cas traitait d'un nourrisson initialement vu en consultation pour pleurs inexplicables. Lors du premier examen, le praticien n'a rien mis en évidence et n'a pas trouvé de signe clinique inquiétant. Le lendemain le nourrisson a été ramené par les parents et le médecin a aperçu « *une énorme ecchymose au niveau de la clavicule, c'était gonflé, œdématié* », lui

évoquant une fracture de la clavicule. La radiographie qu'il a prescrit a confirmé le diagnostic suspecté. Les parents ont par la suite reproché au médecin d'être « *passé à côté d'une fracture de la clavicule* ».

« Euh en pédiatrie tout ce qui est difficile c'est toujours la rapidité d'évolution des tableaux cliniques. Il m'est arrivé plusieurs fois, deux fois depuis que je suis installé de voir des enfants qui allaient bien quand je les examinai au cabinet et qui se sont dégradés ensuite pendant la nuit ou le lendemain et qui ont été hospitalisés ou qui sont allés aux urgences et du coup les parents après ils sont venus en me disant : "Oui vous aviez dit qu'il allait bien, en fait il allait pas bien..." » (DR 11)

Un cas soulevé par un autre médecin montre la possible rapidité d'évolution clinique d'un enfant :

« Il est venu me voir une première fois pour des pleurs inexplicables où bon la PMI avait déjà mis ça sur le compte des coliques. Moi je l'avais examiné, je n'avais strictement rien. Le moment où elle est venue me voir elle était calme, il y avait rien, enfin le bébé n'avait rien du tout et du coup euh bon finalement elle est revenue trois semaines après et bon quand je l'ai vue elle était quasi décédée, j'ai envoyé le papa aux urgences immédiatement... » (DR 6)

b) Donner des explications claires en amont, dialoguer

Le praticien **responsabilise** tout d'abord le parent à l'avance, en lui donnant des consignes devant l'amener à reconsulter avec son enfant. Il essaie ainsi de **se justifier** auprès d'eux par des **explications claires** sollicitant leur **compréhension** sur le fait qu'il n'est pas responsable ni coupable de l'évolution défavorable du tableau clinique de leur enfant. Cette façon de procéder lui permet ainsi de **se décharger de ce sentiment de culpabilité**.

« Donc voilà j'ai dû lui expliquer qu'on peut pas prévoir à l'avance comment va évoluer la crise d'asthme et qu'il faut toujours surveiller les enfants et que les choses peuvent évoluer et qu'on peut pas savoir à l'avance en fait hein... Et ça parfois les parents ils ont un peu de mal à comprendre hein [...] je lui avais donné les signes qui devaient l'amener à reconsulter et puis ensuite la nuit il s'est dégradé... » (DR 11)

« Je vais beaucoup dans le dialogue donc ouais, j'explique, j'explique, j'explique... Globalement j'ai l'impression que ça marche pas trop mal, ça va. » (DR 12)

3) Combattre le déni des parents

a) Dépister le déni parental

Les troubles du développement ou autres maladies rares et graves de l'enfant interpellent sur des enjeux parentaux très difficiles et par conséquent très délicats pour le praticien qui est en première ligne dans le dépistage et l'annonce du diagnostic. La plupart des médecins ont pu constater un **déni total** des parents durant ces situations. Ils auraient en effet tendance à refouler le problème et à se dire que "tout va bien" ou simplement à ne pas s'en rendre compte.

« Il y en a qui sont dans le déni total ou d'autres qui veulent qu'on fasse quelque chose [...] souvent ceux qui ont un trouble de la parentalité ou qui sont dans les quartiers un peu difficiles, eux ils ne voient pas le problème, ils ont pas envie, tout va bien ! » (DR 1)

« C'est un peu compliqué, parce que je veux pas non plus les inquiéter inutilement mais voilà, je pense qu'ils ne se rendent pas compte que je cherche en fait une pathologie chez leur petite [...] Ouais, alors je sais pas si c'est un déni ou comment ça se fait [...] la maman pareil dans un certain déni » (DR 3)

« Et pour le retard de développement ils s'en rendent souvent pas compte, surtout s'il s'agit du premier enfant... c'est normal, ils peuvent pas s'en rendre compte. » (DR 4)

b) Evoquer "comment se passe l'école"

Il est certain qu'il est plus difficile de détecter un trouble de quelconque nature chez un enfant, quand les parents sont dans le déni et ne manifestent pas d'appréhension ou de souci particulier. Pour avoir accès au dépistage, la plupart des praticiens demandent **comment se passe l'école** pour l'enfant et si les parents ont remarqué des difficultés particulières. Selon la réponse des parents, le médecin arrive à identifier d'éventuelles difficultés relevées par eux, permettant ainsi de leur faire face à la réalité et de les **sortir du déni**.

« Bah moi si les parents n'expriment pas de crainte ou de plainte, c'est difficile. Quand j'ai un doute je demande comment ça se passe à l'école, mais si les parents me disent rien, je peux difficilement insister. Alors de temps en temps je leur dis : "Faut quand-même qu'on le revoie un jour !" » (DR 6)

« Après pour les problèmes à l'école, à chaque fois que je vois les enfants, je leur demande toujours aux parents et aux enfants comment ça se passe, s'ils ont des copains à l'école, si ça se passe bien, s'ils ont des activités scolaires, et après les parents me parlent spontanément aussi des problèmes. Après est-ce que j'interviens dedans, ça dépend ! De toute façon on fait le dépistage. » (DR 5)

4) **Lutter contre la mise en échec du médecin : le scepticisme et les croyances parentales**

a) *Parents internautes, scepticisme et croyances parentales*

Certains praticiens ont constaté qu'ayant accès à internet, les parents peuvent facilement tomber sur une mauvaise qualité de l'information sur les réseaux sociaux, les forums, les sites de santé non fiables, les rendant **sceptiques** envers le médecin qui s'appuyant sur la science, s'oppose à leurs théories. Il est difficile de leur laisser faire la part entre ce qui n'est qu'une **croyance**, une hypothèse ou une idée, avec ce qui repose sur des données objectives démontrées. Cette attitude empêche donc le médecin de véhiculer des messages pertinents aux parents, le mettant dans un **sentiment d'échec**.

« J'avais beau leur prouver, je leur donnais des articles en fait à lire, je leur disais d'arrêter de lire des forums ou je leur disais : "Mais pourquoi vous croyez quelqu'un que vous connaissez pas dans les forums et moi vous me croyez pas, alors que moi je suis votre médecin et je vous apporte des données scientifiques ?" » (DR 4)

b) *Convaincre en s'appuyant sur les guidelines*

Les **"parents internautes"** peuvent mettre en difficulté les médecins, dont le rôle est de leur apprendre à se méfier de la désinformation.

Pour lutter contre le scepticisme et les croyances parentales, les médecins donnent des **guidelines** en s'appuyant sur la **science**, ce qui contribue à faire revenir les parents sur leurs décisions.

« Je leur donnais des articles en fait à lire...c'est primordial, les rendre attentifs, de leur donner les bases, de les revoir, de leur donner les "guidelines". Moi j'ai des liens vidéo, je sais pas si

tu connais “le docteur Ducanda“ par exemple sur Facebook, elle a fait des vidéos et je donne le lien sur YouTube aux patients par exemple. Ça m’arrive souvent de leur donner des petites fiches : “mon enfant ne dort pas“, “mon enfant ne mange pas“, enfin voilà des choses comme ça, je leur donne beaucoup de repères. Et ça les aide [...]. » (DR 4)

5) Ne pas se laisser gagner par la contagion émotionnelle

Certains praticiens ont relevé un **transfert d’émotions positives ou négatives** des parents au médecin, influençant inévitablement la prise en charge médicale. Cette influence peut être bénéfique, mais également trompeuse à l’égard de l’état de santé de l’enfant.

« Parfois il faut avoir un détachement dans la consultation par rapport à l’attitude des parents et c’est pas simple, car ça peut influencer notre façon parfois de...c’est vrai que quand on a des parents plus cool, on va être moins stressé au niveau de l’examen clinique, on va avoir moins peur de laisser passer un truc, que quand les parents sont hyper stressés ou qui nous mettent la pression [...] enfin ça devrait pas influencer notre prise en charge, mais je pense que ça l’influe quand-même ! » (DR 12)

« Je dirais si c’est un parent qui arrive qui est souriant, agréable, qui semble à l’écoute et qui s’exprime de façon posée, là très vite ça enlève entre guillemets toute ma propre inquiétude » (DR 10)

La façon qu’ont les praticiens de gérer l’émotion des parents dans le soin est résumée dans la figure suivante.



Figure 1 : La gestion des émotions médecins-parents

D) Construire la relation avec les parents – aptitudes relationnelles

1) Faire le parallèle avec ses propres enfants

Faire le parallèle avec ses propres enfants est un outil employé par certains médecins qui sont aussi parents. Cela permet de montrer aux parents qu'ils ne s'adressent pas seulement à un médecin, mais également à une mère ou à un père, qui malgré son statut de "docteur", a également pu vivre la parentalité et toutes les difficultés qu'elle comporte. Cela **humanise le médecin** et le rend plus proche des parents, dans une **posture horizontale, d'égal à égal**, plus accessible à la communication et aux confidences. Les médecins s'en servent pour appuyer leurs dires, pour rassurer les parents et les épauler mais surtout pour donner l'exemple. Les parents se sentiraient plus compris et moins seuls en apprenant que leur médecin vit ou a vécu les mêmes difficultés qu'ils sont en train de traverser.

« On peut mieux comprendre les parents et les aider je trouve pour tout en fait hein. Moi je pense ça les rassure parce qu'ils savent que j'ai des enfants en bas-âge en général (bon j'ai des photos sur mon bureau). Ils demandent souvent des nouvelles, on discute de nos enfants, donc ça crée aussi un lien avec les parents qui est sympa. [...] parfois aussi le fait d'échanger sur mon expérience personnelle ouais ils sont contents, ça les rassure, ça crée de la proximité [...] la proximité c'est très important : "Je vous prête mon porte-bébé, moi je m'en sers plus, faut que je le vende ou que je le donne !" (rires) et du coup je lui ai prêté !» (DR 12)

« C'est pour leur montrer que je suis pas que docteur mais que je suis aussi maman et que les difficultés qu'ils ont, et ben c'est pas que eux qui peuvent en avoir, que nous aussi on peut en avoir et j'essaie de leur donner des conseils par rapport à ce que j'ai vécu [...] Et ça me donne peut-être une figure plus humaine, plus voilà [...] Je dis : "Vous savez, moi avec mon enfant, ma 3^{ème} c'était comme ça et voilà ce que j'ai vécu." [...] je leur fais souvent du parallèle, j'hésite pas, après moi je suis comme ça... » (DR 1)

« Moi je trouve que ça les rassure vachement, ça nous rend peut-être plus humains et plus accessibles parce qu'il y a parfois des gens qui ont une image du médecin un peu voilà [...] Après, du coup on finit par dire aux gens : moi je donne souvent l'exemple tout simplement de mes enfants, j'en ai deux qui n'ont jamais eu d'antibiotiques. "Bah ma fille elle a 4 ans et elle n'a jamais eu d'antibio...donc il y a peut-être pas besoin, vous voyez !" » (DR 6)

2) L'écoute, l'empathie et l'encouragement

Certains médecins soulignent l'importance de l'**écoute** du parent, de l'**attitude empathique** face aux problèmes exposés, ainsi que l'**encouragement**. Même quand les parents peuvent se montrer contrariés voire agressifs, favoriser la communication peut être une première approche pour soulager leurs craintes et les aider à faire face à leurs problèmes.

« [...] qui ont un rapport avec les gens assez particulier hein, qui peuvent être super durs, qui peuvent t'envoyer bouler. Quand on m'envoie bouler j'avoue que je réponds, et puis je dis : "Bah attendez on va en discuter, qu'est-ce qui se passe ?" » (DR 1)

Avoir une **attitude empathique**, c'est-à-dire un processus où le médecin tient compte des émotions ressenties par les parents, aide ces-derniers à se sentir compris, acceptés, leur donne la possibilité de s'ouvrir au médecin et de lui confier ses soucis et ses sentiments.

« Je suis plutôt dans le genre à sourire et à dire : "Bon allez, je sais que c'est difficile, je sais que ça vous plait pas, mais bon..." » (DR 1)

« "Oui je comprends comment vous souffrez." » (DR 4)

« Maintenant des gens qui viendront me dire le bébé pleure beaucoup, je poserai la question : "Mais vous du coup ça va ?" Euh parce que je crois que ça peut être assez épuisant [...] donc du coup maintenant je rajouterai cette composante-là. » (DR 6)

L'encouragement des parents, par exemple afin d'orienter l'enfant vers des comportements appropriés, fait également partie du rôle de médecin généraliste. Les parents peuvent en effet vite être découragés par des personnes extérieures, et auraient besoin d'une figure qui les motive à continuer sur le droit chemin.

« Je dis : "Bravo, vraiment vous avez dû faire des efforts !". Je dis : "Est-ce que vous avez diminué les écrans ?" "Ah oui." "Ah bah vous pouvez être fière de vous, il va déjà beaucoup mieux, euh..." Elle me dit : "Oui parce que j'en ai marre, personne me dit que c'est positif, j'entends que du négatif !". » (DR 1)

3) L'accompagnement dans la durée : le “médecin de famille”

Selon certains médecins interrogés l'accompagnement se fait à tous les âges de la vie du patient. Cet **accompagnement dans la durée**, notamment dans plusieurs périodes longues et charnières de la vie des patients, renforce la relation avec les parents ainsi que l'enfant qui grandit, et fait du médecin traitant un “ **médecin de famille** ”.

« J'ai de temps en temps les nouveau-nés, donc c'est les nouveau-nés dont je connais très très bien les parents qui me sont confiés. » (DR 2)

« C'est vrai que si c'est quelqu'un que je connais qui est tombée enceinte et où je l'avais vue pendant la grossesse, que je vois et que je suis aussi en suivi nourrisson, il n'y a aucun problème. » (DR 5)

4) Être vrai, naturel et suivre son instinct – le franc parler

Certains praticiens soulignent que les émotions intenses ressenties par eux-mêmes et les parents méritent d'être abordées avec **sincérité** par le médecin **en suivant son instinct**. Le médecin transmet ses informations en restant au plus près de ses valeurs et de sa conscience.

« Ah complètement, je suis mon instinct, c'est exactement ça et du coup c'est vrai que j'ai beaucoup de monde et ça marche, les gens viennent me voir. Je n'essaie pas du tout de jouer un rôle. Après je suis pas du tout le genre de médecin distant, stéthoscope autour du cou : “C'est moi le chef, c'est moi qui dis !” Moi je suis très nature, j'ai un franc parler, je suis capable de leur dire...enfin voilà je leur dis les choses de manière sincère et ça se passe bien. Avec eux il faut, si tu détournes ça va pas. » (DR 1)

5) Utiliser l'humour pour dédramatiser et faire passer un message

Certains praticiens passent par **l'humour** pour faire passer des messages, **relativiser et rassurer**.

« Je leur dis : “Par contre là papa c'est à vous, vous voulez récupérer votre femme, vous voulez avoir une vie de couple, il faut aussi aider, il faut aussi aider la maman, il y a pas le choix, parce que la maman elle a du mal !” Et quand je leur dis : “Vous avez pas envie de récupérer votre femme et d'avoir une vie de couple ? ”, ils éclatent de rire et il me fait : Ah mais oui, merci de le dire !!! (Rires) » (DR 1)

« Alors parfois sur le ton un peu de l'humour mais je fais passer le message... » (DR 12)

6) La construction d'une confiance réciproque

D'après certains médecins interrogés, la **confiance** devrait être **réciproque** : non seulement le parent doit faire confiance au médecin, mais la confiance de ce-dernier envers le parent dans certaines situations est primordiale. Quand une mère sent que quelque chose ne va pas chez son enfant, le médecin devrait cueillir cette inquiétude et ne pas la sous-estimer à tort.

« Donc je fais énormément confiance aussi au sixième sens des parents. Quand ils sentent que quelque chose ne va pas, c'est le sixième sens de la maman quoi, on le sait ! » (DR 5)

« Alors souvent les enfants de cinq/six ans qu'on voit c'est souvent des enfants qu'on a suivi depuis tout petits, donc à force c'est de plus en plus une relation de confiance. Souvent on arrive à nouer des choses quand ils viennent tout petits [...] donc on construit vraiment petit à petit cette relation et quand on les voit après grands ça passe... » (DR 1)

7) Le détachement émotionnel

Cependant certains médecins se demandent s'il ne faudrait pas malgré tout **garder la distance** en restant dans son rôle de médecin et en mettant de côté sa vie privée devant les parents.

« Mais moi je le fais tout le temps, j'ai tendance et c'est peut-être pas la bonne chose j'en sais rien, mais moi je suis comme ça [...] Alors peut être que c'est pas bien et qu'il faudrait une distance en disant "je suis toubib, je suis pas maman", ça j'ai jamais réussi, je n'ai jamais réussi ! (Sûre d'elle) » (DR 1)

« Ça crée de la proximité, bon il faut pas qu'il y en ait trop non plus ça c'est important hein, c'est pas des amis les parents, mais il faut trouver la bonne distance quoi ! » (DR 12)

E) Principaux facteurs impactant la relation médecin-parents

1) La parentalité : le médecin parent

Tous les médecins interrogés, parents ou non parents, avouent que la **parentalité est une aide précieuse** dans la relation avec les parents durant les consultations en pédiatrie. Surtout les femmes médecin, étant passées par la maternité, se sentent beaucoup plus à l'aise pour donner des conseils aux parents concernant le comportement de leur enfant mais également d'un point de vue médical. Les parents se sentiraient soulagés d'être rassurés par un médecin qui lui aussi est parent et qui peut prodiguer des conseils pertinents. La parentalité des médecins apporte un savoir-faire par l'expérience qui semble non négligeable dans la pratique médicale pédiatrique.

« Je pense donc qu'être maman ça aide quand-même [...] Ça aide pour les traitements, ce qu'on a vécu...ça aide, ça c'est sûr. » (DR 1)

« A mon avis oui ça un impact, énormément, donc...et parce qu'en fait en tant que maman médecin on sait par quoi ils passent, donc les nuits difficiles, les dents, les machins, et en fait plus c'est proche de nous et plus ça nous parle en fait. Et puis les parents se sentent en fait écoutés, parce qu'ils se disent "punaise ils ont vécu pareil quoi" [...] en fait ils sentent qu'on sait de quoi on parle. Alors que quelqu'un qui n'a pas eu d'enfants, il ne peut pas comprendre »
(DR 5)

« Mais j'étais maman quand j'ai fait mon stage en PMI, ce qui n'était pas le cas quand j'étais en stage de pédiatrie, et je pense que pour moi la maternité a tout changé... » **(DR 6)**

« Je ne suis pas encore parent. Je pense qu'il y a un impact, je pense qu'on comprend mieux la crainte en fait, du fait qu'il puisse y avoir quelque chose d'organique, de sous-jacent... » **(DR 10)**

« Ça arrivait oui, ça arrivait...c'est toujours bien de se mettre un peu à la place des gens et puis de se dire : Moi s'il m'arrivait ça avec mon enfant, comment je réagirais ? Qu'est-ce que j'aimerais ? [...] psychologiquement on prend aussi conscience des questions, des angoisses des parents ça c'est sûr oui... » **(DR 7)**

Inversement, un des médecins hommes a avoué que s'occuper des enfants en tant que médecin, lui a permis d'être plus à l'aise avec ses propres enfants par la suite.

« Moi j'ai deux enfants, après je comprenais avant aussi mais bon le fait d'être père, ça m'a aidé surtout avec mes enfants, parce que je pratiquais déjà, donc du coup j'étais plus à l'aise avec les nourrissons quand j'ai eu des enfants que sans en avoir voilà... (rires) » **(DR 7)**

Il est donc intéressant de constater que les médecins mères semblent s'aider de leur expérience personnelle pour leur pratique médicale dans la relation avec les parents, contrairement aux

médecins hommes qui semblent s'aider de leur exercice médical pédiatrique pour leur vécu personnel de père.

2) L'expérience du médecin

L'expérience du médecin, qu'elle soit **personnelle** ou **professionnelle** a été relevée comme facteur notable impactant la relation médecin-parents par les médecins eux-mêmes. Un médecin ayant de l'expérience se sent plus apte et en confiance pour prodiguer des conseils aux parents et par conséquent ces-derniers se sentent plus en sécurité dans les soins et valorisent davantage la prise en charge de leur médecin. Nous avons donc pu constater que ce n'est pas tellement l'âge du médecin qui impacte la relation, mais plutôt l'expérience en partie liée à l'âge mais surtout au temps passé à être confronté aux situations semblables.

« Peut-être que globalement les gens ils préfèrent des médecins un peu plus expérimentés et peut-être des médecins femme, mais je pense que c'est vraiment au cas par cas quoi. » (DR 11)

« Curieusement certaines familles demandaient une personne plutôt âgée parce qu'elle va avoir plus d'expérience et d'autres quelqu'un de jeune parce qu'elle sort de la fac et du coup elle va connaître les choses les plus récentes. Donc j'ai connu et l'un et l'autre. » (DR 3)

« Oui bah d'une façon générale ça c'est plus le côté expérience qui peut déranger les parents... » (DR 7)

« Maintenant je suis acceptée mais c'est peut-être mon vécu aussi à moi avec ma confiance en moi tout simplement. Peut-être que les gens me faisaient tout autant confiance il y a 5 ans, mais moi j'ai gagné en assurance, à 34 ans. » (DR 6)

3) La vocation pour le métier

Certains des médecins interrogés ont souligné que leur **passion pour le métier** aurait une répercussion positive sur l'image qu'ils renvoient aux parents et renforce leur motivation à s'intéresser à eux. En effet l'investissement émotionnel, le plaisir et la véritable passion employée dans leur travail seraient valorisés par les parents, ce qui gratifie le médecin et le renforce dans cette voie. La **vocation** du médecin est donc un moteur pour le maintien d'une relation harmonieuse avec les parents.

« Ah ouais c'est sympa, j'avoue que c'est sympa, pour l'égo c'est vrai que c'est cool (rires) [...] Tu vois, ça me fait rire...ah moi ça me fait éclater de rire...Tu vois là-bas, ça pardonne pas, si t'aimes c'est bon, si t'aimes pas euh [...] je trouve ça génial quoi ! Je trouve que c'est des trucs où tu agis quoi [...] Dans le dire, je suis comme je suis, à priori ça plait. Voilà je reste comme ça quoi... » (DR 1)

« J'aime bien le lien avec les enfants et avec les parents, donc je me sens assez à l'aise. » (DR 11)

Les aptitudes relationnelles utilisées par les médecins pour construire une relation de confiance avec les parents sont résumées en Figure 2.

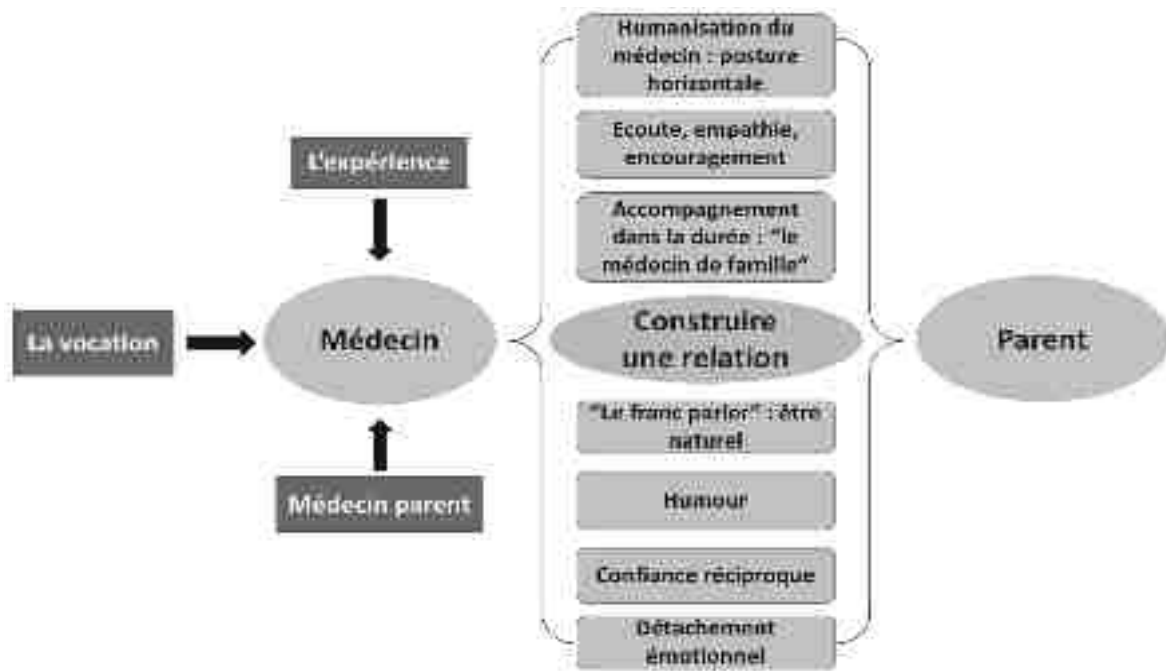


Figure 2 : La construction d'une relation médecin-parents : aptitudes relationnelles

F) Le manque de collaboration avec l'hôpital et les confrères spécialistes : facteur externe pouvant altérer la relation médecin-parents

1) Les difficultés relevées

a) Une communication difficile

La majorité des médecins interrogés ont souligné une réelle **difficulté à la communication avec les confrères spécialistes et l'hôpital**. Il est très difficile de les joindre et d'avoir un retour de leur part.

« Sauf que le jour où ils auraient dû être hospitalisés, il y avait plus de place dans le service, ils ont pas été prévenus. Du coup ils sont arrivés et on leur a dit : “Ah bah c’est dommage mais il y a plus de place, au revoir !” [...] J’ai beau transmettre les bios à l’hôpital, personne ne me fait de retour. » (DR 3)

« Là c’est aussi la difficulté libéral-hôpital, l’hôpital s’ils sont surbooké je le sais bien mais c’est difficile pour tout le monde ! [...] Donc j’essaie le plus possible d’avoir un retour vers un pédiatre, donc soit dans le carnet de santé, soit en envoyant des courriers. Donc j’utilise la messagerie sécurisée donc d’Apicrypt [messagerie médicale sécurisée] qui permet les échanges entre médecins et je leur écris parfois par ce biais-là. Donc je vous dis franchement j’ai jamais eu de réponse [...] Donc... et là je pense que c’est un barrage qui est fait à l’hôpital. » (DR 5)

b) Longs délais de prise en charge

Les longs délais de prise en charge sont désormais une règle, d’après la plupart des praticiens interrogés.

« Après tout est très compliqué parce que du coup bah par exemple un rendez-vous d’orthophonie dans le quartier où je suis c’est plus de six mois. Donc même si on dépiste un retard de parole admettons, le temps de prendre rendez-vous chez l’ORL... » (DR 6)

« J’ai un peu peur des délais, parce que je sais que c’est assez catastrophique un peu partout hein, que les places sont chères, que pour avoir une consultation en neuropédiatrie c’est très compliqué. » (DR 12)

« Donc je l’ai mis en attente pour qu’elle puisse aller au CAMPS [centre d’action médico-sociale précoce]. Elle est en attente [...] Donc je ne peux pas non plus les inquiéter inutilement

sachant qu'en plus les rendez-vous ils mettent après plusieurs semaines à être obtenus. » (DR

3)

c) Sentiment d'exclusion de la boucle des soins

Certains médecins **se sentent exclus** de la boucle des soins pour la prise en charge des enfants :

« Moi je peux rien dire parce que on ne nous fait pas rentrer dans la boucle... » (DR 3)

« La consultation a eu lieu chez le pédiatre, la maman ne revient pas pendant plus de six mois.

Et puis un jour arrive une lettre du pédiatre, récusant le diagnostic de Marfan. » (DR 2)

d) Le syndrome de l'imposteur ?

Le syndrome de l'imposteur est une tendance psychologique à la peur et à la remise en question. Une des médecins interrogés ressent en effet un manque d'estime de la part des confrères qui ne les considèreraient pas à leur juste valeur.

« Surtout que tout le monde n'est pas confraternel, donc on sait très bien qu'on se fait critiquer et ça très souvent hein...par les médecins de crèche, par les spécialistes, pas les avis d'untel enfin par n'importe qui ! [...] La place du généraliste est pas facile, parce qu'on est censé être multifonction mais en même temps on nous fait pas confiance, notre parole est souvent remise en doute ou remise en question et notre avis vaut moins que celui d'un autre, sauf pour les enfants dont j'assure le suivi. » (DR 5)

2) Impact sur la relation médecin-parents

a) L'accroissement de l'anxiété des parents

Ce manque de communication entre le médecin généraliste et ses confrères, entraîne une **anxiété majeure des parents** qui se trouvent dans l'attente et dans l'incertitude, le praticien ne pouvant pas les renseigner davantage, car limité par l'absence de retour de ses confrères.

« Puis les parents me posent des questions à moi [...] Sur le moment ils m'en veulent. Ils me disent : "Non mais dites-moi qu'est-ce qui se passe ?!" "Non mais je ne peux pas, je ne sais pas. Et puis là les spécialistes m'ont dit qu'il faut absolument que vous revoyez votre médecin. Je ne peux rien dire, je ne peux rien dire !" Mais en fait après ils soupirent, ils s'énerment et me disent : "Oui mais il est pas disponible !" Je dis : "Bah prenez rendez-vous, enfin... je sais pas moi, mais moi je ne peux pas, je suis désolée, mais je ne peux pas." » (DR 5)

b) Le sentiment d'impuissance et d'inutilité du médecin

Le sentiment d'impuissance et d'inutilité se montre important lorsque le médecin généraliste ne fait pas partie du suivi conjoint de l'enfant.

« Donc après je sais pas quoi dire aux gens à part retourner voir d'autres médecins... » (DR 5)

3) La nécessité d'une cohésion interprofessionnelle majeure

Les praticiens interrogés ont avoué que la **cohésion interprofessionnelle** entre médecins devrait être plus importante et qu'il devrait y avoir de la part des confrères spécialistes une considération plus haute du médecin généraliste. Cette confiance interprofessionnelle

permettrait d'arriver à un gain d'efficacité et par conséquent de renforcer la relation de confiance avec les parents.

« *Il faudrait peut-être un peu plus de cohésion entre nous, les médecins généralistes, les spécialistes et l'hôpital. Je pense que c'est pas parce qu'on est des généralistes qu'on est des sous-médecins quoi [...] il nous faut plus de cohésion quoi, hôpital et libéral et entre spécialistes et médecins généralistes.* » (DR 5)

G) Quatre exemples de situations : L'intervention du médecin généraliste en urgence, la non-prescription des antibiotiques, la défiance vaccinale, le décalage culturel et social dans les situations de précarité

1) L'intervention du médecin généraliste en urgence

a) Le sentiment de dévalorisation et d'utilisation

Un des principaux problèmes de la consultation pédiatrique soulevé par la majorité des médecins généralistes interrogés, reste le **suivi régulier** de l'enfant qui semble peu fréquent, en raison de la demande importante de rendez-vous urgents, les pédiatres n'arrivant probablement pas à répondre à cette demande tout seuls et n'étant pas disponibles. Cette intervention en urgence engendre un **sentiment de dévalorisation** du médecin généraliste qui est vu uniquement en cas de besoin et non pour le suivi régulier de l'enfant, comme s'il n'était pas assez compétent pour pouvoir le faire.

« Et alors j'interviens chez les enfants dès que c'est le samedi, ou le soir, ou le weekend [...] La plupart du temps je vois les enfants en urgence [...] Cette maman est totalement inconstante, c'est-à-dire qu'elle ne vient qu'en urgence, qu'au dernier moment et quand ça lui plait [...] je vois en urgence le samedi, le soir, et l'enfant à chaque fois dans un état de santé à la limite des urgences pédiatriques de l'hôpital [...] Je suis "le médecin urgentiste des enfants" » (DR 2)

« Donc je les vois en aigu pour une pathologie X ou Y, parce que le pédiatre n'est pas disponible ou bien parce qu'ils disent que le pédiatre n'est pas dispo. » (DR 5)

« C'est le pédiatre qui fait les examens obligatoires et le suivi de la croissance et puis on va chez le généraliste quand on a des pathologies aiguës parce que le pédiatre n'est pas disponible...donc ça, ça arrive aussi fréquemment parce que moi je travaille en ville et il y a pas mal d'enfants qui sont suivis par des pédiatres et quand ils ont des pathologies aiguës je les vois quoi... » (DR 11)

« Ça peut être l'enfant que je vois de temps en temps, mais dont je suis pas le médecin traitant. Je trouve que c'est compliqué, parce que tu sais jamais où ça en est, il y a toujours pas le carnet de vaccination, pas le carnet de santé. » (DR 12)

Ceci peut aller jusqu'au **nomadisme médical**, les parents essayant de trouver les rendez-vous urgents chez les médecins généralistes qui peuvent les accepter en consultation au moment du besoin, et leur en sont reconnaissants.

« Donc ça c'est les difficultés que je trouve chez le généraliste, quand les parents vont à droite et à gauche avec les enfants, parce qu'il y a un manque de suivi. » (DR 2)

b) *Le manque de confiance des parents en raison d'un manque de temps*

Le temps pour construire une **relation de confiance** avec les parents et leur enfant vus pour la première fois en situation d'urgence est trop court.

« Donc là les gens me font confiance, parce qu'il y a eu le temps pour instaurer une relation de confiance, et puis, parce que les gens ont décidé de faire le suivi par mes soins et là effectivement ils me font confiance. Et là c'est...j'ai pas de difficultés, je sais que j'ai pas besoin de donner 50 arguments pour qu'ils me croient, donc c'est différent. » (DR 5)

c) *La méconnaissance du dossier*

Certains médecins ont pu souligner la difficulté de prendre en charge un enfant en urgence **sans le connaître** en amont. Le **carnet de santé** qui sert à retracer les informations médicales importantes liées à l'enfant, manque très souvent, pouvant limiter une prise en charge optimale d'un enfant avec des problèmes de santé, ou la retarder (consultations plus longues pour essayer de retracer tout le parcours médical de l'enfant).

« Et ben je pense que maintenant je vais vraiment insister pour avoir ce carnet de santé à chaque fois qu'un enfant passe dans mon cabinet [...] et il y a de temps en temps des parents même encore aujourd'hui qui n'utilisent pas le carnet de santé... » (DR 2)

« Ça peut être l'enfant que je vois de temps en temps, mais dont je suis pas le médecin traitant. Je trouve que c'est compliqué, parce que tu sais jamais où ça en est, il y a toujours pas le carnet de vaccination, pas le carnet de santé. » (DR 12)

d) Eduquer les parents au suivi régulier

La plupart des médecins généralistes s'efforcent à **éduquer les parents au suivi médical régulier** de leur enfant, surtout pour les enfants en bas-âge, pour éviter de les voir seulement en situation aiguë, où l'état de l'enfant ne permet pas un examen clinique dans de bonnes conditions.

« Je demande aux parents d'être un peu plus vigilants, de me ramener les enfants une à deux fois par an et surtout s'ils ne sont pas malades, afin que je puisse faire un vrai examen clinique dans de bonnes conditions. » (DR 2)

« Mais oui c'est à nous d'intervenir bien sûr. C'est pour ça qu'il y a des examens médicaux obligatoires hein : 9 mois, 24 mois, puis tout le reste... C'est pour ça que je demande chez les tout petits, je demande à les voir une fois tous les ans au moins après 2 ans quoi. » (DR 4)

e) Accepter une répartition de travail/collaboration avec le pédiatre

Finalement, le travail entre les médecins généralistes et les pédiatres se complète d'après les médecins interrogés. D'une part, la demande est assez importante pour pouvoir tous y répondre et d'autre part, il s'agit d'une réelle **collaboration**. En raison de la diminution de la densité pédiatrique en France, les médecins généralistes se trouvent à devoir faire face à la demande urgente de soins pour des pathologies pédiatriques aiguës qui ne peuvent pas être entièrement prises en charge par les pédiatres installés, en cours de régression.

« Bah c'est comme ça, non non ça m'embête pas non je veux dire il y a suffisamment de travail pour s'occuper après... non non moi ça m'embête pas du tout [...] je pense que c'est un travail qu'on peut largement faire, après bah il faut se répartir un peu le travail entre tout le monde.

Mais comme on n'en manque pas bah voilà je pense que ça serait compliqué de rajouter toutes les consultations pédiatriques à des consultations normales. » (DR 7)

« Alors moi je pense que le médecin généraliste devrait continuer à faire partie en tout cas du suivi de la majorité des enfants en France à cause de la démographie médicale. Moi j'ai fait mon stage de pédiatrie à S. [ville dans le Bas-Rhin] et à S. il y a qu'une seule médecin pédiatre en ambulatoire. » (DR 10)

L'essentiel pour l'enfant serait d'avoir un **suivi régulier** chez un seul médecin, peu importe qu'il soit médecin généraliste ou pédiatre, mais de ne pas succomber au nomadisme médical.

« Je trouve que c'est toujours mieux pour l'enfant si c'est un médecin qui peut suivre l'enfant...Ce qui est important c'est qu'il y ait un suivi, après par qui franchement ça m'est égal.....s'il est suivi par un pédiatre et qu'il est bien suivi ben c'est bien. » (DR 11)

Laisser le suivi de pathologies spécifiques aux pédiatres semble être judicieux pour la plupart des médecins généralistes. Les enfants qui ont des pathologies chroniques seraient suivis par leur pédiatre et vus par les médecins généralistes de manière intermittente pour les pathologies aiguës gérables. Inversement, le suivi des enfants majoritairement sains pourrait se faire en médecine générale.

« En gros les enfants qui ont des pathologies chroniques (épilepsie, asthme grave ou des maladies génétiques ou des enfants autistes), ben en général ils sont suivis par un pédiatre ou par un spécialiste et nous on les voit de temps en temps, soit pour faire un suivi plus léger ou pour voir les évènements aigus intercurrents. Et après pour les enfants qui vont bien, bah là on peut faire tout le suivi, parfois ils ont pas de pédiatre pas de suivi en dehors de la médecine générale. » (DR 11)

2) La non-prescription des antibiotiques

a) La revendication des parents mettant le médecin sous pression

La plupart des médecins ont révélé une difficulté à répondre à la **demande pressante d'antibiotiques** de la part des parents. Il est souvent difficile de leur expliquer qu'il s'agit seulement d'une infection virale pour laquelle un antibiotique ne serait initialement pas indiqué, car non efficace.

« Par exemple sur la prescription d'antibiotiques notamment, où les parents sont assez demandeurs (rires) et c'est parfois difficile... » **(DR 6)**

« Ouais bah parfois il y en a qui veulent absolument alors qu'il y a pas forcément besoin. » **(DR 8)**

« Et cet aspect revendicateur, je trouve ça assez difficile à gérer, parce qu'en fait t'as l'impression d'être dans une impasse où si tu mets pas d'antibiotiques sur l'ordonnance, la personne ne va pas te laisser en paix quoi. » **(DR 10)**

« Après ça m'est déjà arrivé d'en prescrire quand vraiment les parents ils insistent au cours de la consultation, j'arrive pas à m'en sortir, qu'ils insistent, ils insistent, ils insistent...moi au bout d'un moment je craque enfin !!! » **(DR 11)**

Derrière cette demande urgente, les médecins ont parfois remarqué un désir pressant à ce que l'enfant aille rapidement mieux pour des raisons surtout logistiques (pas de moyens de garde, épuisement des parents etc.) et non réellement liées à l'anxiété des parents, comme on pourrait le croire.

« Cette maman je pense qu'elle est crevée et qu'il faut que ça aille vite et que elle je suis pas sûre qu'il y ait une grosse anxiété euh je pense que c'est plus oui pour que ça aille plus vite. Après alors il y a la problématique des gens par rapport au boulot, à la crèche, les crèches sont vraiment casse-couilles, alors je pense qu'il y a un gros travail à faire... » **(DR 6)**

b) *Céder, refuser ou trouver un compromis*

Certains médecins finissent malgré tout par **céder** parfois à la demande insistante des parents même quand ils ne sont pas d'accord :

« Donc là je lui ai mis les antibiotiques [...] c'est vrai que j'ai fini par céder contre ma conviction personnelle qui aurait été de ne pas du tout en mettre. » **(DR 6)**

D'autres **refusent** catégoriquement :

« Moi je coupe court et je dis : "Non là pour l'instant, dans l'état actuel des choses il n'y en a pas besoin" [...] mais moi je suis assez ferme sur les antibio que ce soit pour la pédiatrie ou pour les adultes, s'il y a pas besoin, il y a pas besoin quoi. » **(DR 9)**

Certains qui ont du mal à refuser, ont **trouvé un compromis** : la prescription à l'avance de l'antibiotique mais accompagnée par des consignes précises de prise :

« Après si c'est un vendredi soir ou veille de weekend férié et que ça a commencé la veille, ce que je fais c'est que je fais une ordonnance à côté et je leur dis les signes qui doivent leur faire débiter l'antibiotique. Car je sais très bien que si le samedi ils ont de la fièvre ils iront aux urgences ou chez SOS médecin. » **(DR 8)**

« Bah du coup je leur dis si jamais dégradation et que ça ne va pas mieux et qu'il y a ça, ça et ça comme symptômes, vous prenez et surtout je le note sur l'ordonnance en fait. Je remets

l'ordonnance mais je prescris en fait si aggravation et si toux verdâtre et si ceci ou cela dans 48h prendre cela. Donc je note ça sur l'ordonnance comme ça le pharmacien est aussi informé et en plus de ça je suis couvert. » (DR 10)

c) En justifiant et en les éduquant

Les médecins déclinent alors cette demande en **expliquant pourquoi** un antibiotique n'est pas nécessaire au moment de la demande des parents, notamment en leur apprenant la différence entre une maladie virale et bactérienne, ainsi que les risques d'une prescription d'antibiotiques injustifiée.

« Oui, ça c'est sûr qu'il y a des parents qui sont demandeurs d'antibiotiques, bon moi de toute façon j'en prescris pas beaucoup des antibiotiques donc j'essaie de beaucoup éduquer les parents. Je leur explique voilà ce que c'est la différence entre une maladie virale et une maladie bactérienne, j'essaie de les convaincre qu'il y a pas besoin d'antibiotiques. Je leur dis aussi si leurs enfants prennent trop d'antibiotiques, au bout d'un moment on peut sélectionner des germes résistants donc quand on peut éviter c'est toujours mieux. Quand ils ont une angine je trouve que le Streptatest c'est un bon outil pour convaincre... » (DR 11)

Ils leur expliquent également **quand reconsulter** pour éventuellement discuter d'une prise d'antibiotiques ultérieure. Pour cela ils se montrent fermes afin d'éviter toute contestation.

« Et donc si j'ai vraiment aucun doute, et que je sais qu'il y a aucun, aucun besoin, là je leur explique clairement que pour le moment ça sert à rien, je préfère qu'ils me rappellent deux/trois jours plus tard » (DR 8)

« *“Si jamais malheureusement ça persiste et qu’il y a d’autres signes bah vous revenez et on en rediscute à ce moment-là !”, mais moi je suis assez ferme sur les antibio que ce soit pour la pédiatrie ou pour les adultes, s’il y a pas besoin, il y a pas besoin quoi !* » **(DR 9)**

3) La défiance vaccinale

a) La méfiance et le retrait des parents

Le problème de la **réticence des parents** face à la vaccination de leurs enfants, même si elle est devenue peu fréquente, reste une question contemporaine. Plusieurs médecins tombent encore sur des enfants qui n’ont jamais été vaccinés, qui n’ont pas tous les vaccins obligatoires pour l’âge ou qui n’ont pas fait les rappels, malgré un suivi médical régulier pour certains. Quelques-uns n’utilisent pas le carnet de santé ni le calendrier vaccinal, donc le suivi des vaccinations peut devenir difficile.

« *12-13 mois, elle avait pas de vaccins* » **(DR 1)**

« *Elle n’était pas correctement vaccinée, alors qu’elle était suivie par un pédiatre etc. [...] ce n’est pas en ordre et les vaccinations obligatoires n’ont pas été faites [...] Et il y a de temps en temps des parents même encore aujourd’hui qui n’utilisent pas le carnet de santé et qui ne suivent pas le calendrier vaccinal et qui ne ramènent pas les enfants, qui ne ramènent jamais le carnet de santé au médecin généraliste. Donc je me suis rendue compte que j’ai beaucoup d’enfants dans la patientèle que je ne connais pas et dont je n’ai jamais l’antériorité vaccinale.* » **(DR 2)**

Le **refus des parents** à la vaccination de leurs enfants pose problème à la majorité des médecins interrogés, parce qu’ils mettent en danger leur propre enfant, mais également les autres. La

réponse du médecin à ce refus peut parfois atteindre la rupture des soins après plusieurs tentatives à essayer de convaincre les parents.

« Les situations qui me posent problème j'en ai très très peu, mais c'est les antivax, qui veulent pas vacciner leurs enfants et il y en a quelques-uns. J'en ai eu alors peut-être 2-3, ça à vrai dire ça pose problème, je supporte mal, parce que c'est leur enfant qu'ils mettent en danger. »

(DR 4)

« Donc on leur dit qu'on peut pas suivre leur enfant dans notre cabinet et donc on les adresse soit à la PMI soit vers un confrère ou un pédiatre, mais moi j'ai du mal avec les parents qui vaccinent pas leurs enfants. Donc j'essaie de leur expliquer à la première consultation, parfois je les vois deux ou trois fois mais quand je vois que voilà j'arrive pas à les convaincre de la vaccination et que eux ils vont pas bouger sur leur position et qu'ils veulent pas vacciner leurs enfants avec les vaccins obligatoires, bah je leur dis que moi je peux pas suivre leur enfant... »

(DR 11)

b) *Convaincre par la pédagogie et la répétition, rassurer par l'expérience et persuader par la culpabilisation*

Certains médecins prennent initialement le temps de donner des **explications claires** aux parents concernant la vaccination en s'appuyant sur la **pédagogie** et en **répétant** les concepts.

« Donc j'essaie de leur expliquer à la première consultation parfois je les vois 2 ou 3 fois... »

(DR 11)

« Alors là pour une famille avec qui j'ai de bons rapports avec la maman, mais qui était pas du tout pro-vaccins et je m'y suis prise vraiment sur plusieurs consultations, je suis revenue dessus à la charge, j'ai tout simplement exposé un peu les faits [...] Je les ai informés, je leur

en ai parlé et reparlé et finalement ils ont été d'accord [...] Sinon je joue à la pédagogie voilà et là ça avait fonctionné... » (DR 12)

D'autres praticiens utilisent leur **expérience personnelle pour rassurer** les parents :

« Donc euh mais oui ça m'arrive volontiers pour essayer de rassurer ou même par rapport à la vaccination pour rassurer les gens [...] Mais pour le Gardasil je dis volontiers : "Bah ma fille je la vaccinerai, je pense que c'est un bon vaccin." » (DR 6)

Certains médecins, font appel à la technique de **culpabilisation** pour essayer de **persuader** les parents à la vaccination de leurs enfants :

« Je peux pas avoir l'air catastrophique, mais "qu'est-ce que vous direz si votre enfant a la rougeole et a des séquelles graves même sans mort ?" » (DR 4)

« Quand c'était très compliqué et qu'on voyait que l'enfant n'était pas dans le meilleur environnement, on laissait sous-entendre que s'ils mettaient pas les choses au clair il y a possiblement de la maltraitance quoi. » (DR 9)

c) L'acceptation des parents sous la contrainte et l'obligation juridique, mais le retrait devant le choix

La plupart des médecins ont pu remarquer que depuis **l'obligation des 11 vaccins en 2018**, les discussions de désaccord des parents sont plutôt rares. Les parents se posent beaucoup moins de questions et se trouvent contraints à **accepter la vaccination** quel que soit leur avis, puisqu'il y a une obligation légale. Cela a facilité la tâche au médecin qui n'a presque plus besoin de tout mettre en œuvre pour tenter de les convaincre comme autrefois.

« Franchement depuis que c'est obligatoire [...] ça évite beaucoup de discussions inutiles et désagréables. Maintenant c'est obligatoire, c'est tout, c'est comme ça point barre, plus personne se pose de questions. » **(DR 6)**

« Alors là les vaccinations oui, depuis que c'est obligatoire bah ça va mieux, parce qu'il y a plus trop de questions à se poser même si certains parents posent des questions. Avant quand c'était pas obligatoire c'est vrai qu'il fallait convaincre les parents de faire certaines vaccinations supplémentaires. » **(DR 7)**

Les parents acceptent globalement les vaccins obligatoires, mais pas un de plus qui ne fait pas partie de la liste des obligations. Un des médecins **(DR 6)** donne l'exemple du vaccin contre le COVID-19 : initialement il n'était pas accepté pour les enfants, mais à partir du moment où il est devenu obligatoire pour pouvoir continuer à réaliser la plupart des activités dans le cadre du *pass sanitaire*, les parents ont fini par adhérer. Même schéma pour le Gardasil, vaccin fortement recommandé, qui a encore du mal à être accepté, malgré les nombreuses campagnes de prévention.

« La vaccination des enfants, c'est rare que les parents refusent...mais après ils sont tous un peu "si on peut s'en passer, on s'en passe". » **(DR 8)**

« Les parents vraiment ont adhéré aux 12 vaccins obligatoires, par contre pas un de plus ! Ça par contre c'est un truc que j'ai beaucoup ressenti. » **(DR 10)**

4) Le décalage social et culturel dans les situations de précarité

Les **milieux précaires** en pédiatrie font également partie des difficultés soulevées dans la relation avec les parents. Le milieu et la structure familiales, les conditions socio-économiques défavorisées, la santé mentale des parents ainsi que leurs compétences, leur vécu et événements

difficiles ont des répercussions inévitables sur l'intégrité psychosomatique de leur enfant. Ceci doit être pris en compte par le praticien qui doit essayer d'entrer dans leur monde de manière douce et compréhensive.

« C'est surtout dans les milieux défavorisés qu'on a du mal parce qu'ils n'aiment pas qu'on intervienne dans leur manière de faire et c'est malheureusement eux qui sont le plus démunis, parce que dépassés par les événements, femmes isolées, parents isolés, euh beaucoup de gosses, quatre pères différents enfin voilà. C'est dans ces milieux-là qu'il y a des problèmes...les enfants placés, alors l'enfant est placé, ils ont un autre mari, un autre enfant, hop ils en font un autre...donc voilà c'est dans ces milieux-là qu'il y a plus de difficultés. » (DR 4)

Il est complexe pour le médecin d'entrer dans une réalité le plus souvent très différente de la sienne, dont il n'a pas entièrement connaissance. Ce **décalage de milieu social** peut être un frein dans la construction de la relation en raison de différentes difficultés relevées par les praticiens interrogés, énoncées ci-dessous.

« Moi beau quartier, résidentiel, un papa médecin, une maman femme au foyer et puis voilà un truc idéal entre guillemets...quand je suis arrivée et quand j'ai découvert tout ce qui pouvait se passer haaaaaa je suis tombée des nues quoi ! » (DR 1)

a) La barrière de la langue : l'importance de la communication

Pouvoir se parler est un élément essentiel pour la construction d'une relation. Ainsi la **barrière de la langue** avec certains patients peut se révéler un véritable frein. Reconstruire toute l'histoire de l'enfant et sa famille avec les antécédents, les vaccinations manquantes, les pathologies qui souvent n'ont pas encore été diagnostiquées et s'occuper en même temps des symptômes actuels, auprès de parents dont on ne connaît pas le vécu, est très complexe. Pour

faciliter la communication et débrouiller la situation familiale, un interprète peut être mis en place, tierce personne entrant dans la relation.

« Alors toutes les situations de migrants, je les appréhende un peu parce qu'on a la barrière de la langue. Donc c'est très difficile à aborder, on ne connaît pas le passé des gens, et le temps qu'on a des interprètes, les premières consultations sont souvent difficiles parce qu'il faut faire un débrouillage, faut voir qu'est-ce qu'ils ont déjà vécu, quels sont les antécédents. Souvent on voit des enfants de 10 mois arriver qui ont des pathologies mais on ne comprend pas ce qu'ils ont. Donc tant qu'on n'a pas d'interprète en place c'est difficile. Après il faut débrouiller aussi les vaccins, la situation familiale, les pathologies...ça s'est un peu ce que j'appréhende le plus. » (DR 1)

« Après c'est compliqué hein, moi j'ai beaucoup de parents et enfants qui parlent pas français, qui sont issus d'immigration, donc parfois c'est difficile. » (DR 6)

b) Comprendre et gérer les différences culturelles

Certains médecins interrogés, ont souligné que la **diversité culturelle**, donc de mentalité et de religion, influence inévitablement la relation médecin-parents. A titre d'exemple, la place des femmes dans certains pays est de loin celle dans notre pays. Par ailleurs, le surpoids dans la mentalité de certains pays est vu comme indicateur de bonne santé surtout chez les enfants, contrairement à nos mœurs. Ces différences peuvent entraîner des préjugés des deux côtés et empêcher ou retarder la construction d'une relation de confiance.

« Bah après il y a tout ce qui est culturel où c'est très particulier parce qu'il y a des populations qui veulent que les enfants soient gros et qui trouvent ça positif et rassurant (rires). Et du coup

quand c'est comme ça, moi je peux rien faire quoi parce que c'est ancré très fort dans la mentalité. » (DR 6)

« De part de la religion, je pense qu'une femme [comme l'est le médecin elle-même pour ce verbatim] n'a pas grand-chose à dire chez lui » (DR 1)

c) Familles nombreuses et mères très jeunes et inexpérimentées nécessitant une compréhension et une réassurance majeures

Dans certaines situations socio-culturelles, le **nombre d'enfants par famille est plus grand**. Les enfants sont gérés par des **mères très jeunes et inexpérimentées**, dans des milieux parfois très défavorisés, ce qui nécessite plus de temps pour une **compréhension et une réassurance majeures** de la part du médecin au sujet de leurs situations.

« Des mamans qui ont fait 10-12 enfants et de très jeunes à très tard [...] Les jeunes mamans sont souvent difficiles car on voit quand-même des jeunes de 17 ans qui accouchent. C'est des situations sociales particulières. » (DR 1)

« Alors je pense surtout à un petit là que je suis dont j'ai fait l'examen des 4 mois, et clairement...la maman elle a 20 ans euh, issue de milieu social vraiment défavorisé et donc c'est une maman...elle fait un apprentissage CAP [certificat d'aptitude professionnelle] en même temps et je sais que là il y a des lacunes en terme d'éducation, enfin je sais que c'est compliqué quoi, enfin qu'il y a plein de choses qu'elle sait pas, elle a pas forcément de l'aide familiale, il y a un peu des erreurs, je sais qu'avec elle je vais prendre plus de temps, je sais que les parents issus de milieu social défavorisé, je prends un peu plus de temps mais ça sera la consultation classique. » (DR 12)

d) *La place des grands-parents : gérer la présence d'un tiers*

Comme les femmes qui se retrouvent mères à un très jeune âge, les praticiens ont pu constater que les **grands-parents ont tendance à envahir leur place** pour les guider. Etant inexpérimentées, passives et timides, les jeunes mères sont gérées par leur propres parents, jusqu'au point où ils se substituent à eux. Ainsi un des rôles des médecins généralistes serait de faire en sorte que chacun reste à sa place.

« La grand-mère répondait à toutes les questions, elle critiquait tout ce que je disais, donc j'ai posé les choses [...] Sa fille était très fermée, c'est des jeunes femmes timides et du coup elle est revenue la fois d'après toute seule. » (DR 1)

« Alors je trouve que j'ai eu beaucoup de mamans de moins de 20 ans parce que j'étais au X [quartier] et c'est vrai que quand ils ont moins de 20 ans en fait t'as l'impression que c'est pas elles qui gèrent la vie de leur petit, c'est la grand-mère. Elles font ce que maman dit. » (DR 10)

e) *La protection de l'enfance : relation de confiance difficile et retardée*

La **protection de l'enfance** peut intimider les médecins à devoir se pencher sur des situations très délicates. Les parents en général méfiants aux premiers contacts, demandent en réalité davantage de compréhension et de soutien.

« La protection de l'enfance ça peut être une appréhension [...] Des gens qui me sont envoyés par la puéricultrice qui traite les infos préoccupantes où elle aimerait bien qu'on les suive ou qu'on les voit et du coup c'est des gens qui viennent pas parce qu'ils veulent venir en PMI, mais parce qu'on leur a demandé de venir [...] Lui il est souvent très agressif comme l'est sa maman avec je pense une enfance difficile, des enfants placés, mais du coup quand je lui dis,

moi il m'écoute et il se tait. Du coup là on a réussi à avoir une relation de confiance, mais qui était pas gagnée au départ hein. » (DR 1)

f) Un manque de compétence interculturelle dans les soins

Les médecins généralistes qui ont une patientèle multiculturelle, affirment qu'ils sont mal instruits sur les normes culturelles des patients étrangers, ce qui est un **réel manque de formation**, malgré un véritable souhait d'apprentissage pour faciliter la compréhension et le rapprochement des cultures les plus éloignées.

« Moi les migrants me posent problème parce que je gère pas la langue et aussi la culture, c'est pour ça que j'aimerais bien me former sur un peu tout ce qui est transculturel, la nourriture, le sommeil, enfin tout ce qui est habitudes transculturelles que je connais pas » (DR 1)

H) La présence de l'interne/remplaçant dans la relation médecin-parents

1) Stress parental majeur face à la présence d'un interne actif

Selon certains médecins généralistes MSU interrogés, **l'examen clinique de l'enfant fait par l'interne peut stresser les parents** de l'enfant en question et engendrer des angoisses, surtout quand il s'agit de nouveau-nés ou nourrissons.

« Peut-être qu'ils n'ont pas aimé que le bébé soit touché par une autre personne. Pendant la consultation il n'y avait aucun problème pourtant [...] Je pense qu'il ne faut plus que je fasse toucher les bébés par les externes et les internes, je pense que ça coince chez les mamans. »

(DR 2)

Cela peut être mieux accepté quand le MSU supervise bien et reste près de l'interne durant tout le déroulement de l'examen.

« Par exemple j'ai des internes, ils aiment pas forcément que l'interne touche à leur bébé, donc sauf si je suis vraiment à côté, là ils acceptent plus ou moins. » (DR 5)

Il en va de même pour un jeune remplaçant interrogé qui perçoit certains parents revendicateurs dès leur arrivée, lorsqu'ils apprennent que leur médecin traitant n'est pas là et que la consultation va devoir se dérouler avec le remplaçant. Le jeune médecin rapporte que la consultation débute déjà avec des préjugés de la part des parents. Il ressent en effet une méfiance envers lui qu'il explique par le probable fait que le remplaçant ne connaît pas leur enfant en temps normal "non malade" et que de ce fait ils ont peur qu'il puisse manquer quelque chose de grave. Cette défiance s'assouplit cependant tout au long de la consultation, jusqu'à ce qu'une relation de confiance commence à s'instaurer.

« Tu sens vraiment que les parents sont quasiment revendicateurs parce que c'est pas leur médecin traitant qui est là mais que c'est le remplaçant qui est là, déjà la consultation elle commence mal. Tu commences déjà sur un mauvais pied et tu peux qu'aller un peu mieux mais ça ira jamais parfait de toute façon. Et ouais ça franchement c'est assez compliqué [...] Alors moi je pense parce qu'ils se disent : "Mince, il ne le connaît pas, il a aucune notion de comment il est en temps normal, et là il va pas bien mon enfant, et j'espère qu'il va s'en rendre compte. ", ça c'est mon ressenti. » (DR 10)

2) Stress qui est maîtrisé par la bonne supervision du MSU

D'autres médecins MSU interrogés au contraire, ne rapportent avoir eu **aucun problème dans leur pratique avec la présence d'internes** vis-à-vis des parents en consultation. Certains les laissent en complète autonomie en fonction de leur niveau (surtout les internes en SASPAS), d'autres restent très présents (surtout pour les internes de niveau 1) et réexaminent l'enfant après, pour **confirmer aux parents ce qui a été fait par l'interne et les rassurer**.

« Voilà, oui on peut dire que j'ai peut-être deux/trois enfants par jour en consultation. Je sais même plus, parce que c'est l'interne qui les prend tous. » (DR 4)

« Oui j'ai des internes ! Non pas du tout, ça pose pas de problème. Moi j'ai un interne niveau 1 et un SASPAS et ça pose pas de problème. Ça m'est jamais arrivé que les parents refusent qu'il y ait l'interne avec moi et souvent je les laisse examiner. Moi souvent je réexamine après l'interne, parce que je trouve que pour les parents c'est important de montrer que voilà on s'intéresse quand-même à leur enfant et à ce qui se passe et puis de bien confirmer le diagnostic de l'interne » (DR 11)

Une des médecins MSU avoue tirer avantage des internes en examinant un enfant d'une fratrie par exemple, chacun simultanément (chacun un enfant de la fratrie) pour gagner du temps.

« Du coup ben comme j'ai des internes, c'est vrai que pour les canaliser, chacun en examine un en même temps. Comme ça ils sont occupés et c'est la manière que j'ai trouvé pour qu'ils bougent pas dans tous les sens et ils me déménagent pas tout mon bureau. » (DR 3)

I) Comment adapter la formation pédiatrique à la parentalité ?

1) Le maintien du stage ambulatoire chez le praticien si l'activité pédiatrique est suffisante

Selon certains médecins interrogés, pour aborder la relation avec les parents, un stage chez le médecin généraliste en ambulatoire suffirait s'il a une activité pédiatrique suffisante. **Le contact humain et l'aspect relationnel** serait privilégié en libéral par rapport à l'hôpital, et le stage de l'interne en ambulatoire se rapproche le plus du métier qui l'attend dans l'avenir qui est en grande partie relationnel.

« Je pense qu'aller chez le prat ça suffirait mais s'il fait suffisamment de pédiatrie. » (DR 3)

« Et je pense que pour travailler le contact humain, les libéraux sont quand-même mieux...Et puis la pratique c'est le libéral... » (DR 5)

« Je pense que le top du top ça serait de faire 6 mois de pédiatrie soit en PMI soit chez le prat... » (DR 6)

2) Un stage dans un cabinet de pédiatrie pour augmenter le contact avec la parentalité

Un stage de 3 mois dans un cabinet de pédiatrie en ambulatoire à la place du cabinet de médecine générale a également été une proposition de certains médecins interrogés. Cela permettrait de faire seulement de la pédiatrie à plein temps et donc d'être confronté à **un plus grand nombre situations en rapport avec la parentalité** et ainsi d'être **mieux formés au contact avec l'enfant et à la relation avec les parents.**

« Je pense que si on pouvait passer 3 mois en cabinet de pédiatrie au lieu de 3 mois en cabinet de médecine générale, je pense que ça serait encore mieux. Vraiment... parce que le truc c'est que moi le fait de n'avoir vu que 20 % de consultations de pédiatrie sur mes 3 mois de cabinet de méd gé, je pense que ça m'a quand-même pénalisé là-dessus parce que ça veut dire que si tu bosses que trois jours et demi par semaine, ça veut dire que tu fais entre une demi-journée et une journée par semaine de consult de pédiat et c'est tout. » (DR 10)

« Idéalement un stage en pédiatrie en libéral, ça, ça serait tellement génial ! Ça serait génial que les internes de médecine générale puissent faire un stage d'au moins 3 mois chez un pédiatre ! » (DR 12)

3) Un stage en pédiatrie sociale pour acquérir une compétence interculturelle dans les soins

Selon la plupart des médecins interrogés, un stage en pédiatrie sociale comme la PMI, serait très formateur pour connaître la réalité du terrain, pour **apprendre à aborder la parentalité à travers la précarité**, fréquente en médecine de ville. Le retour des internes qui ont eu l'occasion d'avoir un stage en PMI, serait très positif, car il leur permet de se familiariser avec l'examen clinique de l'enfant jusqu'à six ans, **la parentalité et le décalage social**. Une courte période de stage suffirait en pédiatrie sociale pour pouvoir en acquérir les **compétences interculturelles**.

« Et bah il devrait y avoir des stages moi je trouve en pédiatrie sociale euh, passer quelques demi-journées en pédiatrie sociale moi je trouve, ou une semaine pour voir ce que c'est, en PMI [...] Et comme ça les internes se rendent compte combien c'est difficile, parce qu'il y a aussi une vie sociale précaire, qu'on connaît pas forcément [...] pour être plus sensibilisés à ces situations, la parentalité [...] Les internes qui partent de chez nous ils sont contents, parce

qu'ils apprennent à avoir des enfants de tout âge, savoir comment on arrive à les appréhender. » (DR 1)

« Je pense que vraiment mon stage de PMI a été ultra formateur. » (DR 6)

4) Un stage aux urgences pédiatriques pour améliorer la réactivité en situation d'urgence et apprendre à dédramatiser

La grande majorité des médecins interrogés pensent qu'il est essentiel durant la formation pédiatrique que tous les internes en médecine générale passent par un stage aux urgences pédiatriques. Ce stage permettrait aux internes d'apprendre à **faire face aux situations urgentes, à relativiser** et à faire la part entre les " vraies urgences " et les " urgences relatives " pouvant être gérées en ambulatoire, le but étant **d'éviter de rater une pathologie urgente et grave**. En effet il arrive que les parents se rendent aux urgences également pour des motifs non graves comme des viroses, ce qui permet donc aux internes d'apprendre à **déceler les tableaux graves et à rassurer ou au contraire prévenir les parents**.

« Mon stage d'urgences pédiatriques ça m'a permis de déstresser aussi quand j'étais face en fait à des pseudo-urgences. Donc là ça m'a permis d'avoir plus de certitudes en fait quand j'ai un enfant devant moi » (DR 5)

« C'est vrai que je pense que si on arrive à faire que des urgences ça serait probablement mieux, parce qu'on verrait en fait les cas un tout petit peu plus graves de ce qu'on a en cabinet de méd gé. Donc ce serait en relation avec ce qu'on voit en cabinet quoi. » (DR 10)

« Je trouve que ce qui est important quand on est médecin c'est évidemment de faire le suivi, de donner des conseils aux parents. Donc évidemment ça c'est un rôle qui est important, mais un rôle qui me paraît indispensable en tant que médecin généraliste, c'est de pas passer à côté,

le jour où il y a une bronchiolite décompensée ou un syndrome méningé quoi, parce que là ça peut engager le pronostic vital de l'enfant quoi. » (DR 11)

5) Eviter les stages de pédiatrie dans les services trop spécialisés

Les stages dans les services, en dehors des urgences, seraient pour la plupart des médecins **trop spécialisés et trop éloignés de notre pratique médicale de généraliste en libéral** et des situations de parentalité qu'on est pourtant amené à devoir gérer. En effet les services d'hospitalisation pédiatriques comme la neurologie, l'oncologie ou la néonatalogie, traitent souvent des maladies génétiques, neurologiques et maladies orphelines, rarement vues en cabinet de médecine générale. L'intérêt d'avoir des stages dans des services hyperspécialisés serait donc très faible pour ces médecins et manquerait.

« Moi franchement je me suis retrouvée à V. [ville] où il y a quand-même une forte population issue de l'immigration qui est consanguine et où du coup il y a des maladies génétiques rarissimes...j'en avais rien à foutre et ça m'aide pas du tout dans ma pratique hein !!!

Même là j'ai plein de drépano[citaires], ça m'aide même pas, j'ai même pas vu de drépano (rires). Franchement nul à chier !!! [...] les services d'hospit en onco ou machin ou truc aucun intérêt quoi.... » (DR 6)

« L'hôpital c'est la technicité, c'est aller droit au but et c'est pas forcément l'humain quoi. Et je pense que pour travailler le contact humain, les libéraux sont quand-même mieux. » (DR 5)

« D'autres qui étaient que dans des services très spécialisés type neurologie et tout ça... et bah pour moi là il y a aucun intérêt quasiment...enfin il y a de l'intérêt mais ça va pas te servir pour le suivi ou l'exercice de médecin généraliste de base quoi. » (DR 9)

6) Une question d'expérience par la formation sur le terrain, de contact et d'autoformation

Enfin, malgré tous les stages, la plupart des participants mettent en évidence **l'importance de l'expérience professionnelle et personnelle par la formation sur le terrain, du contact humain et du temps passé à l'autoformation.**

« Avec le temps en fait on acquière une autre expérience et donc c'est surtout en fait le contact avec les gens et le discours à avoir, qu'on a [...] améliorer le contact en général. » (DR 5)

« Alors tu te formes, après sur le tas d'abord et puis tu fais de la formation continue [...]. » (DR 5)

7) Une formation qui a déjà bien évolué

Les jeunes médecins ainsi que les médecins maîtres de stage plus âgés, ont pu constater qu'au fil du temps la **formation de médecine générale, le stage de pédiatrie inclus, s'est bien améliorée.** La progression des internes durant les trois années serait remarquable. Un stage de pédiatrie de six mois quel que soit l'endroit où il est effectué, permet dans tous les cas de s'accoutumer à la parentalité selon les interrogés.

« Maintenant moi je trouve que vous êtes bien formés, je suis tuteur et je peux te dire que les tutorés je les briefe, enfin on les briefe tous, on voit bien l'évolution d'ailleurs entre la première année et la troisième, les internes la voient aussi. » (DR 4)

« Sinon au niveau de la formation je vois pas trop ce qu'on pourrait mettre de plus. » (DR 8)

« Non alors à priori c'est déjà bien, la bonne chose c'est qu'il y a déjà un stage de pédiatrie de six mois, donc je pense que niveau formation c'est déjà très bien. Après pour la relation

avec les parents bah si c'est à l'hôpital, les stages, les internes auront déjà des relations avec des parents même peut-être plus pour des choses souvent plus graves donc un peu plus compliqué que dans la médecine générale ou pédiatrique habituelle [...] Je pense que c'est déjà mieux qu'à l'époque, nettement mieux. » (DR 7)

IV) DISCUSSION

A) Discussion de la méthode

1) Forces de l'étude

Le but de cette étude était de mettre en évidence les particularités et notamment les difficultés dans la relation médecin-parents, perçues par les médecins généralistes en consultation. Cette étude a été élaborée afin de trouver des pistes d'amélioration proposés par ces mêmes médecins généralistes interrogés. Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'analyser le rôle de l'expérience des médecins et d'inclure les données recueillies dans la formation de pédiatrie proposée par le département de médecine générale de Strasbourg.

Des études antérieures semblables ont eu lieu, mais ces-dernières n'analysaient pas spécifiquement l'aspect de la relation médecin-parents tout au long de l'étude, comme l'a fait la nôtre dont l'enjeu était de se concentrer particulièrement là-dessus. Une des forces de cette étude consiste donc dans son **originalité**.

Pour répondre à cette problématique, la **méthode qualitative** par des **entretiens approfondis individuels** nous paraissait la plus appropriée pour faire surgir les avis, les émotions, le ressenti et les attitudes des différents médecins interrogés, face aux diverses situations abordées. Le caractère qualitatif était plus adéquat pour mesurer ces paramètres non quantifiables. Un échange avec un praticien seul, étant plus favorable à une réponse personnelle et subjective, a également permis de **minimiser le biais de jugement**.

L'échantillonnage a été le plus **hétérogène** possible pour le genre, l'âge et le mode d'exercice des praticiens.

L'effectif de médecins généralistes interrogés s'élevant à 12, a pu permettre **l'obtention de la**

saturation des données, ce qui renforce également la validité interne de cette étude.

2) Faiblesses de l'étude

a) *Les biais de sélection*

L'étude comporte un biais de sélection, car les participants ont été choisis sur un **échantillonnage de convenance**, pour des raisons de praticité et d'accessibilité. Cependant, la diversité de l'échantillon était pertinente, malgré l'échantillonnage de convenance, respectant un ratio homme-femme convenable de 7 femmes pour 5 hommes. Les modes d'exercice, l'âge et donc l'expérience des praticiens ainsi que leur situation personnelle restaient différents. Le lieu d'exercice des praticiens interrogés variait très peu, il était principalement en milieu urbain et semi-urbain, nous n'avons donc pas interrogé de médecin installé en milieu rural, ce qui constitue aussi un biais. En effet, le recours aux pédiatres est moindre en milieu rural car ils y sont moins nombreux. Par conséquent, il est possible que des généralistes en milieu rural, s'ils avaient été interrogés, auraient évoqué d'autres rapports et une relation différente aux parents et aux enfants dont ils s'occupent.

b) *Les biais externes*

L'organisation de cinq entretiens téléphoniques est également un biais supplémentaire à ajouter. Les autres entretiens ont été organisés soit dans des cabinets de médecine générale, soit au domicile de l'investigatrice ou au domicile des médecins interrogés.

c) *Les biais d'investigation*

Pour ces entretiens le chercheur était aussi l'enquêteur, nous ne pouvons donc exclure un biais d'investigation. Les points de vue, le vécu et le fait de connaître certains des médecins interrogés, a pu influencer la neutralité que l'enquêteur est supposé avoir.

d) *Les biais d'interprétation*

S'agissant d'une étude qualitative, l'interprétation des *verbatim* est subjective entraînant un biais d'interprétation inévitable. Il arrivait que les médecins expriment des idées contradictoires pour répondre à une même question ou alors ne finissaient pas leurs phrases, rendant parfois l'interprétation difficile. Cependant, plusieurs entretiens ont été également codés par la directrice de thèse et ont bénéficié d'une double lecture s'approchant d'une triangulation, ce qui limite ce biais.

B) Où placer les limites de l'intervention éducative du médecin envers les parents ?

1) La difficulté de se substituer aux parents

Dans notre étude nous avons constaté que le médecin rencontre de réelles difficultés dans l'éducation des parents pour le comportement de leur enfant. Nos participants se scindent en trois parties : ceux qui interviennent sans hésiter, ceux qui gardent la distance en sensibilisant seulement pour certains thèmes et ceux qui pensent que c'est le rôle exclusif des parents. Une des médecins évoque notamment le rôle "**d'école des parents**" du médecin généraliste. Les difficultés évoquées dans notre analyse, étaient surtout liées au risque de heurter la sensibilité des parents et d'interruption de suivi de leur part.

La thèse de Pauline Lugherini (18) confirme les trois types d'attitude concernant l'intervention dans l'éducation : pour certains médecins il s'agit d'un « **devoir** » d'intervenir dans l'éducation comportementale de l'enfant, d'autres une « **possibilité selon les situations** », et enfin pour quelques-uns c'est un « **rôle revenant uniquement aux parents** ». La distinction entre éducation et éducation sanitaire est difficile et les deux se rejoignent. Ceci est illustré par un exemple où le médecin voit un enfant tousser sans mettre la main devant la bouche et où le médecin en question serait tenté de lui dire. La difficulté évoquée dans cette thèse concernant l'éducation, est la « **tendance des parents à se décharger** » de leur rôle parental menant à des attentes parfois excessives de leur part, où **le médecin se sent submergé** de questions à régler.

Dans la thèse d'Emilie Cassol, certains médecins interrogés avouent qu'il « est parfois compliqué de gérer certains parents inquiets, ou trop informés par les médias ou internet qui les abreuvent de conseils » (19) en matière d'éducation. Comme dans notre étude, les **parents internautes** peuvent donc mettre les médecins en difficulté quand il s'agit d'intervenir dans leur éducation.

Mais comment définir un parent difficile ? L'article d'Annie Swanepoel (20), souligne une théorie psychologique traduite par « **la théorie de l'attachement** » d'abord décrite par John Bowlby, qui explique comment les humains répondent au stress, au mal et à la maladie. La façon dont les humains s'attachent aux autres et recherchent de l'aide serait intimement liée aux expériences vécues dans l'enfance. Ainsi sont décrits différents profils de parents : **les parents « sécuritaires »** qui transmettent à leurs enfants un sentiment de stabilité émotionnelle et qui grandissent en croyant qu'ils sont dignes de soins et que d'autres sont capables et désireux de les leur fournir. Ces parents ne posent en général pas de problème dans les soins des médecins.

Le deuxième style d'attachement le plus courant, avec environ 25 % de la population générale, est qualifié d'"**évasif**" **chez les enfants** et de "**méprisant**" **chez les adultes**. Un enfant dont l'aidant naturel estime que les enfants doivent être indépendants le plus tôt possible, grandira et apprendra qu'il doit se débrouiller seul et répondre à ses propres besoins. Ces enfants développent des modèles mentaux où ils se considèrent comme dignes de soins, mais où les autres ne peuvent ou ne veulent pas les aider. Ces parents peuvent être difficiles à gérer s'ils sous-estiment la gravité de la maladie de leur enfant et refusent de s'engager dans un projet thérapeutique. Ce style d'attachement n'a pas été mis en évidence dans notre étude, mais pourrait expliquer la non-proportionnalité de l'inquiétude parentale rapportée par nos participants : certains parents se trouvent à sous-estimer un état de santé qui pourtant se révèle être grave.

Environ 15 % de la population a un style d'attachement que l'on qualifie d'"**anxieux**" **chez les enfants** et de "**inquiet**" **chez les adultes**. Ces enfants savent que leur principal soignant est capable de donner des soins de qualité, mais ils savent qu'ils ne peuvent pas en dépendre, car les parents sont souvent émotionnellement indisponibles ou préoccupés par d'autres problèmes. Ces enfants grandissent en croyant qu'ils doivent donner des signaux forts, comme pleurer et s'accrocher, pour s'assurer qu'ils reçoivent l'attention et les soins de leur principal soignant. Ces parents estiment que les médecins et les soins médicaux sont importants et utiles, mais pensent qu'ils doivent vraiment faire pression pour obtenir les soins dont leur enfant malade a besoin. Ces parents peuvent être considérés comme difficiles par les médecins, car demandent souvent des médicaments ou des interventions non nécessaires. Ils ne sont généralement pas facilement réconfortés. Ils peuvent demander un nombre excessif de rendez-vous pour leur enfant, et toute assurance que leur médecin leur donne ne dure pas longtemps avant qu'ils ne souhaitent un autre rendez-vous. Ces parents peuvent être excessivement anxieux et avoir une idée exagérée de la gravité de la présentation de leur enfant. Ce style d'attachement a été le plus décrit dans

notre étude, conforte et explique nos résultats au sujet de l'inquiétude parentale qui requière de la réassurance, principal outil relationnel adopté par nos médecins interrogés. Cette théorie peut notamment expliquer l'exemple de la non-prescription des antibiotiques relevé par nos participants (qui peut valoir pour tout autre médicament ou investigation complémentaire).

Le style d'attachement le moins courant se retrouve chez 10 % de la population générale et est qualifié de "**désorganisé**" chez les enfants et de "**craintif**" chez les adultes. Il s'agit de loin du style d'attachement le plus courant chez les patients des cliniques psychiatriques. Les enfants qui grandissent avec un soignant primaire effrayant sont confrontés à un dilemme insoluble. L'instinct naturel des enfants qui ont peur est de se tourner vers leur soignant principal pour obtenir de l'aide. Cependant, si la personne qui s'occupe de l'enfant est également la source de la peur, elle les place dans une situation où ils sont pris entre le désir de fuir et celui de se rapprocher pour être apaisés. Les parents ayant un style d'attachement craintif fluctuent dans leur façon de s'occuper de l'enfant en raison de leurs propres difficultés. Ces enfants sont généralement effrayés et ont tendance à pleurer sans être consolés par le parent. Malheureusement, ces enfants et leurs parents se méfient aussi profondément des professionnels, car ils s'attendent à être blessés ou déçus. Ces familles sont difficiles à aider, car elles ont tendance à ne pas suivre les conseils des professionnels et sont promptes à être critiques et à se plaindre ou à se désengager. Même si ce style d'attachement n'a pas été mis en évidence dans notre étude, il peut néanmoins expliquer la méfiance et le scepticisme de certains parents, relevés par nos participants et élucidés dans l'exemple de la défiance vaccinale.

2) En fonction des thèmes abordés : l'obésité, l'alimentation et les écrans des sujets délicats

Nous avons pu constater dans notre étude que l'intervention éducative des médecins a principalement lieu lors de la casse de matériel, l'allaitement ainsi que pour le suivi de l'enfant, où les participants ont avoué ne pas hésiter à intervenir. Cependant pour d'autres thèmes comme le surpoids, l'alimentation et les écrans, les médecins ont avoué intervenir en gardant une certaine distance tout en essayant de sensibiliser les parents. Comment peut-on expliquer cette différence d'attitude selon les thèmes abordés ? On pourrait penser que le surpoids, l'obésité et l'alimentation sont des sujets un peu tabous, les écrans un sujet qui fait débat. Ce sont donc des questions délicates qui sont abordées avec précaution.

La thèse de Laetitia Boujon et Claire Balvay (21) étudie le **ressenti des médecins généralistes** sur les difficultés dans la prise en charge du **surpoids et de l'obésité de l'enfant**. En effet selon les praticiens interrogés, les parents « **se sentiraient jugés dans leur intimité et remis en question dans leurs compétences parentales et éducationnelles** », lorsque le médecin fait une évaluation des habitudes alimentaires et évoque le surpoids/obésité de leur enfant. Le ressenti projeté des médecins dans cette thèse est que l'obésité n'est souvent pas considérée comme une maladie et le surpoids peut être en fonction des **habitudes culturelles, considéré comme étant un indicateur de bonne santé**. Dans certaines familles atteintes d'obésité, il y a un **réel déni** du problème, car touchant souvent plusieurs membres de la famille, tout autant les parents que leurs enfants. Le danger n'est pas reconnu, car vue comme une norme. Les parents se sentant jugés par le professionnel, le suivi régulier est difficile à mettre en place avec des patients qui l'interrompent à tout moment.

La thèse d'Ophélie Barrois (22), est une étude sur le **vécu des patients** en situation **d'obésité et leur stigmatisation**. Même si elle ne traite pas spécifiquement les situations pédiatriques, cette étude montre que **le patient se sent jugé, humilié, sous pression et accusé responsable de son surpoids** lors de l'intervention du médecin, qui est en plus jugée médicalement inutile, car intrusive et de l'ordre du **préjugé**. Le patient ne voit donc aucune utilité médicale à intervenir dans leur surpoids, en raison de l'absence d'accompagnement et de leur caractère "gratuitement" intrusif.

Dans notre étude nous avons en effet constaté que nos participants abordent moins le surpoids avec l'enfant et les parents, ce qui pourrait être expliqué par leur crainte de paraître jugeants ou grossophobes.

Dans la revue de la littérature sur les écrans de Caroline Michot (23), les parents interrogés apprécient que leur médecin généraliste intervienne pour la prévention de la **surexposition aux écrans**, en les **informant des risques** encourus et en leur donnant des **pistes pour la gestion des écrans à la maison**. Ils estiment que cela fait partie des rôles de médecin généraliste qu'est de promouvoir la santé. Nous pouvons donc penser que quand les parents comprennent que la santé est engagée, l'intervention du médecin généraliste dans l'éducation est mieux comprise et acceptée.

3) Finalement faut-il intervenir dans l'éducation, et quand ?

La question légitime qui survient est donc : Faut-il intervenir ? Et quand ?

Dans la thèse de Pauline Lugherini évoquée plus haut (18) l'intervention se fait surtout pour l'éducation aux règles hygiéno-diététiques, le dépistage et la prévention qui comprennent le poids, l'alimentation, les portables, les écrans, le sommeil, l'hygiène, la posture, le comportement, l'école. Finalement le médecin a un **rôle relationnel de « partenaire »**, qui se

distingue du rôle parental qui dicte les règles. Il ne s'agit donc pas de se substituer aux parents à proprement parler et de leur dire ce qu'on ferait à leur place, mais de leur « suggérer des idées » et leur donner des « pistes pour qu'ils trouvent eux-mêmes des solutions ». Le médecin aurait donc plutôt un « rôle de soutien des parents dans leur éducation » ou de « renforcement de l'autorité des parents » ou de « confirmation de ce que disent les parents ».

C'est cette façon de suggérer des conseils sans être jugeant, acquise par l'expérience, qu'il faut s'efforcer de transmettre ou au moins de discuter pendant la formation des internes de médecine générale.

Dans l'article d'Olivier Prévôt et Gérard Pithon (24), il est expliqué que les parents « éprouvent parfois un **sentiment d'isolement et d'impuissance** » face à l'inconnu et à la nouveauté. Dans ces situations, les parents « se trouvent confrontés à des questionnements, à des difficultés et parfois à des problèmes qui restent sans réponse », pouvant par conséquent générer un stress. L'objectif de cette enquête quantitative était de créer « les occasions de rencontres et d'échanges entre les parents, de mettre à leur disposition des services et des moyens leur permettant d'assumer pleinement et, en premier, leur **rôle éducatif** » pour lequel ils se remettent souvent en question. Les **préoccupations quotidiennes des parents** mises en évidence sont principalement : « la scolarité des enfants, leur éducation, leur santé, leurs difficultés comportementales ». Cette étude montre qu'il y a une réelle nécessité de « promouvoir des lieux qui rassemblent les informations susceptibles de répondre aux soucis des familles » qui se trouvent en difficulté dans leur tâche éducative et leurs responsabilités parentales. Le premier recours pour ces familles est **l'écoute, le soutien et l'encouragement dans leur rôle éducatif**. Nous pouvons donc en déduire que le médecin traitant reste le **premier recours** et garde un rôle non indifférent dans l'éducation parentale, confortant donc les résultats de notre étude.

C) La gestion de l'angoisse

1) Gérer l'incertitude et la peur de l'erreur diagnostique

Dans notre analyse, nous avons pu constater que la **gestion de l'angoisse ou l'inquiétude parentale** était finalement au cœur de la **difficulté relationnelle médecin-parents**. Perçue à plusieurs reprises par nos participants à travers les reproches des parents, leur déni, ou par leur scepticisme, le praticien se retrouve vite contaminé par cette angoisse en se sentant contesté, responsable, parfois coupable. Ces émotions peuvent mener à un manque de confiance en lui, pouvant mettre en doute son diagnostic, entraînant une incertitude constante, aggravée par le manque de communication dans la relation interprofessionnelle. Cette sensation d'incertitude diagnostique est difficile à gérer par la peur de l'erreur médicale que peuvent ressentir les médecins.

Ainsi dans la thèse de Marion Denni (25), **le ressenti de jeunes médecins généralistes** sur les difficultés rencontrées dans l'exercice de la pédiatrie a été étudié. Il a été mis en évidence que le **sens de responsabilité** qui s'exprime envers eux-mêmes (les médecins) lors d'une consultation pédiatrique est globalement plus important que pour une consultation adulte. En effet l'appréhension ressentie par certains « augmentation du **sentiment d'incertitude** présent lors d'une consultation avec un enfant ». **La peur de faire une erreur diagnostique** est également évoquée dans cette thèse, où les praticiens craignent de ne pas connaître, rater quelque chose ou même de faire une faute médicale. C'est cette peur qu'il faut aborder au cours de la formation des internes de médecine générale, afin qu'ils puissent réfléchir aux façons de la dépasser dans leur pratique. Afin de pouvoir dépasser la culpabilité en cas d'erreur diagnostique ou d'évolution clinique défavorable, il faut ainsi leur donner les moyens de construire une **relation thérapeutique de confiance**, où ils savent expliquer les diagnostics et l'évolution clinique possible des pathologies de pédiatrie aux parents.

2) La gestion de l'angoisse : le médecin parent plus compétent dans le rôle de soutien à la parentalité ?

Dans notre étude nous avons vu que l'angoisse était gérée par nos participants par la réassurance en employant la bienveillance, le discours positif et le calme, par le dialogue et des explications claires en amont, en évoquant l'école pour rendre les parents attentifs à certaines situations, et en utilisant des guidelines.

La thèse d'Agathe Signamarcheix (26), confirme que le rôle du médecin généraliste est de soutenir la parentalité par le concept de la "BASE" qui comprend la bienveillance, l'accompagnement, le soutien de la fonction parentale et du lien parent-enfant, et l'écoute.

Dans la littérature nous avons pu retrouver l'utilisation de ces outils dans l'article d'Antoine Leblanc (27), où on trouve également d'autres moyens efficaces pour la gestion de l'inquiétude parentale. En effet les **explications** aux parents sur la procédure entamée pour la recherche du diagnostic de leur enfant, en passant par des **examens complémentaires**, les rassurerait dans la mesure où ils savent que tous les moyens seront mis en œuvre pour la prise en charge de leur enfant.

Puis les « **groupes de parole** » qui sont des rencontres entre les familles d'enfants atteints de maladies chroniques, sont également un moyen pour rassurer les parents.

Les « **documents d'information** » qui rejoignent les guidelines soulignées par nos participants, mais également les « **groupes d'éducation thérapeutique** », les « **entretiens psychologiques** » et les « **réunions d'associations de parents** » seraient des moyens possibles pour permettre aux parents de poser des questions, se renseigner pour ne pas rester dans l'incertitude qui les conduit à l'angoisse, en cas de diagnostic rare ou grave.

Dans les services hospitaliers ces outils sont bien plus simples à mettre en œuvre. Cependant en cabinet de médecine générale où le praticien se retrouve seul face aux familles difficiles, ces

mesures sont plus complexes à mettre en place depuis le début. Elles ne s'appliquent pas non plus aux cas relevant de pathologies plus bénignes, où ce sont les explications du médecin et le dialogue avec les parents qui restent les principaux outils.

Les **“groupes Balint”** qui sont des groupes de discussion réunissant une dizaine de médecins, le plus souvent des médecins généralistes, sous l'accompagnement d'un psychanalyste sont une solution proposée pour faire face aux situations complexes (28). Chaque praticien peut s'exprimer sur des événements particuliers afin d'analyser ses réactions ou émotions dans la relation avec ses patients, en se confrontant avec d'autres professionnels, afin d'arriver à une meilleure maîtrise de ces circonstances.

Dans notre analyse les participants ont bien souligné que la **parentalité** était un facteur important qui influençait la relation médecin-parents en positif, dans le sens où les angoisses parentales pouvaient être mieux apaisées par des **médecins parents** qui peuvent mieux comprendre et donc mieux rassurer les parents, ayant déjà pu vivre les mêmes difficultés. Les praticiens ont en effet rapporté une réelle différence de ressenti grâce à la maternité ou la paternité, se sentant donc plus à l'aise après être devenu parent dans leur exercice pédiatrique.

Marion Denni évoque dans sa thèse (citée plus haut) (25), que le sentiment de compétence à **“être prêt à exercer”** des praticiens, est un ressenti essentiel pour un exercice serein de la médecine, notamment en début d'activité. Dans l'exercice de la pédiatrie, le fait d'être parent pourrait donc renforcer ce **sentiment de compétence** et expliquer cette influence positive de la parentalité. En effet dans cette étude les médecins mettent également en avant **l'impact de la parentalité sur l'exercice de la pédiatrie**, en pensant que les médecins parents sont plus compétents, parce qu'ils ont plus d'expérience avec les enfants, ce qui renforce donc ce **« sentiment de légitimité »** au bon exercice de la pédiatrie. On peut donc dire qu'il s'agit surtout d'un **ressenti du médecin** d'être plus compétent, qui contribuerait à améliorer sa

pratique et sa relation avec les parents.

La thèse d'Aline Cohen (29) montre que les changements de l'exercice pédiatrique apportés par la maternité sont très positifs. En effet la mère médecin se sentirait « **plus à l'aise, plus confiante et plus compétente** ». Puis elles « se trouvaient aussi **plus à l'écoute et plus en empathie** avec les patients ».

3) Comment définir le stress parental et dans quelles situations est-il présent ?

La tâche de parent est complexe et le **stress parental** se définit dans le résumé rédigé par Marie-Eve Genest (30) s'appuyant sur l'article d'Abidin (1983), comme étant un "état de malaise psychologique relié au domaine spécifique de l'éducation de l'enfant, soit le stress du parent au moment où il élève son enfant" (Lacharité, Éthier et Piché, 1992) (31). L'article de Caroline Lesaint (32), qui analyse des **groupes de parole entre parents**, explique que le stress intervient dans des situations générales qui ont les caractéristiques suivantes : l'impression de ne pas avoir le contrôle sur la situation, (« **perte de contrôle** ») lorsque la situation est imprévue ou imprévisible (« **imprévisibilité** »), lorsque la situation est nouvelle (« **nouveauté** ») ou qu'elle menace l'égo de la personne (« **égo menacé** »).

Si nous faisons le parallèle avec notre étude, nous pouvons penser que la **perte de contrôle** ou **l'imprévisibilité** sont ressenties par les parents mais également par le praticien lors de **l'intervention du médecin généraliste en situation d'urgence**, situation concrète posant problème dans la relation avec les parents et illustrée dans nos résultats. Les difficultés en rapport avec la **non-prescription des antibiotiques**, exemple de situation également illustrée dans nos résultats, peuvent aussi être expliquées par la perte de contrôle des parents quant à l'état de leur enfant générant une attitude revendicatrice de leur part, afin d'obtenir le "remède"

pouvant sortir leur enfant de son état de santé altéré. La **nouveauté** est par exemple vécue lorsque les parents consultent un **nouveau médecin qui ne fait pas le suivi habituel** de leur enfant et qu'ils ne connaissent pas. La difficulté dans le **décalage social et culturel dans les situations de précarité** peut également être considéré comme étant une nouveauté dans le sens où il s'agit souvent de situations très éloignées du quotidien donc peu connues par le médecin, nouveauté également ressentie par les parents qui ont initialement du mal à s'intégrer dans le système de soin français et notamment le déroulement habituel d'une consultation. De même pour la **défiance vaccinale des parents**, qui pourrait être expliquée par la désinformation sur la vaccination, poussant le médecin à leur véhiculer des "nouveaux messages" auparavant inconnus aux yeux des parents, pouvant donc les déstabiliser. **L'égo des parents pourrait être menacé** lorsque le médecin intervient dans la **prévention du surpoids de l'enfant** par exemple, ce qui pourrait justifier le retrait de nos participants à aborder ce sujet, comme déjà expliqué plus haut. La mise en évidence et la compréhension de ces situations, expliquant l'angoisse des parents, nous donnent donc des pistes concrètes pour déceler ces sources de stress parental afin de les dénouer, d'apaiser les émotions négatives et donc d'avoir une consultation plus détendue. Il serait intéressant pour les internes de s'appuyer sur ces explications afin d'éviter ou de résoudre les tensions dues à l'angoisse parentale.

Ainsi dans notre étude nous avons donc explicité des situations concrètes mettant le médecin en difficulté devant une angoisse et une contrariété importantes des parents, notamment lors de situations d'urgence, de vaccination, de non-prescription d'antibiotiques, de décalage social et culturel dans les situations de précarité.

4) Quelles sont les attentes des parents angoissés finalement ?

Dans notre étude nous ne traitons que du **ressenti des médecins généralistes** qui font face aux situations parentales estimées complexes. Nous avons également recueilli leur avis concernant les attentes des parents et leurs réactions. Il est donc intéressant de se pencher également sur **l'avis réel des parents et leurs attentes envers leur médecin traitant** pour savoir si elles coïncident avec le ressenti exprimé par nos participants.

Dans l'étude descriptive de la thèse de Xavier Benet à Rouen (33), les parents cherchent à avoir une **confiance forte** en leur médecin traitant, ainsi que **l'écoute** et à **obtenir un rendez-vous rapide en cas de besoin**. Ce sont des critères qui peuvent satisfaire les parents pour la bonne prise en charge de leurs enfants. Ces attentes parentales confortent les résultats de notre étude, où la **confiance** et **l'écoute** sont mis en évidence comme étant deux outils essentiels, fournis par nos participants aux parents pour construire une **relation de qualité**.

Dans la thèse de Mélanie Artufel-Meiffret dans les Alpes-Maritimes (34), **les attentes des parents** dans la relation triangulaire avec leurs enfants et leur médecin sont multiples. Tout d'abord les parents cherchent à établir une **relation de confiance** avec leur médecin qui se construit avec : « **l'affinité** », l'impression que le praticien consacre du « **temps** » durant la consultation, qu'il **évite de « culpabiliser les mères** », qu'il ne soit **pas « froid** » et qu'il puisse « **rassurer l'enfant** », qu'il fasse preuve de « **patience** », de « **douceur** » et qu'il puisse « **aimer les enfants** ». Puis ils espèrent une **communication par le dialogue** avec : une « **écoute active** » en donnant des « **explications claires et instantanées** » avec « **l'adaptation de son langage** », ainsi qu'une « **réponse à l'angoisse parentale** ». Par ailleurs « **le maintien de la bonne distance entre le médecin généraliste et le patient** » est également abordée par certains parents. Dans les entretiens de cette thèse, nous comprenons que les parents attendent de leur médecin traitant des conseils, des prescriptions, mais **pas à ce qu'il soit un confident**, car une

confiance trop importante d'un parent peut finir par rompre la relation de confiance. Un **lien affectif** ainsi que du **“feeling”** sont recherchés par les parents, mais ce lien doit rester limité afin de ne pas permettre au médecin de **déborder sur la vie privée et familiale du parent**. L'intérêt du praticien doit être concentré sur la personne malade.

Nous pouvons donc affirmer que les attentes parentales retrouvées dans la littérature se rapprochent beaucoup du ressenti de nos praticiens. Il est cependant intéressant de constater que la parentalité du médecin n'est pas un critère faisant partie de ces attentes, contrairement à son ressenti le rendant plus à l'aise avec l'exercice pédiatrique en étant parent.

D) Un manque de solidarité professionnelle entre les médecins généralistes et les confrères spécialistes

1) Le syndrome de l'imposteur entraînant une concurrence ?

On ressent dans les propos de certains de nos participants de la **concurrence entre médecin généraliste et pédiatre**, surtout pour le **suivi de l'enfant**, pour lequel les parents privilégient le pédiatre, alors que la plupart des praticiens interrogés voudraient également y participer et se sentir concernés. Le **syndrome de l'imposteur** a été défini par l'association médicale canadienne comme étant « une tendance psychologique à la peur et à la remise en question. Il fait douter la personne atteinte de ses propres réussites et l'accable d'une peur persistante et internalisée d'être présentée comme un escroc, et ce, malgré ses capacités démontrées » (35).

Certains de nos participants se sentent donc sous-estimés et indirectement utilisés par les parents en étant juste le **médecin urgentiste**, uniquement capables à recevoir l'enfant quand le pédiatre n'est pas disponible. Pour les choses sérieuses et difficiles c'est le pédiatre qui est là

et pour les pathologies aiguës anodines c'est le médecin généraliste qui doit intervenir. Les conclusions de nos résultats sur cette partie évoquent globalement plutôt un **manque de collaboration entre médecin généraliste et pédiatre** rapporté par la plupart des médecins interrogés, entraînant des lacunes dans la prise en charge de certains enfants, ce qui renforce le sentiment d'infériorité et d'incompétence du médecin généraliste, aboutissant à cette impression de concurrence avec le pédiatre qui lui détient le savoir et les compétences dans la discipline.

Dans la thèse de Julia Beaumont Chouquet à Caen (36), le **suivi conjoint** avec le pédiatre pose problème dans le sens où le médecin généraliste se sent parfois en difficulté en raison d'un « manque de connaissances de l'enfant ou de continuité dans la prise en charge ». Il ne se sent donc parfois **pas assez compétent** dans le suivi de l'enfant et justifie ainsi le recours des parents chez le pédiatre dans les situations plus complexes.

Il est intéressant d'avoir **l'avis des parents** sur la collaboration entre médecin généraliste et pédiatre. Ainsi dans la thèse de Cléo Bergeron à Nogent-sur-Marne (37), la **complémentarité** entre médecin généraliste et pédiatre est **remise en question** par les parents, car inutile selon eux, vu que l'enfant peut avoir un « médecin référent unique » qui le suit pour tout, puis il peut s'appuyer sur le carnet de santé où tout l'historique est tracé. Les parents ont en effet avoué ne pas voir ni ressentir cette cohésion entre les deux, qui fonctionnent plutôt de manière complètement indépendante. Pour certains parents le pédiatre est considéré comme le « **médecin référent** » et le médecin généraliste comme le médecin « **de second recours** », d'autres parents ont choisi le « **suivi conjoint** ». Dans cette étude également, d'après les parents les **compétences pédiatriques du médecin ne sont pas reconnues** par les autres professionnels de santé et il doit donc en faire preuve. Certains parents ont également évoqué la **concurrence** entre le médecin généraliste et le pédiatre puisqu'ils ont l'impression qu'ils ne

veulent pas travailler ensemble, parce qu'ils ne feraient pas l'effort pour.

Si cette concurrence est ressentie par les parents et dans notre étude à travers les discours de nos participants, le doute sur sa réelle présence persiste.

2) Les outils et les modes d'exercice coordonné : une solution d'avenir ?

À la vue de ce manque important de communication et collaboration entre médecin généraliste et pédiatre, nous pouvons nous demander quelles solutions sont prévues pour améliorer cette cohésion interprofessionnelle manquante dans ce climat de raréfaction de pédiatres.

Les outils numériques comme l'espace santé (38) et l'incitation à travailler de façon coordonnée via des CPTS ou des groupements ville-hôpital, expliqué dans le rapport IGAS N°2020-074R sur « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France » (39), peuvent amener les médecins généralistes à réfléchir à comment mieux construire le suivi pédiatrique de leurs patients et par conséquent favoriser une relation de qualité avec les parents.

E) Une formation imparfaite à améliorer

1) La formation actuelle

Dans l'introduction de cette thèse nous avons expliqué le parcours de la formation "santé de l'enfant" des internes de médecine générale provenant du site de la faculté de médecine de Strasbourg. Un stage "santé de l'enfant" de six mois est obligatoire, soit mixte, soit entièrement hospitalier, soit uniquement ambulatoire chez des praticiens qui ont une activité orientée sur le

suivi pédiatrique dans leur pratique. Les internes sont également confrontés à la pédiatrie durant leurs stages en ambulatoire, notamment le stage « niveau 1 » en première année d'internat, ainsi que le stage SASPAS (11).

La formation complète du troisième cycle (internat) est résumée dans cette figure provenant du référentiel du DES de médecine générale du DMG de Strasbourg (12).

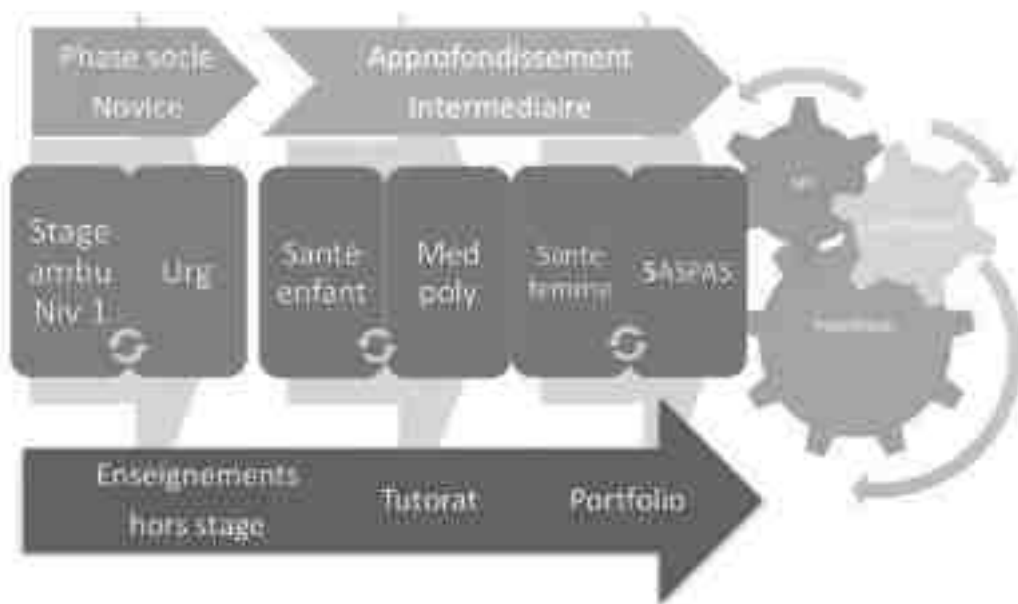


Figure 3 : maquette de stage du DES de médecine générale. APC : Apprentissage par compétences.

2) Des lacunes à combler : le manque d'outils concrets pour faire face à la parentalité

Durant les études de médecine, les pathologies ainsi que les traitements, sont enseignées de manière très scientifique, et la relation avec le patient ne fait pas partie du premier abord, et encore moins en pédiatrie où les parents jouent un rôle crucial.

La grille proposée par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) pour évaluer les performances et les compétences de l'interne (Annexe B), dans la famille 4

”Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l’enfant et de l’adolescent“ liste surtout les compétences médicales à acquérir, et parle très peu de la relation avec l’enfant et les parents, sans donner des outils concrets pour parvenir à construire cette relation ou faire face aux difficultés qu’elle engendre. Nous avons pourtant vu que cette problématique relationnelle est au cœur de l’exercice pédiatrique des médecins généralistes.

La grille des compétences du DMG de Strasbourg (Annexe C) qui permet l’évaluation par les maîtres de stage de l’interne en stage santé de l’enfant, liste également les objectifs pour acquérir une formation complète dans cette discipline mais reste seulement sur les compétences médicales en termes de suivi, de calendrier vaccinal, d’examens obligatoires, de dépistages de troubles du développement, de prise en charge de symptômes généraux, de maltraitance etc., mais n’évoque pas non plus le côté relationnel de la discipline.

La Formation optionnelle “Santé de l’enfant“ proposée par la faculté de médecine de Strasbourg, évoque succinctement la relation médecin-parents, mais ne donne pas non plus d’outils concrets pour la construction de celle-ci, pour la gestion des émotions par le médecin généraliste, et toutes les difficultés relationnelles évoquées auparavant.

3) Les propositions d’amélioration éventuelles

Dans notre étude nos participants préconisent le maintien du **stage en ambulatoire chez le médecin généraliste**, formateur pour se rapprocher des questions de parentalité, si le praticien a une activité pédiatrique suffisante. Certains médecins ont proposé **des stages en libéral chez le pédiatre** pour augmenter le contact des internes avec la parentalité, le côté humain et relationnel. Un stage en **pédiatrie sociale comme la PMI** serait utile pour acquérir une compétence interculturelle dans les soins et de se familiariser davantage aux questions

parentales et familiales. Un **stage aux urgences pédiatriques** aiderait à être confronté aux situations graves et urgentes, pour apprendre à relativiser et comment se comporter avec les parents dans ces circonstances.

D'autres sont décrits dans la littérature pour améliorer cette formation théorique trop axée sur les compétences scientifiques et manquant en outils pour affronter les difficultés relationnelles.

Une étude intéressante a été publiée dans la revue *Educational innovation*, « Parents as Teachers: Teaching Pediatrics Residents the Art of Engaging in Difficult Conversations » (40). Elle décrit un atelier de compétences en communication développé pour les résidents en pédiatrie, en faisant appel aux parents et à une équipe de travailleurs sociaux, d'infirmières, d'aumôniers et de médecins facilitateurs dans le cadre d'exercices de **jeux de rôles**. De 2007 à 2016, des ateliers d'une demi-journée sur les "conversations difficiles" ont été organisés chaque année à l'intention des résidents de première et de deuxième année d'études postdoctorales, avec la participation d'une équipe interprofessionnelle et de parents d'enfants dont le pronostic vital était engagé. Des questionnaires ont permis d'évaluer la formation préalable des résidents, l'efficacité des séances et les commentaires narratifs sur l'impact de cette approche. Les parents et les membres de l'équipe ont été interrogés sur l'efficacité de la formation et la valeur de la participation des parents. Les résultats de cette étude ont montré que l'implication des parents des patients et d'une équipe interprofessionnelle dans des scénarios de jeux de rôles, a été une méthode bien accueillie pour enseigner aux résidents comment s'engager dans des conversations difficiles avec les patients et les familles, et a amélioré la confiance qu'ils ont déclarée avoir lors de ces conversations. On retrouve donc par cette étude un moyen de pallier le manque d'expérience des jeunes médecins face à la difficulté de la relation médecin-parents.

Dans notre étude, nos participants ont souligné que l'expérience donnait confiance en eux et en leur exercice. Cependant, celle-ci étant propre à chacun et intimement liée à la durée d'exercice, elle ne peut pas être transmise aux internes en formation. Ceci nécessite que le maître de stage soit un bon **modèle de rôle, notion détaillée dans l'ouvrage de** Thierry Pelaccia (41). Un modèle de rôle est un « professionnel de santé qui influence les apprentissages des étudiants qui le côtoient et l'observent. » C'est dans la simple observation de l'exercice de ces praticiens que l'étudiant acquière les bons comportements et attitudes à adopter dans certaines situations, sans même s'en apercevoir. Aborder la relation aux parents est donc essentiel à la fois lors des séances de tutorat, mais aussi en tant que maître de stage avec son interne, de façon à ce qu'il puisse construire sereinement cette compétence professionnelle en pédiatrie.

V) CONCLUSION

La pédiatrie est une discipline fondamentale dans la profession de médecin généraliste. Ce dernier a un rôle majeur dans les soins primaires des enfants, d'autant plus que notre système de santé actuel connaît un recul démographique important de la pédiatrie libérale. Or, la prise en charge d'un enfant implique l'intégration des parents et l'instauration d'une relation de confiance avec ces-derniers.

Nous nous sommes ainsi intéressés à la **relation médecin-parents en médecine générale**, qui est un moteur central dans la prise en charge de l'enfant. Pour cela nous avons interrogé des médecins généralistes installés et remplaçants sur les **particularités de cette relation**, notamment les **difficultés** relevées, ainsi que les **solutions** mises en œuvre pour les surmonter. Puis nous nous sommes intéressés aux **améliorations pédagogiques** proposées pour la **formation santé de l'enfant** des internes en médecine générale.

Pour ce travail nous avons réalisé une **étude qualitative descriptive basée sur des entretiens individuels approfondis** réalisés en Alsace, avec une approche par analyse interprétative phénoménologique.

Notre analyse a montré que **l'éducation des parents dans la relation avec leur médecin** occupe encore une place importante et que **l'intervention éducative varie en fonction des praticiens**, séparant des participants intervenant, gardant la distance, et n'intervenant pas dans l'éducation parentale.

Plusieurs **émotions négatives** ont été mises en évidence, ainsi que **différentes techniques pour les gérer** en consultation. **L'angoisse des parents** est gérée par la **réassurance** en employant la **bienveillance**, le **discours positif** et le **calme**. La **culpabilisation** du médecin est maîtrisée par le **dialogue** et des **explications claires en amont**. Le **déni parental** est affronté en

mentionnant “l'école“ et la **mise en échec du médecin** en donnant des **guidelines** pour lutter contre le scepticisme et les croyances parentales.

L'humanisation du médecin par l'adoption d'une posture horizontale, l'écoute, l'empathie, l'encouragement, le franc parler, l'humour, la construction d'une confiance réciproque, l'accompagnement dans la durée, mais également le détachement émotionnel sont les principaux moyens mis en œuvre pour **construire cette relation**.

Les **principaux facteurs** mis en évidence influençant cette relation, sont : **la parentalité** (le médecin parent), **l'expérience** et **la vocation** du médecin.

Le **manque de collaboration avec l'hôpital et les confrères spécialistes** a également été relevé comme un frein à l'harmonie de la relation médecin-parents. La **communication interprofessionnelle difficile** et les **longs délais de prise en charge** contribuent à **majorer l'anxiété des parents**. Le **sentiment d'exclusion du médecin généraliste dans la boucle des soins** ainsi que le **syndrome de l'imposteur**, sont des éléments qui entraînent un **sentiment d'impuissance et d'inutilité du praticien**. Ces conditions pourraient être évitées par une **meilleure cohésion interprofessionnelle**.

Des **exemples concrets** comme **l'intervention du médecin généraliste en urgence, la non prescription des antibiotiques, la défiance vaccinale et le décalage culturel et social dans les situations de précarité**, ont pu illustrer les difficultés générales relevées par nos participants.

En ce qui concerne les **améliorations de formation proposées** pour les internes, le **stage en ambulatoire** serait formateur pour se rapprocher des questions de parentalité, si le praticien a une activité pédiatrique suffisante. Par conséquent certains médecins ont proposé des **stages plutôt dans les cabinets de pédiatrie** pour amplifier le contact des internes avec la parentalité,

le côté humain et relationnel de cette discipline. Un **stage en pédiatrie sociale** comme la **PMI** permettrait d'acquérir une compétence interculturelle dans les soins et de se familiariser davantage aux questions parentales et familiales. Un **stage aux urgences pédiatriques** serait essentiel pour améliorer la réactivité en situation d'urgence et apprendre à dédramatiser. Les **stages dans les services pédiatriques hospitaliers** bien que très formateurs par leur technicité élevée, se révèlent **trop spécialisés** et par conséquent trop éloignés de notre activité libérale quotidienne. Finalement **l'expérience par la formation sur le terrain et l'autoformation** jouent également leur rôle dans l'amélioration des compétences.

Malgré une formation qui a récemment bien évolué à Strasbourg, les outils pédagogiques concrets pour faire face aux problématiques relationnelles de la parentalité, restent manquants dans les formations théoriques santé de l'enfant ainsi que dans les grilles d'évaluation de l'interne en stage santé de l'enfant et les familles de situations proposées par le CNGE.

Il serait intéressant de réfléchir aux **outils relationnels** pouvant être proposés aux **internes de médecine générale en formation**, et de les évaluer dans de futures études.

VU

Strasbourg, le 20/04/2023

Le président du jury de thèse

Professeur Thierry PELACCIA



VU et approuvé

Strasbourg, le 20 AVR 2023

Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Médecine et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIRILIA



VI) ANNEXES

A) ANNEXE : Grille d'entretien individuel

1) Vécu de situations pédiatriques complexes

- Parlez-moi un peu de votre parcours : vos études, vos formations, votre façon d'exercer.
- Avez-vous suivi une formation en pédiatrie ?
- Comment cela se passe la relation avec les parents en consultation ? Y a-t-il des situations que vous appréhendez, qui posent problème de manière générale ?
- Pouvez-vous me raconter une consultation de pédiatrie où vous vous êtes retrouvé(e) en difficulté, notamment avec les parents ? Quel était votre ressenti ?
- Est-ce que vous pensez que cette relation avec les parents change en fonction de l'âge de l'enfant (nourrisson ou adolescent) ?
- Qu'est-ce qui vous met en difficulté, comment vous y faites face, comment réagissez-vous ?

2) Impact de la vie personnelle et de l'âge sur notre métier

- Que pensez-vous du fait de devenir nous-mêmes parent ? Quel impact sur la relation avec les parents en consultation ?
- Comment l'âge du médecin influence ?
- Comment le genre du médecin influence dans la relation médecin-parents ?

3) Pistes d'amélioration de la formation de pédiatrie

- Est-ce que vous pensez avoir été bien formée à la pédiatrie ? Est-ce que vous vous sentiez prête au début de votre carrière ?
- Comment selon vous peut-on améliorer la formation en pédiatrie auprès des jeunes internes/étudiants en médecine ?
- Et pour appréhender cette relation avec les parents dont nous avons parlé ?

+ Développement selon les propos recueillis, s'attarder sur les sentiments exprimés

Phrases de relance :

Et puis ? Mais encore ? Peux-tu réexpliquer ? Peux-tu développer ? Que veux-tu dire par là ?

B) ANNEXE : « Descriptif de l'ensemble des familles de situations (problèmes complexes) dans lesquelles l'interne de médecine générale devrait être placé afin d'évaluer ses performances et ses compétences » (page 12-15), CNGE

- *explique la place limitée des médicaments dans ces cas et propose un suivi rapproché*
- *propose des aides à domicile et informe des possibilités de recours aux professionnels de la petite enfance*

- écoute et répond aux plaintes concernant les problèmes locomoteurs et les maladies prévalentes d'une manière adaptée

On attend qu'il :

- *utilise son dossier médical et le carnet de santé de l'enfant pour le suivi des anomalies relevées*
- *repère les situations nécessitant un recours*
- *se réfère dans ses décisions aux recommandations diagnostiques et thérapeutiques*
- *tienne compte du contexte familial et socio-économique dans ses interventions*

- assure la coordination des soins en cas de maladie chronique ou handicap

On attend qu'il :

- *-se positionne comme interlocuteur de l'enfant et de ses parents dans le suivi pluridisciplinaire*
- *-fasse les démarches médico-sociales adaptées*
- *-se construise un réseau de correspondants pertinent*

- développe une attitude d'éducation et de prévention

On attend qu'il :

- *précise aux parents, à la première consultation du nourrisson, la conduite à tenir en cas de fièvre et prescrit des antipyrétiques, puis en cas de rhino pharyngite et de diarrhée*
- *informe sur les situations nécessitant de revoir l'enfant*
- *propose une réévaluation rapprochée adaptée au contexte (téléphone ou consultation)*
- *se réfère aux recommandations de conseils et de prescription*
- *applique les mesures d'éviction recommandées*

4-3 Accueillir et suivre un adolescent en intégrant une exploration somatique et psychique et une attitude permettant à la fois d'établir une relation de confiance, un rôle préventif et éducatif, et une place de coordinateur.*

L'interne :

- s'engage dans une relation structurée

On attend qu'il :

- *initie une relation de soutien à l'élaboration psychique de l'adolescent dans une approche globale.*
- *tienne compte de la présence du tiers accompagnant tant dans les processus d'éducation et d'identification que dans le soutien à l'autonomie progressive de l'adolescent.*
- *Aménage un temps d'échange personnalisé en l'absence de tiers selon la nécessité.*
- *applique les droits des mineurs en matière de confidentialité/intimité et de secret professionnel*
- *propose, si nécessaire, un suivi, voire un suivi conjoint en liaison avec d'autres professionnels de santé.*

- adopte une attitude d'éducation et de prévention

On attend qu'il :

- *saisisse les opportunités d'ouvrir le dialogue aux questions de sexualité, d'identité et de normalité*
- *utilise les outils spécifiques à l'adolescent pour repérer son mal être et les conduites à*

- risques: tabac, cannabis, alcool, TS fugues et scarifications*
 - *informe des vaccinations recommandées à l'adolescence,*
 - *informe des moyens de prévention des IST et des grossesses non désirées*
- prend en compte l'adolescent dans sa globalité
On attend qu'il :
- *analyse, évalue la situation et organise le suivi lors :*
 - *d'un trouble de la croissance, du développement pubertaire, une perturbation de la statique, en fasse les premières explorations et propose une conduite adaptée.*
 - *de plaintes répétées comme indice de mal être avec notion ou pas d'urgence (risque suicidaire)*
 - *d'une demande de contraception et d'IVG chez une patiente mineure*
 - *d'un comportement à risque envers soi-même (auto agression, consommation à risques, carence ou excès alimentaire) ou envers les autres (agression)*
 - *se pose comme repère pour l'adolescent qui va bien.*
 - *propose un suivi personnalisé si nécessaire, avec, au besoin, un suivi conjoint avec des correspondants professionnels compétents.*
- conseille et oriente si besoin
On attend qu'il :
- *reconnaisse les représentations de l'adolescent tout en gardant sa place d'adulte*
 - *dissocie les difficultés de l'adolescence des syndromes psychiatriques.*
 - *reconnaisse les premiers troubles de maladie psychiatrique: isolement, envahissement, dysharmonie et oriente le patient*
 - *informe sur les lieux d'accueil, d'écoute et d'aide sociale spécifique adaptée*
 - *initie un suivi conjoint, en accord avec le patient*
- s'engage dans une relation structurante
On attend qu'il :
- *initie une relation de soutien à l'élaboration psychique de l'adolescent qui tient compte de la présence du tiers accompagnant tant dans les processus d'éducation et d'identification que dans le soutien à l'autonomie progressive de l'adolescent.*
 - *applique les droits des mineurs en matière de confidentialité et de secret professionnel*
 - *aménage un temps d'échange personnalisé en l'absence de tiers selon la nécessité*
- adopte une attitude d'éducation et de prévention
On attend qu'il :
- *saisisse les opportunités d'ouvrir le dialogue aux questions de sexualité, d'identité et de normalité*
 - *repère les conduites à risques par une exploration systématique : alcool, tabac, addictions*
 - *utilise les outils spécifiques à l'adolescent pour repérer son mal être*
 - *informe des vaccinations recommandées à l'adolescence, des moyens de prévention des IST et des grossesses non désirées*
- prend en compte la globalité somatique et psychique de l'adolescent
On attend qu'il :
- *identifie un trouble de la croissance, du développement pubertaire, une perturbation de la statique, en fasse les premières explorations et propose une conduite adaptée.*
 - *répond à une demande de contraception et d'IVG chez une patiente mineure*
 - *repère les plaintes répétées comme indice de mal être*
 - *identifie un comportement à risque envers soi-même (auto agression, consommation à risques, carence ou excès alimentaire) ou envers les autres (agression)*

- propose une aide personnalisée, étayée si besoin par des correspondants professionnels compétents
- conseille et oriente si besoin
- On attend qu'il :
- tiennne compte des représentations de l'adolescent tout en gardant sa place d'adulte
 - soit particulièrement attentif aux premiers troubles de maladie psychiatrique: isolement, envahissement, dysharmonie et oriente le patient
 - informe sur les lieux d'accueil, d'écoute et d'aide sociale spécifique adaptée

C) ANNEXE : Grille d'évaluation de stage "santé de l'enfant" du DMG de Strasbourg

Évaluation de l'interna en stage santé de l'enfant :

Interna
NOM :
Prénom :
Semestre en cours :

Évaluateur
NOM :
Prénom :
Évaluation / Titres / MSU / Nécessité hors :

Date: ____/____/____
Signature (à sceller si MSU / Néf hospitalier)

L'interna, en tant que l'interna professionnelle et de niveau	N'a pas été exposé à l'activité en stage	Obscurité de maître de stage effectuée l'activité	A le droit de pratiquer l'activité en supervision directe	A le droit de pratiquer l'activité en supervision indirecte	N'a plus besoin de supervision	Commentaires et prescriptions pédagogiques
Évaluation / recommandations / recommandations du référent						
Examen des 15 jours - 1 mois						
Examen du 3ème mois						
Examen du 24ème mois						

L'instance, concernant l'activité professionnelle et/ou sociale,	N'a pas été exposé à l'activité en stage	Observe le maître de stage affecté à l'activité	A le droit de pratiquer l'activité en supervision directe	A le droit de pratiquer l'activité en supervision indirecte	N'a plus besoin de supervision	Commentaires et prescriptions pédagogiques
Élaborer le plan de travail et de l'évaluer dans les consultations systématiques en s'assurant du développement global de la prévention vaccinale et du dépistage individuel des troubles sensoriels et psycho-moteurs associés.						
Discuter avec les parents concernant l'alimentation de leur nourrisson.						
Effectuer des consultations dédiées au suivi du nourrisson et de l'enfant.						
Réaliser des vaccinations selon le calendrier vaccinal (dans les éventuels contre-indications nécessaires)						
Réaliser les dépistages adaptés aux différents âges						
Réaliser les dépistages visuels selon les items du carnet de santé						
Réaliser les dépistages auditifs selon les items du carnet de santé						
Réaliser les dépistages des troubles du langage selon les items du carnet de santé						
Réaliser les dépistages des troubles du spectre autistique selon les items du carnet de santé						

L'instance, concernant l'activité professionnelle et/ou sociale,	N'a pas été exposé à l'activité en stage	Observe le maître de stage affecté à l'activité	A le droit de pratiquer l'activité en supervision directe	A le droit de pratiquer l'activité en supervision indirecte	N'a plus besoin de supervision	Commentaires et prescriptions pédagogiques
Repérer les urgences médicales ou sociales et adopter une attitude adaptée.						
Prendre en charge une fièvre chez le nourrisson						
Prendre en charge une toux chez le nourrisson						
Prendre en charge des difficultés respiratoires chez le nourrisson						
Prendre en charge une dermatite chez le nourrisson						
Prevenir et déceler les situations à risque de maltraitance						
Prendre en charge les situations de maltraitance						
Accompagner les parents malades ou en deuil et accompagner une conduite adéquate devant les pathologies les plus fréquentes du nourrisson et de l'enfant						
Accompagner les parents en cas de pathologies héréditaires nourrisson						
Prendre en charge les troubles liés aux pleurs intenses et autres syndromes épileptiques						

L'élève, concernant l'activité professionnelle d'élève,	N'a pas été exposé à l'activité en stage	Observe le maître de stage effectuer l'activité	A le droit de pratiquer l'activité en supervision directe	A le droit de pratiquer l'activité en supervision indirecte	N'a plus besoin de supervision	Commentaires et prescriptions pédagogiques
Développement de l'attitude d'écoute et de prévention						
Prévoir aux parents la conduite à tenir en cas de fièvre, de toux et de diarrhées						
Informar sur les situations nécessitant de revoir l'enfant et proposer une réévaluation adaptée au contexte (infections ou troubles)						
Réaliser la vaccination des consultants selon les modalités de prise en charge						
Conseiller les parents sur les risques d'accidents domestiques						
Conseiller les parents sur les risques liés à l'utilisation des objets						
Surveiller le développement de l'enfant en de l'activité						
Dépister une obésité de l'enfant et proposer une prise en charge						
Dépister un trouble de la croissance et proposer une prise en charge						
Dépister un trouble de développement pubertaire et proposer une prise en charge						

L'élève, concernant l'activité professionnelle d'élève,	N'a pas été exposé à l'activité en stage	Observe le maître de stage effectuer l'activité	A le droit de pratiquer l'activité en supervision directe	A le droit de pratiquer l'activité en supervision indirecte	N'a plus besoin de supervision	Commentaires et prescriptions pédagogiques
Dépister un trouble de la croissance et proposer une prise en charge						
Assurer la coordination des soins en cas de maladie chronique ou handicap						
Accueillir et suivre l'adolescent						
Adopter une approche globale de l'adolescent au-delà du motif initial de consultation						
Tenir compte de la présence du tiers accompagnant						
Appliquer les règles de confidentialité spécifique à la consultation avec un adolescent						
Développer une attitude d'écoute et de prévention chez l'adolescent						
Définir un espace de dialogue aux questions de sexualité, d'identité et de parentalité						
Mettre en œuvre une prévention des IST et des grossesses non désirées						

L'internaire, concernant l'activité professionnelle ci-dessous,	N'a pas été déposé à l'activité en stage	Observe le maître de stage effectuer l'activité	A le droit de pratiquer l'activité en supervision directe	A le droit de pratiquer l'activité en supervision indirecte	N'a plus besoin de supervision	Commentaires et prescriptions pédagogiques
Intervenir ou répondre à une demande de consultation						
Répondre à une demande d'AVI chez une patiente						
Pratiquer le coaching expérimental du maître avec le questionnaire BTS						
Répéter les actions du maître (pratiques répétées, conduites à risque, auto et hétéro-agressivité)						
Soins et soins / adolescents / Soins						
Diagnostiquer de manière directe le maître de l'adolescent, les idées suicidaires et les maladies psychiatriques						
Assurer un suivi personnalisé en fonction l'adolescent et les besoins des correspondants spécialisés						

Commentaires Internes

D) ANNEXE : Formalités CNIL

Bonjour,

Suite à notre échange téléphonique de vendredi j'ai pu finaliser l'inscription au registre des traitements de l'université de votre recherche.

La fiche est consultable à l'adresse suivante :

<https://cil.unistra.fr/registre.html#proc-564>

Votre recherche est inscrite sous le numéro 564.

Les formalités sont à présent accomplies.

Cette fiche étant publiée sur internet, elle ne reprend pas l'intégralité des informations que vous m'avez communiquées. Seules celles pouvant être communiquées à autrui y figurent.

Vous pouvez indiquer le lien vers cette fiche dans votre travail, cela permettra d'attester de l'accomplissement des formalités réglementaires en la matière.

En cas de réalisation d'entretiens via audio/visioconférence voici l'adresse de la plateforme évoquée : <https://meeting.education/>

Pour rappel, le cloud de l'unistra auquel vous pouvez accéder via votre compte utilisateur et votre mot de passe unistra : <https://seafile.unistra.fr/accounts/login/?next=/>

Vous souhaitant bonne continuation pour cette étude, je reste à votre disposition pour toute question complémentaire.

Bien cordialement.

Sarah Piquette-Muramatsu

Déléguée à la protection des données / Data protection officer

Université de Strasbourg

Tél : +33 (0)3 68 85 69 37

Direction du numérique

14 Rue RENE DESCARTES,
FR-67084 STRASBOURG CEDEX

E) ANNEXE : Avis favorable du comité d'éthique

COMITE D'ETHIQUE

des Facultés de Médecine, d'Odontologie,
de Pharmacie, des Ecoles d'Infirmières, de
Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux

Strasbourg, le 30 mai 2022

Dr Staiano et Dr Fraih

HUS

Jean SIBILIA
Doyen

Affaire suivie par
Anne-Marie KASPROWICZ
NHC
Tél : (33) 03 69 55 08 70
Anne-marie.kaspro@chru-
strasbourg.fr

Référence : CE-2022-62

Chers collègues

Horaires d'ouverture :
- du lundi au vendredi
de 08h00 à 12h00
de 13h00 à 16h00

Le comité d'éthique vous remercie d'avoir soumis l'étude non interventionnelle intitulée
«La relation médecin-parents en consultation pédiatrique de médecine générale
: particularités relationnelles et pistes d'amélioration».

Après en avoir délibéré, le comité d'éthique émet un avis favorable à cette étude et
nous restons à votre disposition pour les aspects éthiques et réglementaires.

Pr François Clauss



Faculté de médecine
Secrétariat Général
4, rue Kirschleger
F-67080 Strasbourg Cedex
Tél : (33) 03 69 55 34 66
Fax : (33) 03 69 55 34 34
www.unistra.fr
medecin@chru-stra.fr/ethique.fr

VII) BIBLIOGRAPHIE

1. Dommergues J-P. L'enfant malade, ses parents, et le pédiatre : des secrets à partager ? [en ligne]. *Enfances et Psy*. 2008 Fév; [cité le 10/01/2021];(39):31-38.
Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2008-2-page-31.htm>
2. Démographie des professionnels de santé. Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques [en ligne] ; 2022 [cité le 22/01/2023]. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
3. Haut Conseil de la Santé Publique. Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs. [en ligne] ; avril 2022 [cité le 22/04/2023] Disponible sur : https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/hcspr202204_28_profdesantetoffrdesoinpourlesenf.pdf
4. La démographie médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne] ; 2019 [cité le 28/02/2021]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
5. Code de la santé publique - Article L1111-4 [en ligne]. Code de la santé publique [cité le 10/01/2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056
6. Bardot-Pecqueux I. La prise en charge des mineurs en médecine générale : situations et réflexions [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Nancy (FRA) : Université de Nancy Faculté de Médecine ; 2007 [cité le 03/01/2021]. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733592>
7. Gaspar 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) : Université Lille 2 droit et santé Faculté de Médecine ; 2014.

8. Duran C, Hamid C. Le ressenti des parents vis-à-vis de la prise en charge de l'asthme de leur adolescent [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Toulouse (FRA) : Université Toulouse III Faculté de Médecine ; 2016 [cité le 10/01/2021]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1583/>

9. Schechter D.S, Rusconi-Serpa S. Parents « difficiles » ? Les défis posés par les parents souffrant d'un trouble psychiatrique en pratique pédiatrique [en ligne]. Rev Med Suisse. 2013 Fév [cité le 10/01/2021];9(374):402-404. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-374/parents-difficiles-les-defis-poses-par-les-parents-souffrant-d-un-trouble-psychiatrique-en-pratique-pediatrique>

10. Faculté de Médecine de Strasbourg. Stages hospitaliers 2ème cycle [en ligne]. [cité le 25/03/2021]. Disponible sur : <http://med.unistra.fr/eng/Formations/2eme-cycle/Stages-hospitaliers>

11. Faculté de Médecine de Strasbourg. DES de Médecine Générale 3ème cycle [en ligne]. [cité le 25/03/2021]. Disponible sur : http://med.unistra.fr/eng/Formations/3eme-cycle/D.E.S/DES-de-Medecine-Generale#organisation_gen

12. Référentiel du DES de MG. DMG de Strasbourg. Département de Médecine Générale [en ligne]. 2021-2022 [cité le 28/04/2023]. Disponible sur : <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2021/11/Re%CC%81fe%CC%81rentiel-du-DES-de-MG-2021-2022.pdf>

13. Thomas E. Vécu des internes en médecine générale concernant des questions de bon sens des parents en médecine de l'enfant et évolution de leur pratique au cours du D.E.S. Étude qualitative par entretiens de quatre focus groupes auprès de 22 internes en médecine générale [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Lyon (FRA) : Université

Claude Bernard Lyon 1 Faculté de Médecine. 2017 [cité le 28/04/2023]. Disponible sur : https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/f6ec5249-95dc-499f-b968be25778deb0b/blobholder:0/THm_2017_THOMAS_Elsa.pdf

14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative [en ligne]. Exercer. 2008 Janv [cité le 25/03/2021];19(84):142-145. Disponible sur : http://www.bichatlarib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf

15. Lebeau J-P, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles de la Londe J. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse et son mémoire. Saint-Cloud : Global Média Santé ; 2021. P 52-53.

16. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative [en ligne]. Kinésithérapie la Revue. 2015 [cité 28/04/2023];15(157):50–54. Disponible sur : <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>

17. Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, du code de la santé publique - Article 1 [en ligne] ; 2012 [cité le 25/03/2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2012/3/5/SASX0901817L/jo/texte>

18. Lugerini P. Le rôle du médecin traitant dans l'éducation des enfants [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Marseille (FRA) : Aix-Marseille Université Faculté des sciences médicales et paramédicales ; 2021 [cité le 10/01/2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03258242/document>

19. Cassol E. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de vingt-quatre mois : étude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en Aquitaine [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Bordeaux (FRA) :

Aix- Université Bordeaux 2 UFR des Sciences médicales ; 2015 [cité le 10/01/2023].

Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01223365/document> [cité le 10/01/2023]

20. Swanepoel A. Fifteen-minute consultation : Attachment as a model to understand and manage difficult doctor–parent relationships [en ligne]. Archives of disease in childhood. 2018 Sept [cité le 10/01/2021];104(4):1-5. Disponible sur :

[https://www.researchgate.net/publication/327947103_Fifteen-](https://www.researchgate.net/publication/327947103_Fifteen-minute_consultation_Attachment_as_a_model_to_understand_and_manage_difficult_doctor-parent_relationships)

[minute_consultation_Attachment_as_a_model_to_understand_and_manage_difficult_doctor-parent_relationships](https://www.researchgate.net/publication/327947103_Fifteen-minute_consultation_Attachment_as_a_model_to_understand_and_manage_difficult_doctor-parent_relationships)

21. Boujon L, Balvay C. Surpoids et obésité de l'enfant : freins à la prise en charge par les médecins généralistes [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Grenoble (FRA) : Université Grenoble Alpes UFR de Médecine de Grenoble ; 2020 [cité le 10/01/2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02963785/document#page33>

22. Barrois O. Stigmatisation des personnes en situation d'obésité en consultation médicale : Vécu, présentations et impacts. Faculté de médecine de Strasbourg [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Strasbourg (FRA) : Université de Strasbourg Faculté de Médecine ; 2022.

23. Michot C. Une intervention de prévention (concernant les écrans) du médecin généraliste auprès des parents et de leurs adolescents peut-elle avoir un impact sur les habitudes de consommation d'écrans et la santé ressentie des adolescents ? [Travail de fin d'études en vue de l'obtention du Master de spécialisation en Médecine Générale, en ligne]. Louvain (BEL) : Université catholique de Louvain ; 2020 [cité le 10/04/2023]. Disponible sur : https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/TFE/TFE_Michot.pdf?t=1630674584

24. Prévôt O, Python G. Les attentes de parents français à l'égard du soutien à la parentalité [en ligne]. 2008 [cité le 07/04/2023];23(1):63-80. Disponible sur :

<https://www.cairn.info/revue-la-revue-internationale-de-l-education-familiale-2008-1-page-63.htm>

25. Denni M. Exercice de la pédiatrie en médecine générale : ressenti des jeunes médecins, difficultés rencontrées et attentes de formation. Étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes en début d'exercice dans la région Grand-Est [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Strasbourg (FRA) : Université de Strasbourg Faculté de Médecine ; 2019 [cité le 10/01/2023]. Disponible sur : https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_DENNI_Marion.pdf

26. Signamarecheix A. Le médecin généraliste : acteur du soutien à la parentalité ? Thèse qualitative auprès de médecins généralistes du Maine et Loire [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Angers (FRA) : Université d'Angers Faculté de Santé ; 2020 [cité le 10/01/2023]. Disponible sur : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/16011107/2020MCEM11698/fichier/11698F.pdf>

27. Leblanc A. Les angoisses des parents pour la santé de leur enfant [en ligne]. *Enfances & Psy.* 2009 [cité le 10/01/2023];42(1):63-70. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2009-1-page-63.htm>

28. Cohen-Léon S. Groupe Balint. Approche Balint. Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept [en ligne]. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe.* 2008 [cité le 10/01/2023];50(1):141-148. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2008-1-page-141.htm>

29. Cohen A. Être mère et médecin généraliste : la gestion de la maternité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 18 femmes médecins généralistes installées dans la région Rhône-Alpes [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Nice (FRA) : Université de Nice Faculté de Médecine ; 2016 [cité le 10/01/2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01364080/document>

30. Genest M-E. L'indice de stress parental. Centre d'études et de recherche en intervention familiale [en ligne]. [cité le 07/04/2023] Disponible sur : <https://cerif.uqo.ca/fr/lindice-de-stress-parental>
31. Lacharité C, Éthier L, Piché C. Le stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire : validation et normes québécoises pour l'Inventaire de Stress Parental [en ligne]. Santé mentale au Québec. 1992 [cité le 07/04/2023];17(2):183-204. Disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/1992-v17-n2-smq2299/502077ar/>
32. Lesaint C. Faire face au stress parental [en ligne]. Enfance et Parentalité. 2019 Janv [cité le 07/04/2023]. Disponible sur : <https://enfance-parentalite.fr/faire-face-au-stress-parental/>
33. Benet X. La confiance des parents vis-à-vis de leur médecin généraliste pour la prise en charge de leur enfant : Une étude descriptive aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Rouen (FRA) : Université de Rouen Faculté de Médecine. 2014 [cité le 07/04/2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01079525/document>
34. 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 [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Nice (FRA) : Université de Nice Faculté de Médecine. 2013 [cité le 07/04/2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904963v1/file/2013NICEM013.pdf>
35. Association Médicale Canadienne (Canadian Medical Association). Le leadership en action dans le domaine de la santé : surmonter le syndrome de l'imposteur [en ligne]. Aperçu du syndrome de l'imposteur et témoignage d'une étudiante en médecine qui l'a surmonté pour poursuivre sa carrière dans le domaine. Association médicale canadienne. 2020 Juil [cité le 28/04/2023]. Disponible sur : <https://www.cma.ca/fr/le-leadership-en-action-dans-le-domaine-de-la-sante-surmonter-le-syndrome-de-limposteur>

36. Beaumont Chouquais J. Freins et leviers des consultations de suivi des enfants de 0 à 6 ans par les médecins généralistes de l'agglomération caennaise [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Caen (FRA) : Université de Caen Normandie UFR Santé. 2018 [cité le 28/04/2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02103621/document>
37. Bergeron C. Place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant. Etude qualitative auprès de parents dont le suivi de l'enfant est assuré par un pédiatre [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Angers (FRA) : Université d'Angers Faculté de Santé. 2019 [cité le 28/04/2023]. Disponible sur : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007478/2019MCEM10667/fichier/10667F.pdf>
38. Mon espace santé. Agence du Numérique en Santé [en ligne]. 2022 [cité le 28/04/2023]. Disponible sur : <http://esante.gouv.fr/strategie-nationale/mon-espace-sante>
39. Fauchier-Magnan E, Fenoll PB. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. 2021 Mai [cité le 28/04/2023]. Disponible sur : <https://afpa.org/content/uploads/2022/11/Rapport-IGAS-La-pediatrie-et-lorganisation-des-soins-de-sante-de-lenfant-en-France-mai-2021.pdf>
40. Wilson A, Hurwitz CA, Smith M, Patino T, Kudalmana AS, Gallas M. Parents as Teachers : Teaching Pediatrics Residents the Art of Engaging in Difficult Conversations [en ligne]. J Grad Med Educ. 2019 Feb [cité 28/04/2023];11(1):60-65. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6375315/>
41. Pelaccia T. Un professionnel de santé qui se comporte de façon professionnelle et éthique. Dans : Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé. Louvain-la-Neuve. De Boeck Supérieur ; 2016. P. 21-30.

Attestation de conformité du sujet de thèse pour la Médecine Générale



ATTESTATION

- à compléter par le tuteur du Département de Médecine Générale

- à joindre au dossier d'inscription pédagogique à la soutenance de thèse

Je soussigné(e) : Nom FRAN Prénom : ELIE

tuteur du Département de Médecine Générale,

certifie que le sujet de thèse de : Nom STEFANO Prénom : FRANCO

étudiant(e) en spécialité de Médecine Générale, est en conformité avec sa fiche projet.

Attestation établie pour faire valoir en tout ou partie.

A Montpellier, le 19/04/2013

Signature et tampon :


 Dr. ELIE FRAN
 Chef du Cours
 GÉNÉRALISTE
 11100 Montpellier
 04 67 14 14 14 Adm. C/ 10 1384 2

DÉCLARATION 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 : STRUBNO Prénom : Alina

Ayant été informé(e) qu'en réapprouvant tout ou partie d'une œuvre pour figurer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de doctorat en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L.335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit est constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à (des) peines/pénalités conformément à la loi du 23 décembre 1993 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'ouvrages déjà existants, 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 qui m'incombent en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales qui m'incombent en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

[Signature]
à Strasbourg, le 03/04/2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME

Introduction : Le médecin généraliste occupe une place de plus en plus importante dans le suivi de la santé des enfants, d'autant plus que notre système de santé actuel connaît un recul démographique important de la pédiatrie libérale. Or la prise en charge d'un enfant implique l'intégration des parents et l'instauration d'une relation de confiance avec ces-derniers. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les particularités de la relation médecin-parents, notamment les difficultés et les solutions mises en œuvre pour les surmonter, ainsi que les améliorations pédagogiques proposées pour la formation santé de l'enfant des internes en médecine générale à Strasbourg.

Matériel et méthode : Une étude qualitative avec une approche par analyse interprétative phénoménologique a été conduite à partir d'entretiens individuels approfondis auprès de médecins généralistes installées et remplaçants dans le Bas-Rhin.

Résultats : Douze entretiens individuels ont été analysés. Notre étude a montré différentes approches éducatives du médecin généraliste envers les parents. La gestion des émotions par les médecins se fait par différents moyens afin de préserver la relation. L'angoisse des parents est gérée par la réassurance en employant la bienveillance, le discours positif et le calme. La culpabilisation du médecin est maîtrisée par le dialogue et des explications claires en amont. Le déni parental est abordé en mentionnant "l'école" et la mise en échec du médecin en donnant des guidelines pour lutter contre le scepticisme et les croyances parentales. L'humanisation du médecin par l'adoption d'une posture horizontale, l'écoute, l'empathie, l'encouragement, le franc parler, l'humour, la construction d'une confiance réciproque, l'accompagnement dans la durée, mais également le détachement émotionnel sont les principaux moyens mis en œuvre pour construire cette relation. Pour améliorer la formation des internes, les médecins recommandent le maintien du stage chez le praticien généraliste avec une activité pédiatrique suffisante afin de se rapprocher le plus des questions de la parentalité ; l'ajout d'un stage chez un pédiatre en libéral afin de majorer le contact avec l'enfant et les parents ; un stage en pédiatrie sociale comme la PMI pour aborder la parentalité à travers la précarité ; et un stage aux urgences pédiatriques afin de savoir déceler les tableaux graves et rassurer ou au contraire prévenir les parents.

Conclusion : Malgré une formation qui a récemment bien évolué à la faculté de médecine de Strasbourg, les outils pédagogiques concrets pour faire face aux problématiques relationnelles de la parentalité restent manquants dans les formations théoriques santé de l'enfant ainsi que dans les grilles d'évaluation de stage et les familles de situations du Collège National des Généralistes Enseignants, visant à évaluer les internes. Il serait ainsi intéressant de réfléchir aux outils relationnels pouvant être proposés aux internes de médecine générale en formation, et de les évaluer dans de futures études.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Médecine générale

MOTS-CLES : pédiatrie, relation, formation, médecine générale

PRESIDENT : Professeur Thierry PELACCIA

ASSESEURS : Dr. Anne BERTHOU, Professeure associée de Médecine Générale

DIRECTRICE : Dr. Elise FRAIH, Médecin généraliste et Maître de Stage des Universités

ADRESSE DE L'AUTEUR : staiano.alma@gmail.com