



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Enfants de médecin généraliste et vécu de leur prise en soin

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2024 à 16h

au Pôle Formation

par Noémie DOHEN

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseur :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Introduction | 6 |
| Matériels et méthodes..... | 7 |
| I. Choix de la méthode..... | 7 |
| II. Recherche bibliographique..... | 7 |
| III. Recrutement | 7 |
| IV. Elaboration du guide d’entretien | 7 |
| V. Retranscription des résultats..... | 7 |
| VI. Analyse des données | 8 |
| VII. Autorisations | 8 |
| Résultats | 9 |
| I. Description de la population..... | 9 |
| II. Quel médecin durant l’enfance..... | 9 |
| A. Par le médecin-parent..... | 9 |
| B. Par un autre médecin..... | 10 |
| III. Caractéristiques des soins par le parent..... | 11 |
| A. Le lieu | 11 |
| B. Soins prodigués par le parent-médecin | 11 |
| IV. Un suivi médical hétérogène | 12 |
| V. Une prise en charge médicale facilitée..... | 13 |
| VI. La confiance au cœur de cette relation de soins | 15 |
| VII. Une prise en charge médicale satisfaisante..... | 16 |
| VIII. La place du secret médical lorsque le médecin est son parent | 17 |
| IX. La complexité de la demande de soins | 19 |
| A. Des sujets gênants pour le patient et le médecin..... | 19 |
| B. Ressenti face aux soins | 20 |
| C. Minimisation de la demande de soins..... | 21 |
| D. Patient perdu | 23 |
| X. Le besoin de consulter un autre médecin | 23 |
| XI. Manque d’objectivité..... | 25 |
| XII. Acquisition d’une connaissance médicale | 26 |
| XIII. Sentiment d’être privilégié..... | 27 |
| XIV. Enchevêtrement de la relation médecin-patient et parent-enfant | 28 |
| A. Comment est perçue cette double relation..... | 28 |
| B. Quelle place en tant que patient | 30 |
| C. Altération de la relation enfant-parent en raison de la profession du parent..... | 31 |
| D. Influence de la relation parent-enfant sur la relation de soins..... | 33 |

| | | |
|-------|---|----|
| XV. | Choix du parent comme médecin traitant | 35 |
| XVI. | Avis sur le fait qu'un parent soit le médecin de son enfant | 38 |
| XVII. | Issues suscitées par les participants | 40 |
| | Discussion | 42 |
| I. | Forces et faiblesses..... | 42 |
| A. | Limites de l'étude | 42 |
| B. | Forces de l'étude..... | 42 |
| II. | Analyse des résultats et confrontation aux données de la littérature..... | 43 |
| A. | La prise en charge de l'enfant de médecin..... | 43 |
| B. | Points positifs de la prise en charge médicale par son parent-médecin | 44 |
| C. | Les défauts de la prise en charge médicale par son parent-médecin..... | 46 |
| D. | Complexité de la situation et confusion des rôles..... | 49 |
| E. | Contexte juridique et historique..... | 50 |
| III. | Réflexions et aides au choix d'une attitude..... | 52 |
| | Conclusion..... | 55 |
| | Bibliographie..... | 56 |
| | Annexes..... | 58 |

Introduction

En tant que médecin, nous serons confrontés à une demande de soin de la part d'un ou de plusieurs de nos proches. Il est généralement recommandé de ne pas soigner les membres de sa propre famille. Toutefois, il n'y a pas de recommandation à ce sujet dans les différents textes officiels en France (Code pénal, code civil, Code de déontologie).

Concernant l'article R4127-7 du Code de déontologie médicale (1), « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leur mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »

Tous les médecins qui deviennent parents sont amenés dans certaines circonstances à prendre en charge la santé de leurs enfants. En effet, prendre en charge la santé de ses enfants relève de la responsabilité de tout parent, la santé de l'enfant étant placée sous l'autorité parentale.

Toutefois la relation affective entre un parent et son enfant peut interférer dans la relation médecin-patient. La relation parent-enfant est assez différente selon les circonstances : âge de l'enfant, les conditions de vie et l'environnement. Et lorsque s'interfère un autre type de relation, à savoir patient-médecin, cela peut amener à une certaine complexité dans la prise en charge du patient.

De plus, les parents sont amenés très tôt à devoir faire le choix du médecin traitant. Depuis 2016 (2), la désignation d'un médecin traitant a été étendue aux enfants de moins de 16 ans. L'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et le déclare à la caisse d'assurance maladie de l'enfant. Et cela amène le parent-médecin à prendre la décision d'être ou non le médecin traitant de son enfant.

De nombreux sujets de thèses ont traité du lien famille-médecin (3,4), voire enfant-médecin ((5,6,7) mais du point de vue des médecins, mais peu concernant directement leurs proches (8,9) et surtout leurs propres enfants. Or il y a bien deux intervenants dans cette relation et les médecins n'en représentent qu'une part.

« Quel est le ressenti des enfants de médecins généralistes concernant leur prise en charge médicale au cours de leur enfance et adolescence ? » est la problématique à laquelle ce travail va nous amener à répondre. A travers le point de vue de ceux-ci, l'objectif est de faire ressortir les aspects du vécu des enfants de médecins généralistes afin de pouvoir éclairer le choix d'autres médecins ou futurs médecins généralistes se questionnant concernant le fait de soigner ses propres enfants, de devenir leur médecin traitant, de manière à ce qu'ils puissent s'orienter et se faire leur propre avis à travers ce travail de recherche.

Matériels et méthodes

I. Choix de la méthode

IL s'agit d'une méthode qualitative inspirée de la théorisation ancrée. S'agissant d'expériences personnelles, le choix du recueil de données s'est fait à partir d'entretiens semi-dirigés individuels avec échantillonnage théorique. Les entretiens semi-dirigés sont réalisés à l'aide d'un guide d'entretien permettant d'aborder un certain nombre de thèmes. L'étude a suivi les recommandations de la grille « COREQ » (10) (Annexe 1).

II. Recherche bibliographique

Une recherche bibliographique a été effectuée avant même la validation du choix du sujet avec les mots suivants : Médecins généralistes, soins, enfants, parents, famille, relation médecin-patient, soigner ses proches. Ces mots clés ont été utilisés sur les moteurs de recherche suivants : Pépite Lille, CAIRN, Google scholar, SUDOC.

III. Recrutement

Le choix des participants a été dicté par les critères d'inclusion à l'étude : être enfant de médecin généraliste, être majeur.

Les participants ont été joints via leur parent, médecin généraliste, par mail (Annexe 2) après un recensement réalisé à partir de la liste des médecins généralistes maîtres de stage et des différents groupes de demandes de remplacement sur la région des Hauts-de-France existant sur les réseaux sociaux. 217 mails ont été envoyés et 43 médecins ont répondu dont 24 défavorablement car leurs enfants étaient mineurs.

Suite à leurs réponses positives, un contact téléphonique ou par mail (Annexe 3) était réalisé auprès des possibles participants dont les coordonnées nous étaient transmises par leur parent. Au cours des entretiens, d'autres personnes à contacter se sont ajoutées, enfants de médecins, connaissances de personnes ayant participé à l'étude.

Aux personnes acceptant de participer au travail de recherche, il était proposé de réaliser un entretien individuel à la date, au lieu et à l'horaire de leur choix. Treize entretiens ont été menés entre Novembre 2022 et Décembre 2023 et un treizième en août 2024, permettant d'atteindre la suffisance des données, confirmée par la réalisation du dernier entretien qui n'a pas permis de ressortir d'autres thèmes ou idées pouvant s'ajouter à cette thèse.

IV. Elaboration du guide d'entretien

L'objectif du guide d'entretien est d'explorer l'expérience vécue par les patients, les particularités de leur lien avec leur parent-médecin traitant et leurs impressions concernant leur suivi médical. Le guide d'entretien est évolutif au fur et à mesure des réponses avec des questions ouvertes. Le guide d'entretien est disponible en annexe (Annexe 4 et 5).

V. Retranscription des résultats

Les entretiens ont tous été enregistrés en intégralité à l'aide de deux systèmes d'enregistrements : un enregistreur vocal numérique Wevoor et l'application dictaphone d'un smartphone comme enregistreur de suppléance, après information et autorisation orale des participants.

L'intégralité des entretiens a été retranscrite en verbatim, c'est-à-dire, mot à mot, en intégrant également les expressions non verbales, permettant à l'investigatrice de s'approprier les propos des participants. Cette retranscription a été réalisée sur Microsoft Word®.

VI. Analyse des données

Le contenu de chaque entretien a été analysé et découpé en différentes thématiques. Aucun logiciel informatique n'a été utilisé pour la retranscription ou le codage, au choix de l'auteur. Une triangulation des données avec analyse et codage a été réalisée par un deuxième chercheur, afin de permettre une analyse plus complète et de limiter la subjectivité.

L'ensemble des enregistrements a été détruit à l'issue de l'étude. L'anonymat de chaque participant a été garanti.

VII. Autorisations

Une déclaration a été réalisée auprès du délégué à la protection des données de l'Université de Lille et approuvée (Annexe 6). La nécessité d'une demande ni auprès du CPP ni auprès du comité d'éthique n'a été retenue.

Résultats

I. Description de la population

13 patients ont été interrogés, 10 femmes (77%) et 3 hommes (23%). L'âge médian est de 24 ans (de 21 à 40 ans). La moyenne d'âge est de 26,15 ans. Concernant leur suivi et les liens parentaux, 8 patients ont été suivis par leur père (61,5%) et 5 par leur mère (38,5%).

| Participants | Sexe | Âge | Etudiant en.../métier | Suivi par leur... | Durée de l'entretien | Lieu/type d'entretien |
|--------------|-------|--------|---|-------------------|----------------------|--|
| P1 | Femme | 24 ans | Prothésiste dentaire | Père | 21 min 48s | Au domicile du participant |
| P2 | Homme | 23 ans | Externe en médecine | Père | 15min 43s | Au domicile du participant |
| P3 | Homme | 30 ans | Médecin généraliste orienté vers la psychiatrie | Père | 1h 09 min 16s | Au domicile du participant |
| P4 | Femme | 24 ans | Photographe | Père | 14 min 15s | Au cabinet d'un remplace |
| P5 | Femme | 40 ans | Professeur de yoga | Père | 11min 22s | Au domicile du participant |
| P6 | Homme | 30 ans | Médecin du travail | Père | 15min 16s | Entretien téléphonique |
| P7 | Femme | 30 ans | Travaille dans l'entreprise familiale de son conjoint | Mère | 17 min511s | Au domicile du participant |
| P8 | Femme | 21 ans | Etudiante en droit | Père | 15min 50s | A la faculté de droit, dans une pièce de travail |
| P9 | Femme | 22 ans | Étudiante en sécurité des données | Mère | 27min 42s | Dans un salon de thé |
| P10 | Femme | 24 ans | Psychologue | Mère | 20min51s | Entretien téléphonique |
| P11 | Femme | 24 ans | Externe en médecine | Mère | 13min 09s | Au domicile du participant |
| P12 | Femme | 22 ans | Étudiante vétérinaire | Mère | 10min 15s | Entretien téléphonique |
| P13 | Femme | 26 ans | Ingénieur agronome | Père | 14 min 42s | Au domicile de l'investigateur |

L'enquête s'est déroulée de novembre 2022 à décembre 2023 et en août 2024. La durée des entretiens varient de 10 minutes à 1 heures 9 minutes.

II. Quel médecin durant l'enfance

A. Par le médecin-parent

La majorité des personnes interrogées ont bénéficié d'une prise en charge médicale **durant leur enfance exclusivement réalisée par le parent.**

P02 : « Par mon père »

P03 : « moi dans mon enfance, franchement c'est mon père qui m'a toujours soigné »

P11 : « c'est ma mère »

L'omniprésence du médecin au sein du foyer familial, par le lien de parenté pré-existant entre les deux protagonistes dans cette relation, amène à considérer par l'un des participant que **le suivi est réalisé au quotidien**.

P03 : « *le suivi de la taille, tout ça. Visuellement il n'y avait pas de problème. Et il y avait mon frère qui avait un an de moins que moi et on faisait à peu près la même taille. Mon père sait du coup ce que je mange. Il sait du coup l'activité que je fais ou pas à un moment donné.* »

Plusieurs participants ont tendance à se mettre à la place de leur parent-médecin en mettant en avant cette proximité relationnelle et le service qu'il rend au médecin. En effet, il est exprimé le fait que la **fréquentation quotidienne d'un médecin** avec son enfant peut diminuer les soucis qu'il éprouve pendant ses consultations ; c'est-à-dire que ce **suivi atypique** permet une **surveillance** de l'état de santé du patient. De ce fait, un médecin peut être potentiellement moins préoccupé lorsqu'il prodige des soins à son enfant, en raison de la proximité quotidienne qu'il entretient avec lui.

P03 : « *Et je pense que t'as pas besoin, comme dans le cas d'une consultation de médecine générale, tu ne reconsultes pas ton patient après. Quand t'es à la maison, mon père était là quoi* »
P11 : « *Elle était moins inquiète je pense que avec ses patients* » « *je pense qu'en plus elle a toujours un œil sur moi comparé aux autres patients* »

B. Par un autre médecin

Pour quelques-uns, la période post-natale a été suivie de manière plus particulière par un **pédiatre** ou **un autre médecin généraliste**.

P08 : « *Quand j'étais petite, je dirais vers mes 2 ans, enfin jusqu'à mes 2 ans, c'était un autre médecin* »
P11 : « *je pense au début j'étais quand même...ben dans mon carnet, il y a des tampons d'un pédiatre* »

Et pour d'autres participants, le parent pouvait parfois faire appel à un autre médecin généraliste, **souvent connaissance de celui-ci**, pour un avis ou pour une prise en charge médicale.

P01 : « *il prenait des conseils des fois* »
P06 : « *il remplaçait un médecin qui travaillait à peu près pareil que lui. Du coup c'était plus vers lui qu'on allait* »
P07 : « *elle principalement. Et par des amis médecins de temps en temps mais surtout elle* ».

Certains patients ont aussi eu recours, en complément de la prise en charge réalisée par le parent, de soins par **d'autres spécialistes**.

P02 : « *J'ai vu d'autres médecins mais c'étaient des spécialistes : ORL pour des otites quand j'avais 4 ans* »

P04 : « si ce n'est des cas très spécifiques comme j'ai eu un purpura rhumatoïde où là je suis allée voir un spécialiste ou quoi. Mais sinon c'était mon père mon médecin »

P06 : « il y avait un syndrome jonction pyélocalicielle donc il y avait la surveillance avec l'urologue à l'échographie quand j'étais petit. Puis en grandissant euh... comme pas mal d'enfants peut-être, je sais je caricature, je suis allé voir un ORL parce qu'il paraît que je faisais répéter ».

Toutefois, même si d'autres médecins ont pu intervenir dans les soins médicaux des participants, tous ont bénéficié d'une prise en charge médicale par leur parent-médecin.

III. Caractéristiques des soins par le parent

A. Le lieu

Concernant le lieu de soins, la majorité des soins réalisés par un médecin généraliste hormis les visites à domicile sont habituellement réalisés dans un cabinet médical. Mais s'agissant de leurs enfants, ceux-ci sont **tous vus à leur domicile** quand il s'agit d'une demande de soins.

P02 « A la maison »

P06 : « sur le canapé »

P11 : « j'ai jamais fait une consultation au cabinet avec ma mère. C'était à la maison »

Cependant, le lieu de soins pouvait aussi être **mixte** en fonction des soins à prodiguer. Et plus particulièrement au cabinet, lorsqu'il s'agissait de soins nécessitant du matériel médical spécifique.

P01 : « Quand il nous examine c'est plutôt au cabinet. Par contre, tout ce qui est vaccin, c'était plutôt le soir en rentrant du taff »

P10 : « Alors par exemple pour tout ce qui est vaccin c'était à la maison. J'avais jamais été au cabinet pour ça. Après si elle travaillait et que j'étais malade en me prenant entre 2 rendez-vous au cabinet, mais ça s'est surtout fait au cabinet je pense »

P08 : « J'étais une enfant un peu casse-cou, donc régulièrement je devais aller au cabinet [...] j'avais fait une grosse chute pour recoudre un peu et tout »

B. Soins prodigués par le parent-médecin

La plupart des personnes interrogées s'estiment en **bonne santé**. Ce qui pour elles justifie le fait qu'elles n'aient pas eues besoin de tant de soins médicaux de la part de leur médecin.

P08 : « Bah je dirais que j'avais pas de problème de santé »

P02 : « J'ai quasiment jamais été malade donc euh... même si mon père n'avait pas été médecin généraliste je n'aurai pas été voir beaucoup de médecins généralistes »

P09 : « je ne suis pas vraiment malade »

En raison du peu de soins nécessaires, dans de nombreux entretiens, le rôle du médecin généraliste est réduit à des **soins de premiers recours**, considérés par leurs enfants comme une prise en charge médicale simple.

P03 : « *quand j'avais une rhinopharyngite, une gastro ou une connerie dans le genre* », « *pour des petits trucs* ».

Dans le cadre de la prise en charge des urgences d'autres considéraient qu'il s'agissait surtout **d'éliminer les diagnostics pouvant être graves** afin de se rassurer sans pour autant qu'une prise en charge soit réalisée par la suite.

P10 : « *il y a le facteur un peu de l'urgence, il y a vraiment tout de suite ce diagnostic différent pour... Ben pour soustraite tous les diagnostics qui pourraient directement bah faire apeurer le parent qui est à la fois le médecin. Tout de suite, c'est vraiment un diagnostic différentiel et maintenant après une fois que ce n'est pas si grave...* ».

Le rôle du médecin au cours de l'enfance est finalement réduit par leurs enfants aux **vaccins** et aux **affections aigües bénignes**.

P05 : « *C'était beaucoup contrôle des vaccins [...] Des fois, besoin d'un antibiotique* »

P02« *C'était du boulot de médecin généraliste... donc c'étaient les vaccins, les vitamines* »

IV. Un suivi médical hétérogène

Le suivi médical de l'enfant respecté par le médecin inclut un suivi régulier de la croissance et du développement psychomoteur de l'enfant. Le médecin effectue des examens physiques complets, mesure et pèse l'enfant, et s'assure ainsi que tous les indicateurs de santé sont appropriés pour son âge. Il propose également les vaccinations nécessaires tout au long de son évolution.

Pour un faible nombre de participants, le suivi pédiatrique était **respecté** par leur parent-médecin.

P02 : « *c'était réglo* »

P04 : « *même encore maintenant c'est lui qui va regarder notre carnet. Et puis pareil à chaque fois on regarde et on check* »

P06 : « *il n'y avait pas de souci sur le poids, la taille de mémoire. Il y a les courbes qui étaient bien respectées* »

Contrairement à une grande majorité d'entre eux qui ont eu le sentiment d'un **manque de suivi médical** de la part de leur parent-médecin. Pour certains, le **suivi pédiatrique allait à l'essentiel**, se focalisant surtout sur la réalisation de la vaccination. Mais il est aussi fait remarquer par deux participants (P07 et P06) que les **recommandations vaccinales** étaient **moins respectées** que s'il s'agissait d'un autre patient. Et malgré le fait que le suivi de la croissance pouvait quant à lui être assidu.

P05 « *c'est vrai que de temps en temps on était là : Ah bah oui il faut faire ce rappel-là c'est vrai* »

P07 : « *J'étais pas sûre d'être à jour. Et à chaque fois elle me disait : oui oui en gros tu l'as fait dans la tranche d'âge quoi. Après quand exactement ? C'est là que je vous dis que c'est moins... je pense rigoureux que sur un patient lambda* ».

P06 : « *alors les dates des vaccins sont bizarrement moyennement respectées [...] on est toujours les plus mal chaussés même pour nous. Le vaccin qui reste dans le frigo et on le fera plus tard, et on le fera plus tard...* ».

Pour quelques-uns, leur carnet de santé reflète un **manque de suivi de la croissance**, mettant aussi en avant le fait du peu d'examen clinique réalisé dans l'enfance.

P03 : « *il ne tenait pas le carnet de santé en tant que tel. Il est désespérément vide. Il y a juste les vaccinations* »

P12 : « *je pense que ça n'a pas dû être trop bien rempli. Les vaccins, je pense que c'est bon [...] j'ai eu des courbes de poids sur le premier mois de ma vie, mais après le carnet est globalement vide* »

P02 : « *il m'a jamais dit : je vais voir pour t'ausculter juste pour voir si ça va bien. Du coup si il y a un suivi, bah je suis jeune et j'ai la chance de ne pas avoir de problème de santé. Il n'y a pas de suivi régulier* ».

Parmi ces participants qui évoquent un manque de suivi, l'un d'eux **ne comprend pas toutefois l'utilité d'un suivi** hormis si le patient présente un problème.

P03 : « *je ne pense pas que pour tous les ados ce soit fait [...] il y a des gens qui sont très insistants là-dessus et en général c'est des personnes qui ont des problèmes, du coup sur les courbes hautes. On leur fait le point et du coup il y a un suivi dans ce cadre-là* ».

Une des personnes interrogées rapporte le fait qu'elle a pu bénéficier d'un **suivi pédiatrique régulier mais** réalisé de ce fait **par des médecins extérieurs**, et plus particulièrement durant la petite enfance.

P08 : « *quand j'étais petite, je dirais vers mes 2 ans. C'était un autre médecin, donc ça a été enfin [...] après je ne pense pas. Enfin et peut-être quand il y avait des visites médicales à l'école et tout ça* ».

V. Une prise en charge médicale facilitée

Toutes les personnes interrogées sont en accord pour admettre que le bénéfice dans la particularité de cette relation de soins est la **facilité d'avoir un avis médical** et la **rapidité de prise en charge**.

P02 : « *avoir un avis médical [...] d'avoir l'avis de base, qu'est-ce qu'il faut faire* »

P06 : « *les avantages bah c'est l'accessibilité, la consult d'un médecin le soir en cas de besoin* »

P07 : « ça reste quand même bien pratique parce que du coup, s'il y a un souci, on a quelqu'un tout de suite »

P13 : « c'est rapide. Tu dis quelque chose et tu peux vite avoir une réaction derrière. Après euh.. bah oui c'est efficace »

Cela met en avant un gain de temps pour le patient, avec une **disponibilité du médecin** répondant rapidement à toute demande. Et c'est cette **praticité** dans la demande de soins qui est retrouvé au fil des entretiens.

P09 : « je trouve que j'ai de la chance plutôt parce que même si elle est fatiguée et tout ça la plupart du temps hein... elle va quand même essayer de nous aider, même si après avoir râlé »

P12 : « c'est elle qui me voit au quotidien, donc c'est plus simple en termes d'organisation aussi »

P07 : « même là encore, à l'âge adulte, bah enfin voilà j'ai plus de doliprane, j'ai plus de spasfon chez moi je l'appelle, j'ai une ordonnance en 5 minutes. Et c'est réglé, donc bon c'est quand même (rires), c'est quand même pratique là ».

Cette disponibilité au quotidien est soulignée par les participants en exprimant le fait d'avoir un **médecin à portée de main**. Cela permet aussi, comme le fait remarqué l'un des interviewés (P02) d'être pris au plus tôt d'une pathologie permettant un gain de chance.

P05 : « à chaque fois, bah forcément, ça m'évitait d'aller chez les médecins et cetera. Puis en fait d'avoir tout de suite une prise en charge » « dès qu'il y a un petit truc quand même en général je l'appelle ou j'envoie un texto »

P02 : « on en discute plus facilement si il y a un truc qui va pas mais à la maison c'est plus facile de dire « j'ai ça ». Alors que du coup si je dois aller voir un médecin généraliste. On va dire « Oh ça doit être rien, j'attends un petit peu ». Puis on laisse traîner et au final peut-être qu'il y avait un truc qui aurait pu être pris plus tôt. Je pense plus sur la prévention »

Avoir un parent-médecin, pour de nombreuses personnes interrogées, signifie avoir un **parent-prescripteur**. Ce qui est pour la plupart le principal avantage de cette relation pré-existante entre les deux protagonistes, et qui leur est profitable sans devoir passer par une consultation.

P01 : « c'était souvent lui qui nous faisait les ordonnances », « clairement c'est un confort. J'ai besoin de doliprane ou de renouvellement de pilule ou quoi lui dis (petite voix et rentre ses épaules) : tu peux me faire une petite ordonnance ? Et du coup je l'ai »

P08 : « si j'ai besoin d'une ordonnance, genre régulière, et tout ça »

P11 : « bah les prescriptions un peu quand on veut. En vrai c'est pratique »

Également, par le biais de leur parent, plusieurs enfants de médecins considèrent qu'ils ont un **accès privilégié à un autre spécialiste** et donc une rapidité accrue d'une prise en charge médicale spécifique.

P02 : « être adressé plus rapidement »

P09 : « elle peut avancer mes rendez-vous. Enfin j'ai pas les délais d'attente de tout le monde »

P10 : « il y a cet enjeu d'avoir des pistons et donc d'avoir des rendez-vous un peu plus rapidement »

VI. La confiance au cœur de cette relation de soins

La relation de confiance entre un patient et son médecin est essentielle pour assurer une bonne prise en charge médicale. Lorsque vient s'ajouter à cette relation de soins la relation familiale, chez les patients interrogés, cette **confiance** envers son médecin s'en retrouve **accrue**.

P01 : « Moi je lui fais 100% confiance »

P02 : « 100% »

P04 : « on est aussi dans une relation de confiance »

Pour certains, le fait de connaître son médecin en dehors du cadre médical permet de rendre la relation de soins **moins intimidante**. Cette confiance augmente la **fiabilité** des personnes interrogées envers les compétences médicales et l'accompagnement de leur santé par leur parent.

P04 : « y en a beaucoup aussi qui sont, bah des fois, angoissés d'aller chez les professionnels de santé. Donc là. C'est avoir un lien direct avec une personne de confiance », « J'ai du coup jamais demandé à quoi va me servir le carnet de santé car de toute façon c'est mon père. Je pense que plus que pour chaque patient il va connaître ma situation »

P03 : « je pense ne jamais avoir eu d'antibiotique de tout mon enfance. Après dans le fond c'est une très bonne chose »

P06 : « Je prône pour la médecine de mon papa »

Pour certains, cette **confiance** se retrouve aussi lorsqu'il s'agit de consulter **d'autres médecins** chez qui ils ont été adressés par le parent-médecin.

P04 : « notre père, il connaît ces personnes aussi, donc c'est aussi plus facile de faire confiance et d'y aller aussi »

Pour d'autres, cette importante relation de confiance envers son parent- médecin amène, au contraire, à ne **pas avoir confiance envers d'autres médecins**. Ce manque de confiance conduit aussi à comparer les soins prodigués par d'autres médecins à l'exercice médical de son parent.

P01 : « Je ne fais pas du tout confiance aux autres. Je lui fais vraiment confiance »

P04 : « j'ai vu d'autres médecins. Si, d'autres spécialistes [...] ça m'a toujours fait bizarre »

P08 : « m'avait paru tout à fait compétente donc ça va. Après je pense que du coup, il y a plus de, de méfiance et puis peut-être un peu... Enfin que est-ce que mon père aurait dit ça. [...] Je suis

assez méfiante quand mes copines me disent : Ah je suis allée chez le médecin, il m'a donné des antibiotiques et tout. Je dis : Mais va demander à quelqu'un d'autre »

Toutefois, il est aussi relevé par certains participants que le **manque de confiance envers les autres professionnels de santé** se retrouve chez le parent-médecin qui vérifie ce qui a été fait par l'autre médecin consulté.

P01 : « Mais il n'aime pas qu'on soit soigné. Si on va voir un autre médecin, il va nous dire : Oh il t'a prescrit quoi ? Oh ban non, c'est pas ça. »

P07 : « je pense que ce qui est dur, c'est de ouais, ne pas se mêler des diagnostics des autres médecins. Ça à mon avis elle essayait pas trop me le faire sentir mais en vrai elle regarde tout pour mon fils »

C'est d'ailleurs cette **confiance renforcée** qui amène certaines personnes interrogées à garder leur parent comme médecin traitant.

P01 : « des fois je me dis : Ah il faudrait que je prenne un autre médecin traitant mais... bah déjà trouver un autre médecin traitant c'est compliqué. Et euh... comme je disais tout à l'heure, je ne fais pas du tout confiance... nan je préfère lui demander », « Bah honnêtement, c'est la confiance ».

VII. Une prise en charge médicale satisfaisante

Il est fait remarquer par un certain nombre de patients interrogés que leur parent garde un certain **professionnalisme** dès lors qu'il s'agit du domaine médical. Il est ressenti par ces patients que les décisions restent basées sur des critères cliniques et non sur des préférences personnelles.

P02 : « il me prend comme un vrai patient. Il y a vraiment le changement quand on discute je suis son fils, et là j'ai une question médicale il prend son rôle de médecin »

P03 : « Adéquat je pense pour la majeure partie du temps et je pense de toute façon pour la majorité des choses il y avait pas de problème »

P06 : « Il est resté pro. Il a scindé les 2 à la fois : le côté médecin et le côté père de famille. Et à rester dans l'indication, enfin dans l'indication médicale. Et donc bah si il y a pas besoin de, d'examen complémentaires, ben y pas besoin d'examen complémentaires. Il va pas surmédicaliser »

Pour d'autres, même si le parent-médecin peut être très occupé et avoir un emploi du temps chargé, il reste **attentif aux soins nécessaires à son enfant**. La prise en charge médicale ne s'en trouve pas lésée comparativement à un patient lambda malgré le fait que le suivi soit toutefois différent.

P06 : « L'inconvénient, c'est que, bah c'est les horaires d'un médecin de campagne. Donc d'un point de vue euh vie familiale un peu.... Des horaires de travail, un peu amples : tôt le matin et tard

le soir. Mais, mais là, on dépasse le cadre du suivi médical. Euh... pas forcément plus suivi que quelqu'un qui n'en aurait pas le besoin »

N : « Est-ce que vous avez le sentiment d'avoir été suffisamment écoutée ? » P07 : « Dans la globalité, oui quand même »

P13 : « ce que j'aime bien, c'est que quand je le vois et que j'ai un souci je sais qu'il va réagir quand même »

Ce sentiment de **réponse adéquate** face à une demande médicale s'en retrouve même renforcé par ce lien familial.

P09 : « Ma mère a été très à l'écoute. Enfin, elle a pas hésité à lui en parler et justement, c'était limite... quand c'est un problème vraiment qui nous touche plus, où on est un peu plus gêné, où elle est plus à l'écoute quoi j'ai l'impression »

P03 : « quand j'y repense, médicalement parlant tu vois euh. J'ai jamais eu de problème on va dire de manière somatique qui n'ai pas été répondu de manière adaptée. Et je pense qu'il y a peut-être plus de discussion que... tu vois chez un cabinet de Med G, peut-être que, je sais pas ça dépend qui tu vas voir »

Toutefois, un participant constate que ce lien affectif rendait les explications que peut donner un médecin à son patient **plus directes et moins explicatives** quand il s'agissait de les donner à son enfant.

P08 : « y a un attachement émotionnel qui fait que bah justement on peut se dire : « Oui ben enfin oui elle dit ça mais t'as qu'à faire ça ». Je pense qu'il y a aussi moins de délicatesse qui... quand c'est la famille, forcément on se... enfin après je pense que c'est spécifique à chaque médecin et tout ça. Mais on peut être un peu plus brut de décoffrage »

« quand on le sollicite c'est pas au cabinet, on prend pas rendez-vous avec lui. Et que du coup, c'est un peu expéditif, surtout que c'est quand même toujours des problèmes qui restent très mineurs donc c'est pas... et du coup oui je pense qu'il y a moins de pédagogie ».

VIII. La place du secret médical lorsque le médecin est son parent

Le secret professionnel est un principe essentiel dans la relation médecin-patient, visant à garantir la confidentialité des informations échangées lors des consultations. Cependant, la situation devient plus complexe lorsque le médecin doit soigner son propre enfant.

La majorité des participants affirme que dans la relation patient-médecin, le secret médical est **respecté**.

P02 : « Moi il le respecte totalement avec moi »

P11 : « Bah moi je trouve qu'elle le garde bien quand même »

P12 : « Elle fait assez attention là-dessus, bah elle soigne aussi des copains à moi hein et jamais elle m'a dit ce qui se passait dans le cabinet non plus »

Pour d'autres, le secret médical **n'a pas lieu d'être au sein de la famille**. A l'heure actuelle, le secret professionnel n'a pas besoin d'être utilisé pour eux n'ayant pas été confronté au désir de vouloir garder pour soi certaines informations médicales.

P05 : « j'ai jamais eu de secret médical avec mon père. Je n'ai pas eu besoin du secret médical avec mon père »

P09 : « elle [sa mère] dit tout à mon père. Donc forcément je pense que il y a des trucs qui ouais qui peuvent me déranger un peu plus où je sais que ça m'embête que.... Qu'elle le dise à mon père. Après je peux toujours lui dire « Bah en parle pas ». Je n'ai jamais eu l'occasion de lui dire. Mais après, souvent, je parle de mes... comme je parle de : j'ai mal là ou là pendant qu'on mange en famille, tout le monde est au courant quand même et ça me dérange pas pour l'instant »

P13 : « C'est plus compliqué de le respecter quand même. Parce que (rires) il y a toute la famille [...] quand on parle de nos problèmes, on n'est pas qu'avec notre père. Du coup il y a tout le monde qui est autour de la table « Ah oui j'ai ça comme problème » ou je sais pas. Tout le monde est au courant à la maison. »

Toutefois, il est exprimé par certains le risque que le secret médical ne soit **pas respecté par maladresse**. En tant que parent, celui-ci peut facilement laisser échapper des détails médicaux lors de conversations informelles ou en partageant des préoccupations avec d'autres membre de la famille. Amenant même à avoir un manque de confiance concernant le secret médical avec le lien parental existant dans la relation de soins.

P03 : « il pourrait y avoir une maladresse. C'est pas exclu effectivement P03 »

Aussi, devant la complexité de cette tâche, l'enfant, se mettant à la place de son parent, en vient à ne plus totalement se confier à son médecin. En effet, cela amène l'enfant de médecin à avoir le sentiment d'**imposer** à son parent **un poids** à garder ce secret médical envers les autres membres de la famille.

P07 : « Bah moi je trouve que c'est compliqué parce que jamais on va leur confier des choses vraiment très importantes. Ce que moi j'ai pas fait du coup. Mais ça les oblige à eux en tant que parents, ne pas pouvoir en parler par exemple avec l'autre parent ou avec leurs amis, ou ce genre de choses du coup. Je vois pas bien comment ça peut être respecté, mais en tout cas respecté facilement quoi. Ça les met dans une position... »

IX. La complexité de la demande de soins

A. Des sujets gênants pour le patient et le médecin

1. Demande de soins difficile à aborder avec son parent-médecin concernant la sexualité

Demander des soins concernant la sexualité et la gynécologie à un parent-médecin peut être une situation complexe pour l'enfant. De par la **gêne et l'embarras** de discuter de sujet intime avec un parent, même s'il est médecin.

P04 : « *forcément, c'est un peu délicat quand tu commences aussi à grandir, et cetera. Demander par exemple des ordonnances pour aller faire des tests pour les IST* »

Dans cette confusion des rôles parent-médecin, pour quelques personnes interrogées, la **prévention sexuelle** est avant tout abordée, même si réalisée de manière rapide, **par le parent** et non le médecin.

P03 : « *Après, je m'en souviens quand même qu'il y avait, si il y avait mon père qui m'avait filé des capotes. Un moment donné il m'avait dit : si jamais tu en as besoin* » de principe. *Il était quand même assez open* »

Cette complexité d'aborder le sujet de la sexualité avec son parent, **restreint** le patient à ne pas en parler à cette même personne qui est aussi son médecin. Cela amène certains patients à se diriger vers d'autres professionnels de la santé afin de **garder une certaine intimité**.

P11 : « *c'est elle qui m'en a parlé, qui m'a dit « Je te prescris » parce que je venais d'avoir un copain. Elle me dit « Allez, tiens » enfin elle était... je sais quand même ce qu'il faut faire mais bref. Du coup elle me l'avait fait. J'étais allée au planning parce que je voulais pas forcément... Enfin, c'était un peu ma vie privée* ».

P13 : « *je trouve ce qui est gênant c'est par exemple quand on parle de contraception ou quelque chose comme ça. Ça devenait un peu tabou d'en parler, et du coup t'oses plus demande à ton médecin.* »

2. Demande de soins difficile à aborder avec son parent-médecin concernant la psychiatrie

Quelques participants ont mis en évidence la difficulté de soins concernant le domaine de la psychiatrie. Du fait de la relation parent-enfant, il est constaté une **perte d'objectivité** et **l'incompatibilité** d'avoir une relation patient-médecin dans ce domaine de soins.

P03 : « *j'ai eu une période avec pas mal de crises d'angoisse. Donc j'ai vu un autre med G à ce moment-là qui était dans le village à côté de chez mes parents* P03 » « *J'avais un peu des crises d'angoisse, un truc comme ça, donc c'est pas lui [son père] qui a traité ça, c'est pas possible. Tu peux pas. Enfin, c'est pas ton père qui peut. Il y a un degré de distance qui est pas possible* »

Cette difficulté de pouvoir réaliser une demande de soins psychologiques à son médecin en raison du lien pré-existant conduit à **laisser de côté cette prise en charge psychologique**, et que si l'enfant

avait été un patient lambda, la demande de soins psychologiques aurait été mieux comprise ou perçue par le médecin.

P05 : « *si c'était pas mon père mon médecin, peut-être que y aurait eu des petites choses qui auraient été plus prises en compte. Voilà, mais peut-être des choses plus... plus psychologiques quelque chose comme ça* »

P13 : « *il y a une certaine barrière. Bah moi je pense qu'il y a des choses que je n'oserais pas trop demander. Par exemple si je voulais suivre un psychologue, je n'oserais pas trop demander son avis.* »

3. Demande de soins difficile à réaliser par le parent-médecin

Chez plusieurs patients, il est retrouvé la **difficulté de la réalisation de soins pratiques** tel que recoudre une plaie quand le parent est médecin. Ainsi il est mis en évidence la **difficulté émotionnelle** pour le parent-médecin de devoir réaliser des soins en même que de devoir faire face à la souffrance de son enfant, pouvant de ce fait laisser un confrère réaliser cette prise en charge.

P01 : « *Même par exemple, recoudre ça ne le dérange pas du tout. Il a jamais voulu nous recoudre. Ça il dit : « j'arrive pas sur mes enfants ». Sur n'importe qui il y arrive, mais là il n'y arrive pas sur nous* »

P02 : « *pour ma cicatrice [...] il ne se sentait pas capable de le faire* »

P08 : « *je sais que ça le dérange pas du tout de recoudre les enfants des autres mais que nous il aimait vraiment, vraiment pas ça. Et donc pour le coup, là il nous emmenait un peu chez les autres parce que voilà, il nous mettait des petits stéril strips si c'était pas trop grave. Mais ça je sais que recoudre il était... il aimait pas du tout ça* »

B. Ressenti face aux soins

Au cours du suivi médical, le ressenti face aux soins s'en retrouve **mitigé** aux cours des différents entretiens.

Une partie des personnes interrogées **se sente à l'aise** avec leur médecin par l'existence de ce lien familial entre le patient et son médecin, favorisant alors une **atmosphère de confiance et de confort** lors des demandes et des soins médicaux. Cette proximité dans la relation patient-médecin, pour certains, permet de se sentir **plus en confiance** et **moins angoissé** que d'être pris en charge par un autre membre du corps médical que son parent.

P04 : « *pouvoir tout lui demander sans qu'il n'y ait aucune gêne* »

P10 : « *j'ai une très bonne entente avec ma mère donc je ne pense pas qu'il y ait... il n'y avait jamais eu de tabou justement parce que le discours médical était très lié à la sphère du privé* »

P09 : « *je pense que je stresserai encore plus d'en parler à quelqu'un d'autre que ma mère.* »

Contrairement à d'autres pour qui ce lien familial peut perturber la dynamique de la relation médecin-patient. Cette **gêne** est surtout exprimée par les enfants de médecins concernant le domaine de la gynécologie et de la sexualité.

P02 : « *Si, il y en a eu une [gêne] sur un problème... j'avais pas une IST mais une sorte de phimosis un peu. Du coup, vu que c'était sur l'appareil génital, petite réticence* », « *Tout ce qui est sexologie plutôt. J'en ai pas parlé. Je suis allé voir un médecin extérieur* »

P05 : « *J'ai jamais discuté de ça avec lui [gynécologie]* »

P07 : « *La première fois, j'avais été au planning familial et ensuite j'avais fini par trouver une gynéco. Ça effectivement j'avais pas voulu en parler avec elle [sa mère]* »

Il est mis en évidence **une peur du jugement** ou de la réaction de son médecin, mais surtout de celle du parent.

P04 : « *ma sœur ça a été aussi plus délicat pour le suivi au début de tout ce qui est gynécologique, pilule, et cetera. Donc un peu plus délicat de demander directement à ses parents, savoir que bah du coup on a une vie sexuelle active, et cetera* »

P06 : « *A la réflexion c'est pas parce que mon père est médecin, c'est juste parce que c'est mon père. Tout ce qui touche à la sexualité, bah forcément les enfants... c'est pas évident d'aller se prononcer, de poser des questions spontanément* »

Cet **embarras** touche tant le domaine de la gynécologie que celui de la psychiatrie amenant à une difficulté de prise en charge par son parent-médecin.

P11 : « *c'est ça les limites. Un peu quoi. C'est psy et sexuel* »

Une distinction est faite surtout par l'un des participants (P07) concernant le fait que la gêne d'être soigné par son parent-médecin intervient **surtout au moment de l'adolescence**. Ce sentiment d'inconfort n'était pas ressenti dans l'enfance celui-ci était habitué à être pris en charge par ses parents pour tout problème de santé.

P07 : « *A l'adolescence, c'est plus compliqué parce que y a des trucs qu'on a pas forcément envie de leur raconter à eux [les parents]* », « *tant qu'on est enfant, c'est pas gênant* »

C. Minimisation de la demande de soins

Un sujet est particulièrement exprimé par plusieurs des entretenus : la minimisation de la symptomatologie, de la demande médicale par son parent-médecin et **l'impression de ne pas tout le temps être pris au sérieux**.

P03 : « *Je pense que mon père avait tendance, inconsciente malgré lui, que même pour des trucs potentiellement très graves, il avait l'habitude de dire que ce n'était pas grave* »

P04 : « pas croire que chaque fois directement on avait mal quelque part on était soigné hein (rires) « Oh t'as mal » (imite son père) des fois. Une semaine : « t'avais pas mal au poignet ? Bon bah c'est parti alors c'est que c'était pas grave » »

P13 : « il est disponible. Après c'est souvent pris à la légère. Du coup tu sais pas si c'est... si t'es vraiment bien soigné ou pas : « T'as mal à la tête, bah tu prends un doliprane » », « je pense que j'étais bien écoutée. Mais parfois... ça tourne un peu à la rigolade »

Il est exprimé par certains le sentiment de se **sentir négligé** ou non écouté par son médecin-parent. Cette comparaison face à la prise en charge d'un patient lambda est particulièrement reprise pour exemplifier ce **manque d'attention** pour la demande médicale qui a pu être réalisée.

P07 : « les enfants de médecins c'est un peu comme le cordonnier, le plus mal chaussé (rires). Ils nous écoutent moins que leurs patients [...] C'était pas toujours pris très au sérieux quand j'avais un souci », « je sais que pour tous ses patients, elle va vraiment aller jusqu'au bout pour vraiment chercher. Et que moi quand je lui parle d'un truc elle va dire « bon bah c'est pas... voilà c'est pas forcément grave » »

P11 : « qu'elle aurait pas fait avec ses patients parce que je pense qu'elle les connaît pas et du coup elle va plus les prendre en charge »

Chez quelques-uns, ce manque d'attention envers la demande de soins est aussi ramené à l'humour, surtout quand il s'agit du **peu d'absence scolaire**.

P03 : « on ne m'a jamais retiré de l'école parce que je faisais 39 de fièvre. Je vomissais j'allais à l'école quand même »

P06 : « En tant qu'enfant j'étais triste de pas... d'être obligé à aller à l'école tout le temps »

Malgré le sentiment de minimisation, pour certains, le comportement de leur parent était **justifié** face à leurs symptômes, estimant que les pathologies étaient bénignes. Mais cette demande, même si elle pouvait sembler injustifiée était aussi **un moyen d'être rassuré** par son parent-médecin vis-à-vis de sa santé, même si celui-ci pouvait ne pas être attentif à cela.

P07 : « il y a des fois où juste elle pensait que je faisais du cinéma, où elle disait que je la gonflait. Et puis du coup elle prenait pas au sérieux mais c'était jamais des trucs très graves. Elle avait pas complètement tort non plus je pense en vrai »

P11 : « je pense, enfin, vu que j'avais toujours un truc, elle minimisait. Bah parce que la plupart, dans 99% du temps, j'avais rien et du coup quand j'avais un truc elle était... elle me croyait pas tout le temps »

« il y a des fois où je trouve que... elle m'a pas, elle m'a pas assez rassurée. Elle a peut-être pris trop à la légère. Mais des fois c'est vrai que peut-être que je m'inquiète trop et que du coup elle se dit faut rassurer en disant c'est pas grave »

L'un des enfants de médecin (P03) exprime le fait que la prise en charge médicale relève du **strict minimum**. Et que cette insuffisance d'écoute s'en traduit par un **retard de prise en charge médicale**.

P03 : « *alors... examiner c'est un grand mot [...] Un moment donné, je pense que ça allait à l'essentiel* », « *avec un petit bémol quand même sur certaines choses, avec un petit peu de retard parfois sur l'allumage* »

En plus de cette minimisation de la réponse à la demande de soins des parents-médecins, il est mis en avant le fait que les enfants de médecins **minimisent eux-mêmes** leur propre symptomatologie, pensant aussi ne pas présenter de pathologies assez graves pour nécessiter d'une attention médicale.

P05 : « *Après du coup, on s'écoute pas trop [...] comme j'ai pas eu de gros problème de santé c'est pas grave* »

P08 : « *il y a un peu un truc en mode bah ça va c'est bon ça va passer* », « *se dire : bon bah je vais pas le déranger pour ça* »

D. Patient perdu

Une des enfants de médecin interrogé a voulu exprimer le **sentiment de manque de connaissance du « parcours patient »**. En tant qu'enfant de médecin, elle n'a pas eu à gérer sa propre santé car tout était pris en charge par son parent-médecin. De plus, la gestion de l'administratif médical apparaît également comme un défi car elle n'a jamais eu à s'occuper de ces tâches auparavant.

P10 : « *il y a ce côté où c'est très facile. J'imagine qu'un jour, quand je n'aurai plus ma mère, quand ma mère ne pourra plus exercer ou qu'elle ne sera plus présente dans la vie, ça va être très compliqué pour moi d'être repris en charge par quelqu'un d'autre. Parce que je ne sais pas comment m'adresser, ni quoi demander. J'ai pas le protocole en tête* »
« *pour tout ce qui a été papiers, administration, et cetera sur le plan médical, ça a été très complexe pour moi de... de me mettre à jour à ce sujet puisque j'ai dû tout apprendre et sur le tas mais sans avoir la pratique du terrain puisque c'était que de la théorie pour moi [...] tout ce qui est de l'ordre du médical, carte vitale, mutuelle* »

Semblant entraîner un **sentiment d'insécurité** pour gérer sa propre santé et naviguer dans le système de santé.

X. Le besoin de consulter un autre médecin

Plusieurs des personnes interrogées se sentent obligées au cours de leur parcours médical de voir un autre médecin que leur parent, notamment concernant la **gynécologie** et la **psychiatrie**. Dans le cas de la gynécologie, les enfants de médecins se sentent **mal à l'aise** d'en discuter avec leur parent-médecin.

P02 : « *Tout ce qui est sexologie plutôt. J'en ai pas parlé. Je suis allé voir un médecin extérieur* »

P05 : « *Et puis par exemple, après j'ai eu une gynéco [...] après, en grandissant, ben après j'ai eu mes enfants et tout, j'ai... je me suis pris un médecin généraliste* »

P07 : « *Bah le début, la contraception, je ne suis pas allée la voir* »

Concernant la psychiatrie, pour des raisons similaires de l'ordre de l'intimité, cela amène l'enfant de médecin à consulter un professionnel de santé mentale en dehors du cercle médical familial.

P03 : « *pour tout ce qui est peut-être, tu vois les soucis fonctionnels, les soucis on va dire plutôt dans l'usine psychologique tout et cetera. Effectivement mon père il en a pas parlé tu vois. Enfin quand j'ai eu des problèmes il m'a envoyé voir un de ses confrères* »

P11 : « *je pense les problèmes psychologiques. Même si je suis à l'aise [...] je pense un avis secondaire est important* »

En tant que professionnel de santé, le médecin-parent est soumis au secret médical et doit respecter la confidentialité des informations concernant la santé de son patient et donc de son enfant. Toutefois, il est fait remarquer par plusieurs enfants de médecin interrogés qu'il peut être **difficile de se sentir totalement à l'aise** en partageant des informations personnelles avec son médecin quand il s'agit aussi de son parent.

P02 : « *parce que je suis allée voir un psy et là du coup ils m'ont fait une prise de sang et pareil que le sexo, je ne voulais pas qu'il sache [son père]. Et euh... c'est le négatif où je me dirai bien de changer (...). C'est plus moi, il ne doit pas savoir, si il ne faut pas qu'il sache. Parce que du coup, s'il est mon référent, il va tout recevoir* »

P07 : « *dans les infos qu'on doit donner. Parfois il y a des choses qu'on veut pas dire à nos parents quoi. Même dans leur blouse, c'est pas possible* »

Certains évoquent le fait de **devoir changer de médecin** concernant le **suivi médical**, surtout s'il avait été question d'une pathologie lourde avec une prise en charge médicale plus importante et plus rapprochée, estimant avoir un besoin plus important de son proche en tant que parent plutôt que médecin et estimant l'impossibilité d'une certaine objectivité dans la prise en charge médicale dans cette situation.

P01 : « *pour le suivi médical, je pense que ce n'est pas bien* », « *Je pense que si vraiment je devais avoir un suivi régulier, je prendrai vraiment un autre médecin traitant. C'est pas trop possible d'avoir son père quand on a vraiment une maladie grave quoi* »

P08 : « *j'avais pas de problème de santé. Je pense que si ça avait plus [si il avait eu besoin de plus de soins médicaux]. Enfin, si il y avait dû avoir un suivi plus poussé qui était nécessaire, ça aurait peut-être été un autre médecin qui serait occupé de moi* »

P13 : « *je pense aussi que si il y a des gros problèmes de santé, une maladie vraiment grave, bah c'est là que la prise de recul est encore plus compliquée pour le parent.* »

Plusieurs facteurs peuvent ainsi influencer le choix des enfants de médecins de changer de médecin traitant lorsqu'ils grandissent, et pour deux participantes : **être enceinte**. Les enfants de médecins

peuvent alors ressentir le besoin de consulter un autre professionnel de santé qui comprendra mieux les besoins et les préoccupations liées à la maternité et à la parentalité, mais aussi en gardant le fait que le parent-médecin va avoir un autre rôle à jouer, celui de grand-parent et non de médecin dans ce moment de vie.

P05 : « *Mon premier médecin traitant officiel du coup, j'avais 26 ans quand je suis tombée enceinte de ma première fille* »

P07 : « *en fait je l'ai fait moi de mon côté. Elle, je l'avais pas forcément, enfin je l'avais pas particulièrement prévenue que j'allais chercher à ce moment-là. Enfin aussi parce que en fait, là, j'avais trouvé cette nouvelle médecin parce que j'étais enceinte et qu'il me fallait un suivi de grossesse* »

XI. Manque d'objectivité

Lorsqu'un enfant est soigné par son propre parent, il peut être difficile de percevoir une objectivité totale dans la prise en charge reçue. Une grande partie des personnes interrogées a exprimé cette **subjectivité** existante dans cette relation de soins. Plusieurs évoquent un **manque de recul**. En soignant leur propre enfant, les médecins peuvent être plus susceptibles de laisser leurs émotions et leurs préoccupations personnelles interférer avec leur jugement clinique.

P07 : « *Ils ont aussi leur prisme de parents et du coup ils sont pas objectifs en fait sur la façon dont ils vont nous soigner et nous examiner quoi* »

P01 : « *il prenait des conseils des fois. Parce que bon, quand c'est tes enfants, il faut prendre du recul, tout ça* »

P03 : « *ton père il manque de recul en fait c'est subjectif* »

Cette situation peut entraîner alors une **perte de professionnalisme**.

P05 : « *c'est moins professionnel que quand on est voilà [...] il n'y a pas la dimension professionnelle quoi. Il a plus de personnel, plus d'affectif du coup* »

Il est reproché par un des participants (P10) que le parent-médecin peut être amené à traiter son enfant de manière **moins rigoureuse** ou de ne pas prescrire les examens ou traitements nécessaires pour confirmer un diagnostic. Cela pouvant conduire à un **retard de traitement** d'une pathologie.

P10 : « *j'ai pu avoir par exemple plusieurs entorses, plusieurs foulures, ce genre de choses. Et là la prise en charge, elle était pas affrétée, elle était pas incroyable quoi* »

En tant que parent, il est naturel de ressentir une **forte implication émotionnelle** et une grande préoccupation pour le bien-être de son enfant, ce qui peut nuire à l'objectivité nécessaire dans le domaine médical. Il est souligné lors d'un entretien la difficulté de ressentir parfois le côté professionnel dont la personne à besoin à un instant T plutôt que celui de parent.

P10 : « *il y avait toujours une place, une disponibilité. Il y avait toujours une écoute disponible, mais très... peut-être un peu superficielle, parce que directement ma mère pouvait prendre ce... ce côté très professionnel et à la fois très parental d'un moment à un autre. Et donc ce n'était pas très objectif comme suivi* »

L'un des participants évoque toutefois les **efforts** fournis par son parent **pour rester impartial et professionnel** dans sa prise en charge, en se fiant aux critères médicaux et aux données scientifiques pour prendre les décisions de soins pour la santé de son enfant.

P06 : « *il est resté pro. Il a scindé les 2 à la fois : le côté médecin et le côté père de famille. Et à rester dans l'indication, enfin dans l'indication médicale. Et donc bah si il y a pas besoin de, d'exams complémentaires, ben y a pas besoin d'exams complémentaires. Il va pas surmédicaliser* »

XII. Acquisition d'une connaissance médicale

Être enfant de médecin peut avoir un **impact sur la façon dont il perçoit et comprend la médecine**. En grandissant dans un environnement où la médecine est omniprésente, certains évoquent le fait d'être souvent exposé à des discussions, situations et des termes médicaux.

P10 : « *Quand on a des questions, même pour d'autres, pour l'entourage. Et c'est ce savoir qui est transmis aussi* », « *en tant qu'enfant de, de médecin, on a nous aussi une sorte de, de lexique [...]* On a un propre savoir-faire acquis, donc on arrive à peu près en, en écoutant notre corps, nos symptômes quoi faire [...] on a peut-être pas besoin d'être autant rassuré qu'un autre patient »
P05 : « *Le fait de grandir avec un père médecin, ça nous apprend à relativiser. Enfin, je sais pas, à être assez autonome aussi. On a une espèce de culture quand même de la santé* »
P06 : « *peut-être un peu plus... euh de connaissance médicale* »

Il est constaté à travers les différents entretiens que plusieurs personnes interrogées pouvaient également être plus **conscientes des bonnes pratiques** à adopter concernant leur santé.

P03 : « *J'ai eu très peu de traitements. Donc la réponse à mes problèmes n'est pas : j'ai un problème, je vais prendre un produit en tant que tel* »
P04 : « *Maintenant on est capable aussi de s'autodiagnostiquer. J'ai tellement été malade à faire tout et n'importe quoi, que maintenant je suis là à lui dire [à son père] : « tu peux me donner ça ça ça ou le générique, tu connais » et cetera. Puis tu as un petit peu ta pharmacie à la maison* »

Aussi, du fait des horaires de travail souvent chargés et parfois imprévisibles du parent-médecin, un des participants avoue avoir été amené à se prendre en charge médicalement de manière **autonome**.

P10 : « *il y avait un peu cette autonomie qui s'est développée rapidement et là-dessus... (...) j'avais plus l'impression de devoir me débrouiller seule plutôt que d'avoir vraiment cette idée d'être accompagnée par un médecin à ce moment-là* ».

Un autre, par le fait qu'il soit en études de médecine, a dû vite **savoir se gérer seul** sur le point de vue médical. Ainsi le parent-médecin peut être tenté de laisser son enfant se gérer seul concernant sa santé, pensant qu'il est suffisamment formé pour prendre soin de lui-même.

P03 : « *quand j'ai commencé mes études de médecin, ça a été : De toute façon tu sais ce que t'as donc un moment donné viens pas m'embêter quoi* »

XIII. Sentiment d'être privilégié

Quelques enfants de médecins interrogés expriment le fait qu'être enfant de médecin peut être considéré comme un privilège dans de nombreux aspects. L'un des participants expose cet aspect de **statut privilégié** dans le fait d'être enfant de médecin. Celui-ci évoque la place d'**avantagé** dans la société

P03 : « *Je pense que oui il doit y avoir une différence quand tu es fils de médecin [...] C'est comme si tu avais un statut de VIP* », « *j'ai quand même une position de privilégié quoi. Clairement, très clairement, j'ai réussi dans ma vie. Parce que j'ai fait des efforts, mais pas que... c'est... il y a aussi à la base tu vois on va dire déjà tout ce qu'il faut pour réussir* », « *encore plus dans le village, t'es le fils d'un des médecins. C'est toujours le truc « Ah » (il lève ses bras). T'es pas regardé de la même manière. Fin, ch'ai pas il y a un truc. C'est tout, t'es censé être entre guillemets un notable* »

Comme cela a été notifié antérieurement, ce sentiment d'être favorisé, cela signifie généralement **avoir accès à des soins de santé de haute qualité** et à des conseils médicaux à chaque fois que c'est nécessaire. En effet, une attention plus particulièrement est réservée à ces « enfants de » par les autres professionnels de santé.

P09 : « *je sais que forcément quand ils savent que je suis envoyé par une médecin, il font beaucoup plus attention* »

P03 : « *quand t'es fils de médecin, c'est trop bien c'est que tu paies jamais. Tu viens, le mec il discute avec toi, il est hyper cool* », « *du coup la relation que tu peux avoir avec d'autres médecins quand t'étais orienté vers un médecin. T'étais le fils d'un médecin traitant [...] j'ai consulté le stomato, le mec il m'a fait du tarif Sécu alors que c'est du secteur 2 plus plus* »

P10 : « *quand même une différence. En général la « fille de », donc forcément je pense qu'on faisait un peu plus attention à mon état, peut-être* »

Cependant, un **sentiment de culpabilité** peut se faire ressentir par le participant 7 quand il est perçu une injustice sociale et une inégalité des chances, de profiter d'avantages injustes par rapport à d'autres qui n'ont pas eu la même chance.

P07 : « on est quand même vraiment privilégié quand on a des gros soucis de santé. C'est cool pour nous, c'est quand même pas très juste pour les autres. Je sais que des fois ça me met un peu, un peu mal à l'aise quand même, d'autant plus quand au final il s'avère que il y a rien de grave. J'ai pris la place de quelqu'un juste parce que je suis une fille de docteur »

En parlant d'avantages, ce qui ressort également de ces entretiens c'est l'**avantage pécunier** d'être enfant de médecin. De par la rémunération pour leur travail, cela se traduit par un **niveau de vie plus confortable** aussi pour la famille des médecins. Ainsi les enfants de médecins peuvent bénéficier d'un accès à des ressources financières plus importantes que la moyenne, ce qui peut leur permettre de profiter de certaines opportunités

P01 : « il y a aussi un confort financier. Je sais que mes parents pourront toujours m'aider si j'ai une galère ou quoi que ce soit »

P03 : « t'as quand même une situation financière qui est quand même très confortable [...] j'ai jamais vécu dans la misère »

De plus, il est aussi reporté le fait d'avoir un **avantage éducatif** dans ce contexte d'enfant de médecin. En effet, les enfants de médecins peuvent avoir accès à un environnement familial et social favorisant l'apprentissage et la curiosité intellectuelle selon le participant 3.

P03 : « les médecins font quand même partie d'une catégorie socioprofessionnelle plutôt élevée [...] effectivement t'as en général un bagage intellectuel assez important et qui permet du coup effectivement de t'ouvrir sur beaucoup de choses. Enfin, mes parents m'ont emmené en vacances partout. Enfin voilà sur tous les continents, on a été au musée, on a une ouverture culturelle pas possible »

Par ailleurs, l'un des participants évoque le fait d'avoir accès à de possibles **relations avec différents corps de métiers** par le fait que certaines personnes soient patients de son parent et donc mis en relation grâce à celui-ci.

P09 : « rien que le fait que ses patients ont tous un métier différent, elle peut m'aider à avoir des... (rires) ça aussi c'est un avantage »

Contrairement à l'un des participants, pour lequel, **aucun intérêt** n'est retrouvé à avoir un parent-médecin généraliste.

P01 : « Je ne pourrai pas trop dire d'avantage »

XIV. Enchevêtrement de la relation médecin-patient et parent-enfant

A. Comment est perçu cette double relation

La relation familiale présente dans la relation de soins modifie la perception de cette relation par l'enfant-patient. La manière dont le rôle de médecin est perçu est très variable en fonction des

personnes interrogées. Il peut être très clair pour certains du **double rôle** que joue celui-ci, même lorsqu'il s'agit d'une relation de soins. Et la relation parentale s'en trouve entremêlée.

P09 : « *C'est à la fois un rôle de mère et de médecin je pense* »

P04 : « *Pour moi, c'était mon papa avant d'être mon médecin. Et puis forcément c'était un peu plus. Du coup, quand on a un petit truc, un bobo, un machin, qu'on sache qu'il est présent. Et que en fait c'est le petit papa qui vient me soigner [...] il n'y a pas eu de frontière* »

Pour d'autres, le **lien affectif et familial prime** sur la profession qu'exerce le parent, et pouvant trouver en son parent un conseiller en matière de santé plutôt qu'être perçu comme un médecin.

P03 : « *j'ai jamais vu mon père comme mon médecin en fait* »

P13 : « *Je pense que ça reste quand même mon père. J'arrive pas à me détacher... Après je me dis : Ouais il sait ce qu'il dit parce que c'est un médecin mais ça reste quand même mon père qui donne des conseils comme si j'étais sa fille et qu'il me conseillait quoi* »

Il est aussi ressenti comme étant le **médecin de ses patients et non de sa famille**.

P08 : « *on le sent quand il a pas trop envie de s'occuper de ça, il nous, il nous dit : « Ecoute là c'est enfin je... Enfin c'est c'est pas, c'est pas le moment » ou alors enfin « je suis pas ton médecin, va va voir, je suis ton père, pas ton médecin » et je trouve que bah c'est plutôt positif de dire non mais...* »

Alors que pour un autre, il est mis en avant le fait qu'il n'était pas possible pour le parent-médecin de ne pas être **impliqué dans la santé de sa famille**.

P07 : « *Je pense que ce qui est dur, c'est de ouais, de pas se mêler des diagnostics des autres médecins. Ça à mon avis, elle essayait de pas trop me le faire sentir mais en vrai elle regarde tout pour mon fils* »

Quelques enfants de médecins expriment le fait de percevoir le rôle de médecin de leur parent dans leur vie personnelle, de par leur statut d'« enfant de ».

P10 : « *même à l'école, c'était « fille de docteur untel » et donc ça me poursuivait même mois dans mon évolution personnelle. En fait, même dans son absence physique, elle restait là symboliquement* »

Mais il est aussi constaté que les gens, proches ou non, demandent des **avis médicaux aux enfants de médecins** en raison de leur lien familial avec un professionnel de la santé. En conséquence, cela les met **mal à l'aise** et peut créer une **pression inutile** sur celui-ci en demande de jouer le rôle de médecin.

P03 : « *quand j'étais dans le, en primaire dans mon école, il y avait la prof qui tu vois qui me sortait du coup... Enfin que quand y avait besoin du coup d'une caution, on va dire scientifique, tu*

vois, disait, « Ah mais t'as qu'à poser la question à [...] parce qu'il est fils du docteur, donc il l'est lui aussi, il est d'accord avec moi » »

D'autre part, certaines personnes demandent aux enfants de médecins de solliciter l'avis de leur parent-médecin sur des questions médicales ou des problèmes de santé, pouvant alors les mettre **mal à l'aise** et leur donner l'impression que le métier de leur parent **envahit la vie familiale**.

P01 : « Je sais qu'il y a quelque chose qui me saoule, c'est quand mes potes qui ne l'ont pas comme médecin m'envoient des messages : tu pourrais pas demander qu'il regarde ma radio, des résultats de prise de sang et tout. Et ça, ça me saoule. J'ai envie de dire : au pire, vous prenez un rendez-vous avec lui si vous voulez. Des fois, même les voisins qui viennent sonner : « Ah j'ai ma petite qui fait de la fièvre ». Bah nan. Dans les autres métiers, ça ne se fait jamais. Ça c'est quelque chose qui est assez dérangeant »

B. Quelle place en tant que patient

La majorité des enfants de médecins interrogés ressentent le fait d'être une **surcharge de travail** pour son parent-médecin en tant que patient. Cela peut amener à se sentir obligé de ne pas exprimer certaines préoccupations par peur de surcharger son parent ou de compromettre sa relation avec son parent.

P07 : « C'est vrai que dans le quotidien, juste on est, on est chiant avec eux je pense »

P10 : « qu'on est à la maison, si on pose des questions sur le domaine professionnel, ça c'est un peu rébarbatif. En tant qu'enfant de médecin, c'est toujours un petit peu gênant d'être malade parce qu'on a l'impression que on fait travailler le parent alors qu'il est à la maison »

P09 : « c'est ça qui est compliqué. C'est que forcément les moments où je peux lui demander c'est quand elle rentre du boulot, à la pause du midi ou le soir et elle est crevée. Elle est saoulée donc. Bah elle écoute, mais enfin forcément elle est vite énervée quoi »

Fréquemment, l'enfant est au fait sur le métier de son parent et que cela implique le fait de savoir que son parent a moins de temps et d'énergie à lui consacrer en tant que patient en raison de ses propres obligations professionnelles, ce qui peut entraîner des **sentiments de frustration** pour l'enfant.

P01 : « il n'a pas envie de faire ça en rentrant du taff »

Ce sentiment d'être une surcharge de travail a pour conséquence, pour certains, de **ne pas vouloir déranger**.

P08 : « de pas vouloir bah déranger. Enfin c'est-à-dire que si ton père il est prof de maths on va pas demander tous les soirs de nous donner un cours de maths. Là c'est un peu le même principe. Bon oui on lui demande peut-être pour le DM, mais pas pour... pas au quotidien lui « Bah j'ai ci j'ai ça » et du coup peut-être un peu moins de soins alors que bon bah en fait si ça serait nécessaire »

Allant jusqu'à **ne plus oser** faire de demande de soins pour **préserv**er la relation parent/enfant. Il est ainsi exprimé plusieurs fois le fait que la demande de soins faite par les enfants de médecin est ressentie comme **empiétant sur la vie personnelle** de leur parent.

P04 : « *C'est aussi des fois les frontières où c'est un peu plus délicat et cetera de demander quand on a ouais, des demandes pour des ordonnances, pour aussi le suivi* »

P01 : « *tout ce qui est vaccin et tout, c'était plutôt le soir en rentrant du taff* »

P07 : « *la limite entre vie pro et la vie privée est quand même très compliquée. On peut avoir vite tendance à les sursolliciter et à leur demander n'importe quoi en plein repas de famille, des trucs improbables. Alors qu'ils sont relaxés le dimanche pour eux aussi quoi* »

Et qu'il y a aussi de la **compréhension de la part des enfants** de médecins sur le fait que leur parent leur consacre moins de temps en raison de leurs engagements professionnels, mais que ceux-ci puissent vouloir **séparer la vie professionnelle de la vie personnelle**.

P03 : « *y a d'autres choses qui rentrent en compte que juste la prise en charge de soins de son fils, enfin de ses deux fils et sa femme. Et puis à la fin de ta journée, t'en as un peu ras le bol quand tu finis à 20h30 quoi* »

Aussi, il est retrouvé un **sentiment d'illégitimité** de recevoir des soins en comparaison à d'autres patients, dans un souci de ne pas vouloir déranger. Mais il peut aussi survenir, notamment, le **sentiment de culpabilité** de prendre du temps et des ressources médicales qui pourraient être consacrés à d'autres personnes plus « nécessaires ».

P10 : « *je me suis déjà rendue fortement malade au point de me mettre en danger parce que je pensais que ce n'était pas grave et donc qu'il n'y avait pas de raison de bah solliciter ma mère par rapport à ça* »

P05 : « *Moi je me disais qu'il avait des personnes qui étaient très malades, donc moi tout ce que je pouvais avoir tant que c'était pas un truc grave, c'était pas grave* »

C. Altération de la relation enfant-parent en raison de la profession du parent

L'exercice du métier de médecin peut avoir un impact significatif sur la relation entre l'enfant et le parent qui exerce cette profession. Un **manque de relation** parent-enfant est exprimé par certains enfants de médecin accompagné de peu d'échanges, de discussions familiales.

P01 : « *pas voir son père, pas pouvoir demander de conseil sur...ch'ai pas, on a un petit bobo et bin de suite il va penser qu'on veut avoir son avis. Alors que des fois on échange : « je suis malade » « nin nin nin. C'est pas contre lui c'est juste que je veux échanger quotidiennement* »

En effet, la charge de travail et les horaires souvent très chargés des médecins peuvent les amener à passer beaucoup de temps loin de leur famille, ce qui peut entraîner une certaine **distance émotionnelle** entre le parent et l'enfant.

P01 : « *Que ce soit mon frère ou ma sœur, moi et ma mère, on n'a pas beaucoup de relations avec lui* »

De ce fait, il est exprimé le sentiment d'une **absence parentale** par quelques-uns. Il est très clairement mis en avant par les enfants de médecins que l'absence prolongée liée à la **charge de travail** du parent peut parfois être **difficile à vivre**.

P02 : « *Je ne l'ai pas vu beaucoup. Il travaillait beaucoup* »

P06 : « *L'inconvénient, c'est que, bah c'est les horaires d'un médecin de campagne [...] Des horaires de travail, un peu ample : tôt le matin et tard le soir* »

P13 : « *quand j'étais petite, j'avais pas conscience du travail de mon père mais par contre je sais qu'on ne le voyait quasiment pas car il faisait des énormes journées. Et même quand il revenait tard il y avait vraiment que la médecine... enfin on parle que de ça à table quoi.* »

Effectivement, ce qui ressort souvent c'est l'importance du temps de travail comparé au temps personnel du médecin. Cela peut parfois conduire à ce que l'enfant **se sente négligé** par son parent, en raison de l'absence de celui-ci, par rapport aux patients de celui-ci. Il en ressort le sentiment qu'être le patient de son père permet de passer plus de temps avec lui que sa famille pour le participant 1.

P07 : « *Cette génération-là ils font des horaires de cinglé donc ça impacte forcément la vie familiale quand vos parents font des 60, 70 heures-semaines tout le temps* »

P01 : « *il est plus attentif à ses patients qu'à nous* »

Pour certains le fait de trouver un **équilibre entre vie professionnelle et vie familiale** est important afin que le parent-médecin puisse passer du temps de qualité avec son enfant.

P03 : « *je pense que en vrai, il y a assez peu d'inconvénients. Après, je pense que c'est pas vrai pour tous les fils ou filles de médecins ou voilà, il y a des gens qui arrivent pas à mettre de barrière* »

De fait, si aucune séparation n'est faite entre temps personnel et temps de travail, cela risque d'engendrer une mauvaise relation parent-enfant.

P03 : « *je pense qu'il y a des enfants qui doivent détester leurs parents parce que bah ils ont été médecins et qu'effectivement médecins de l'ancien temps* »

Au cours de plusieurs entretiens, l'absence parentale liée au métier de médecin est souvent **excusée par les enfants** en raison du respect qu'il ont un travail important et dévoué de leur parent. Le participant 1 semble reconnaître une certaine nécessité à ce que son parent soit parfois obligé de sacrifier du temps avec sa famille pour exercer une profession essentielle.

P01 : « *Avoir un père médecin, c'est cool* », « *Fin après il fait beaucoup aussi. Parce qu'il est médecin traitant au cabinet, il est régulateur au Samu, il est prof à la fac, il dirige... fin, il gère des thèses d'étudiants, il corrige tous les rapports de stage. Il passe des nuits dessus [...] il fait du 8h-*

2h du mat tous les jours et le week-end il est de garde. Un peu compliqué pour avoir des relations [...] c'est pas par rapport au fait qu'il ne veut pas nous ausculter ou quoi, c'est juste qu'il est dans son travail »

Aussi, il est compris par le participant 3 que son parent doit parfois s'absenter à cause de son travail et accepte cette situation en échange des **avantages financiers** qu'il en tire. Il peut ainsi percevoir cette absence comme un **sacrifice nécessaire pour assurer le bien-être de sa famille** et lui offrir des opportunités.

P03 : « après tu as même pour les, le soutien scolaire tu vois pécuniairement j'ai jamais manqué de rien. Enfin sans excès, je pense sans excès [...] j'ai fait de la musique, fallait payer des instruments, il fallait payer les cours »

Certains parents-médecins, pour compenser cette absence, **s'efforcent d'organiser des activités** extra-scolaires enrichissantes pour leur enfant, permettant à celui-ci de **moins ressentir cette absence** de présence parentale.

P12 : « ça a pas été négatif pour moi mais bon voilà elle bosse de 8h à 21h tous les, tous les jours. Moi j'étais... Quand j'étais ado, j'ai pas ressenti particulièrement un manque parce que bah comme je disais, on est quand même proche, on discute beaucoup mais... Enfin, y a, disons que moi... je m'en cache pas, je monte beaucoup à cheval et je pense qu'elle m'a aussi laissé beaucoup monter à cheval et mis des choses en place pour pas que je sois à la maison en train de l'attendre entre guillemets »

D. Influence de la relation parent-enfant sur la relation de soins

La relation parent-enfant peut influencer la communication entre le parent-médecin et l'enfant-patient. Il est fait remarquer par plusieurs interlocuteurs que si la relation familiale est basée sur la confiance, le **respect et la compréhension mutuelle**, cette communication médecin-patient s'en trouve plus **efficace et ouverte**.

P04 : « J'avais par trop de tabou, et cetera. Et pour le coup, ça fait que on a une bonne écoute, que il fait attention », « il y a tellement aussi un dialogue que si, à un moment donné, je dis j'ai plus envie de tout ça, qu'il soit mon médecin traitant parce que tel ou tel truc. Il dira bah ok »

P12 : « y a pas de souci. Dès qu'il y a un truc je lui demande »

Parmi les patients interrogés, plusieurs affirment qu'il est **réconfortant** en tant qu'enfant d'être soigné par son parent-médecin, permettant de **réduire l'anxiété** dans un environnement médical parfois intimidant. Effectivement, l'enfant peut se sentir **plus en sécurité et plus à l'aise** d'être soigné par quelqu'un qu'il connaît et en qui il a confiance, et avoir quelqu'un sur qui compter en tout circonstance.

P02 : « Quand on est petit je pense que c'est toujours rassurant d'avoir, de connaître »

P03 : « quand t'as un problème de santé ça va pas être panique à bord, tout ça [...] c'était quand même beaucoup plus cool de ce côté-là où justement il y a pas d'inquiétude vis-à-vis de la santé »

P08 : « Peut-être rassurant quand même. Aussi, voilà, on voyage un peu n'importe où, on se dit bon ben il y a quelqu'un de compétent, qui pourra nous aider et on sera pas livré à nous-mêmes »

Aussi le fait d'avoir un parent-médecin permet à son enfant de poser les questions médicales pour lesquelles il a besoin d'être éclairé. Cela lui permet d'être **rassuré** mais aussi **d'acquérir les connaissances médicales** permettant de lever le voile sur certaines incompréhensions qu'il pourrait avoir dans le domaine médical.

P07 : « il y a un côté rassurant aussi, par exemple quand il y a des problèmes de santé chez des proches, et cetera, mine de rien, ça met quelqu'un à dispo pour expliquer les choses réellement »

Un autre participant se pose toutefois la question si le relationnel parent-enfant pouvant être différent, s'il s'agit de la mère ou du père qui est médecin, joue sur la demande de soins. Ou encore si la complexité de la relation médecin-patient serait moindre s'agissant d'un autre membre de la famille ou si c'est plutôt lié au sexe du médecin.

P08 : « je me demande d'ailleurs si ça aurait été différent si c'était ma mère qui avait été médecin ? Je me demande si j'aurais peut-être pas plus sollicité ma mère que là mon père »

P13 : « je préférerais presque que ma sœur soit mon médecin. Je serait plus à l'aise de parler avec elle qu'avec mon père. C'est aussi le fait que c'est un homme et elle une femme. »

Est aussi exprimé le fait qu'une demande de soins peut être **source de conflit**. En effet, il est tout à fait naturel que lorsqu'un enfant a besoin de soins médicaux et que son parent est médecin, qu'il se tourne vers son parent. Cependant, cela peut parfois poser problème si le parent-médecin est fatigué ou surchargé de travail.

P09 : « peut amener à des conflits à la maison de, de lui poser une question au moment où elle est un peu plus... elle est fatiguée »

Se pose aussi la question de **l'observance**. Lorsqu'il est question d'un proche-patient celui-ci est plutôt caractérisé comme **mauvais patient** donc ayant une mauvaise observance selon un enfant de médecin interrogé, en sachant qu'il s'agit d'une observation de ses proches et non de son propre comportement.

P05 : « un patient qui connaît pas son médecin, il va peut-être aussi plus facilement obéir, suivre les prescriptions que quelqu'un de la famille qui va dire « oui, il m'a donné ça, enfin... » ou alors « il m'a donné ça, mais enfin » »

Dans ce contexte de relation de soins particulière, une **majoration de la demande de soins** est constatée par certains.

P11 : « le fait de savoir que nos parents sont médecins, dès qu'on va avoir quelque chose on va dire : Mais j'ai mal là, j'ai machin »

Cependant, cette majoration de soins exprimée lors des entretiens n'est pas forcément le fait de l'enfant-patient. Une **majoration de l'inquiétude du parent-médecin** a été observée par l'un des enfants de médecin.

P12 : « elle me dit toujours qu'elle fait avec moi comme elle aurait fait avec un patient mais je sais qu'elle s'inquiète beaucoup et que peut-être elle a tendance à faire plus d'examen complémentaires. Peut-être que je me trompe hein, je sais pas, mais je suis pas avec elle au quotidien dans sa pratique. Mais je sais que moi ma mère elle s'inquiète vite quand il s'agit de nous quand même »

Donc, la relation parent-enfant peut également **influencer la prise de décisions** en matière de soins de santé. Le parent-médecin peut être tenté de prendre des décisions médicales **basées sur ses propres sentiments personnels** envers son enfant, plutôt que sur des critères purement médicaux. Et même si cette même personne interrogée ne trouve pas d'inconvénient personnel à avoir un parent-médecin, elle ressent le **stress de son parent** d'être le médecin de ses enfants.

P12 : « c'est surtout pour elle, c'est qu'elle est, elle est stressée. Enfin voilà, vu que dès qu'il y a le moindre petit truc, elle s'imagine qu'on a un cancer ou du genre »

Alors que pour d'autres, le fait d'avoir un parent-médecin permet une **diminution de l'inquiétude parentale** face à la santé de son enfant.

P03 : « tu as ton gamin, il a une gastro, tu lui mets, je sais pas du Tiorfan, du Smecta ou ce que tu préfères. Ça poserait pas de problème, tu vois. Et puis je m'inquiéterais pas comme tous les parents qui ont des gamins qui viennent te voir parce ils ont pas été aux toilettes depuis 3 jours »

XV. Choix du parent comme médecin traitant

Concernant le choix du médecin traitant durant l'enfance, pour une majorité d'enfants de médecins interrogés, le choix a paru comme une **évidence** sans se poser de question.

P06 : « ça s'est fait assez naturellement ^{P04} » « La question ne s'est pas posée, voilà naturellement c'est ça »

P12 : « Donc quand j'étais petite, c'était implicite, mais y a quand j'ai grandi, je crois que c'était aux alentours de mes 16 ans. Elle m'a dit : « est-ce que veux que je sois ton médecin traitant ? Est-ce que tu veux voir d'autres gens ? Tu grandis maintenant t'as le droit de choisir quelqu'un d'autre ». Moi je lui ai dit non, ça m'allait très bien »

Alors que pour d'autres, ils considèrent que le choix de médecin traitant **s'est fait à leur place**. Effectivement, pour certains, il est évoqué une **absence de souvenir** concernant la déclaration de médecin traitant.

P10 : « Je pense qu'on ne m'a pas demandé. Ça a toujours été comme ça [...] On m'avait posé la question si je voulais changer. Elle m'a dit que si, si je souhaitais, je pouvais prendre un autre médecin », « La distance peut-être qui va mener à déménager sur un autre territoire »
P08 : « je ne suis pas certaine que ça a été fait. J'avoue que je ne sais pas trop, je sais pas trop »
P09 : « j'ai pas le souvenir d'avoir choisi mais je sais que, avec ma sœur à un moment donné, c'était un peu plus... ça allait moins bien et du coup elle avait proposé à ma sœur de de... que si elle voulait prendre un autre. Et elle l'a pas fait parce que au final ça l'arrange quand même »

Plusieurs causes au changement de médecin traitant sont évoquées, dont le plus fréquemment cité : **la distance**. Certains ont changé de médecin traitant du fait de l'absence de proximité géographique avec leur parent-médecin.

P05 : « il y a quand même des kilomètres, donc c'était pas pratique que je fasse la route »
P06 : « il y a à la fois un médecin traitant basé sur.... Là où on a déménagé, on est sur, près de Grenoble, donc plutôt local. Notamment, j'ai aussi un petit, pour le suivi »
P12 : « La distance [...] c'est pas forcément hyperpratique, on se voit pas non plus toutes les semaines »

Pour certains, la distance serait vraiment la cause possible de changement mais **l'envie de changer de médecin traitant n'est pas présente** pour autant.

P09 : « Humm bah la, peut-être la distance. Si je déménage super loin. Forcément c'est très compliqué. Ou si un jour ça va plus du tout avec ma mère. Sinon j'ai pas du tout envie de changer et j'ai pas envie qu'elle soit en retraite aussi. Parce que franchement, c'est quand même pratique »

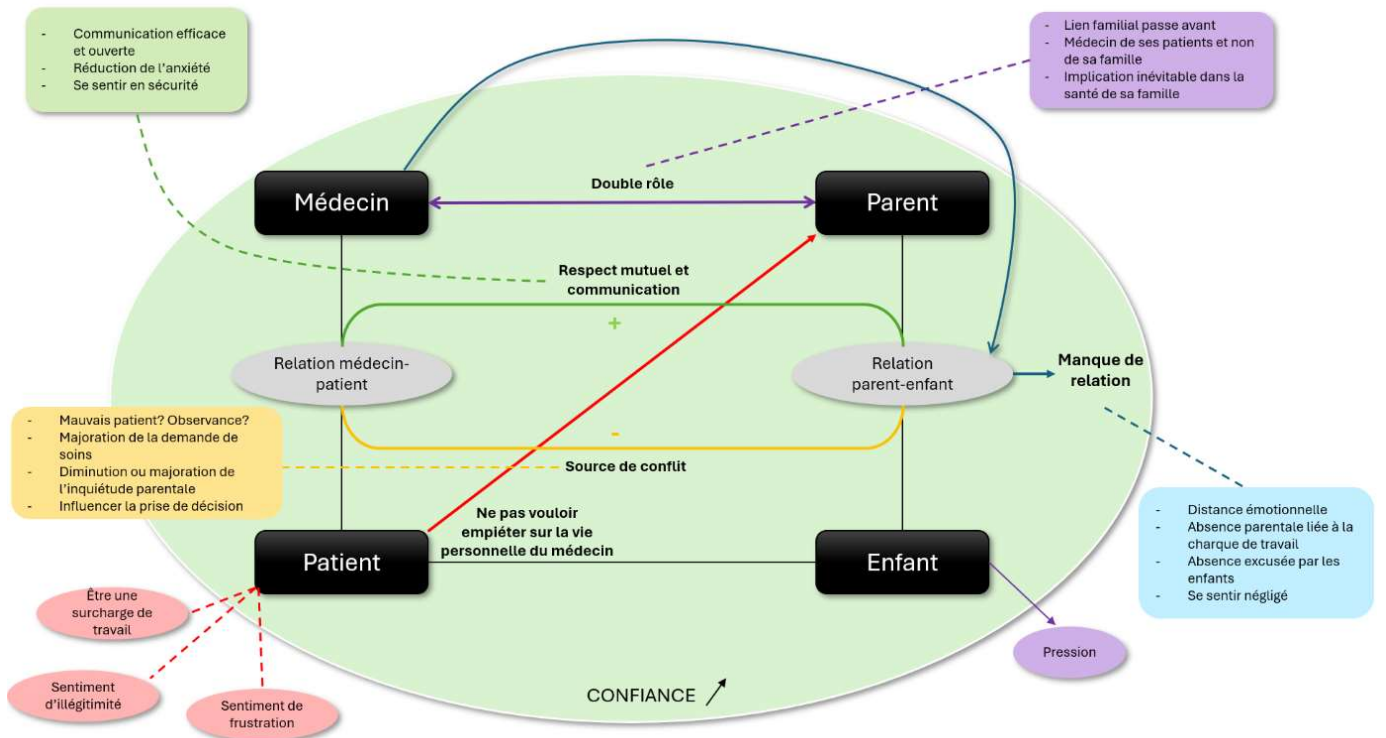
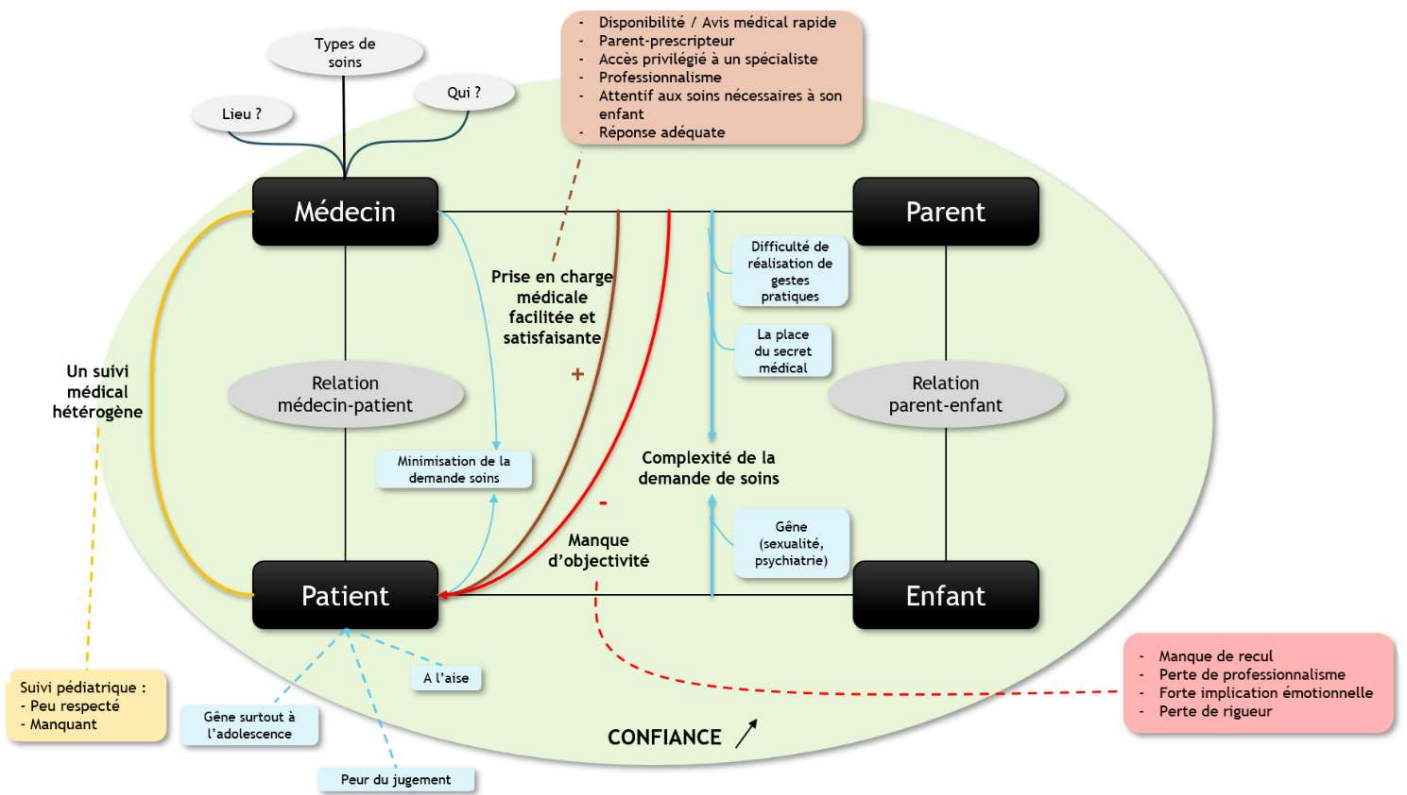
En plus de la distance, **l'évolution de vie** amène à prendre un autre médecin traitant pour l'enfant de médecin et aussi pour sa famille.

P05 : « après, en grandissant, ben quand j'ai eu mes enfants et tout, j'ai... je me suis pris un médecin généraliste ici »
P09 : « maintenant je suis avec la médecin que j'avais trouvé pour mon fils »

Aussi, il est évoqué l'idée de changer de médecin traitant dès lors qu'il est évoqué la **nécessité d'un suivi psychiatrique** ou le **suivi d'une pathologie chronique/importante**.

P11 : « si je change de ville à la rigueur, peut-être pour des... enfin d'autres problèmes peut-être on va dire par exemple d'ordre psychologique si jamais bah il y a une petite dépression », « si j'ai peut-être d'autres problèmes de, entre guillemets, vrais problèmes de santé [...] j'aimerais bien être suivie par quelqu'un d'extérieur qui n'aura pas de lien affectif »
P12 : « si un jour j'ai une pathologie qui est prenante en vieillissant, j'aimerais pas que ce soit elle qui me suive. Et que ça lui prendrait trop la tête »

Modélisation des résultats



XVI. Avis sur le fait qu'un parent soit le médecin de son enfant

Lors de ces entretiens, les participants ont pu donner leur avis concernant le fait qu'un médecin puisse soigner son propre enfant.

ARGUMENTS « POUR »

- **C'est un plus si besoin**
P01 : « pour dépanner »
- **Facilité/rapidité d'accès aux soins**
P05 : « Mais je trouve que c'est chouette, hein, de, avoir quelqu'un de proche qui s'occupe... »
- **Le parent est un bon choix de médecin pour ses enfants**
P04 : « c'est surtout ça qui m'interroge pourquoi en fait, on pourrai pas suivre ses enfants »
P04 : « Et que justement c'est compréhensible que ben on ait envie de forcément protéger ses enfants, à voir ce qui est, a aussi de mieux dans leur suivi, et cetera. Et que forcément si on connaît mieux ses compétences que celles des autres, et cetera » « c'est beaucoup plus facile que parfois ce soit les parents les médecins qui suivent leurs enfants »
- **Différence de soins entre propre enfant et un autre membre de la famille : surveillance continue**
P03 : « après, pour tes enfants, je pense que c'est différent parce que c'est pas la même relation que tu as avec tes enfants que tu as avec le reste de ta famille. Parce que tes enfants tu les vois tout le temps. Donc tu les connais et en fait, tu t'inquiète à mon avis que si t'as un doute en fait tu surveilles. Et puis en fait bah finalement tu vois y a pas de problème quoi. »

ARGUMENTS « CONTRE »

- **Ne pas être objectif**
P01 : « Je pense qu'un médecin traitant ne devrait pas soigner ses enfants car il n'a pas un regard totalement objectif »
P10 : « Je pense quand même que ça a raison d'être valable. Par exemple, elle suit également ses parents, donc mes grands-parents. Et je trouve que c'est pas... encore une fois ça a ses torts, ça a ses raisons, mais on ne peut pas être objectif en soignant la famille, c'est impossible [...] qu'il y a un peu moins de professionnalisme »
- **Être une surcharge de travail pour son parent**
P01 : « c'est souvent en dehors de son temps de travail. Donc il n'a pas forcément envie de faire ça en rentrant car c'est sur son temps libre »
- **Nécessité d'avoir un autre médecin en dehors de sa famille**
P01 : « c'est mieux d'avoir un médecin traitant isolé »
P08 : « pas aller voir j'allais dire un vrai médecin (rires) c'est pas la bonne terminologie mais d'aller voir un médecin qui bah en plus sera neutre par rapport à nous »
- **Devoir changer de médecin pour les pathologies graves / importantes**
P03 : « imaginons que je sais pas, j'aurais attrapé un cancer. Effectivement, je pense que mon père aurait beaucoup de mal à gérer. Et effectivement, dans ce cadre-là, il vaut mieux changer de médecin traitant [...] peut-être que ça serait mieux, peut-être que je me dirais qu'il faut que je change de médecin traitant parce que je ne pourrais pas parler de certaines choses. Je ne pourrai pas parler facilement avec mon père. Je ne pourrai pas parler de sujet tabou ou des choses comme ça »
- **Avoir un parent-médecin pour s'occuper des « petites » urgences et non pour prendre en charge des pathologies importantes lorsqu'il s'agit de ses enfants**
P01 : « Là ça va parce que c'est des petites broutilles »
- **Afin d'avoir un suivi d'une pathologie chronique, ne pas pouvoir garder son parent comme médecin**
P01 : « si on me dit que j'ai du diabète, je prendrai vraiment un médecin »

- **Importance du poids de la responsabilité quant au fait de devoir soigner un membre de sa famille**

P08 : « je pense qu'il y a un peu un petit souci d'impartialité [...] ça peut engendrer de la culpabilité dans le sens où si on ne détecte pas »

P12 : « je comprends la recommandation parce que ben voilà encore une fois elle est stressée et ce serait plus facile entre guillemets pour elle de déléguer. Elle aurait pas cette responsabilité, cette peur de faire une erreur médicale »

P07 : « Pour éviter aussi effectivement le côté responsabilité là dont ma mère me parlait. Où du coup parfois tout repose sur leurs épaules alors que enfin ils peuvent pas tout voir, ils peuvent se tromper, et cetera. Et les conséquences du coup, c'est dans la famille, c'est assez terrible »

- **Difficulté d'être enfant de médecin au vu de l'importance du travail de son parent**

P05 : « c'est pas facile d'être une enfant de médecin parce que je pense que c'est quand même... Enfin en tout cas, mon père, c'est peut-être une génération différente, mais c'était comme un sacerdoce quand même »

- **Aucune séparation entre la vie personnelle et professionnelle. Envahissement dans la vie familiale**

N : « Est-ce que t'as le sentiment que la vie professionnelle de ta mère a pu envahir la vie familiale et comment ? » P10 : « Oui, oui, à 100% [...] Des appels à toute heure qui pouvaient être à tout moment de vie, donc à ce moment-là, on pouvait avoir un peu l'impression de, bah de passer à côté de quelque chose ou de pas être assez intéressant pour capter l'attention [...] il y avait plus de barrière entre la vie à la maison et la vie de médecin en fait »

- **Ne pas être médecin de son enfant pour garder le rôle de parent auprès de son enfant**

P07 : « Non, honnêtement, je comprends déjà pour garder sa place au sein de la famille comme n'importe qui d'autre »

- **Laisser tranquille le parent-médecin sur le plan professionnel pendant son temps personnel**

P08 : « un aspect plus bah vie personnelle quoi. La vie perso c'est la vie perso. Enfin je pense que c'est important d'avoir un break, d'avoir une coupure, de rentrer chez soi. Enfin en tout cas pour eux, je pense que ça c'est important aussi pour avoir une vraie déconnexion et tout ça si on sait que en rentrant on aura 1500 questions, qu'on sera assailli. Bon bah oui OK bah c'est un peu pénible quoi »

- **Avis des médecins de sa famille : non pour être médecin de proches**

P05 : « C'est vrai que j'ai beaucoup entendu ça. Que même, maintenant j'ai mon frère, ma sœur qui sont médecins et ils préfèrent ne pas soigner. Enfin surtout ma sœur. Elle préfère ne pas soigner la famille »

- **Problèmes du travail se ressentent à la maison / Nécessité de laisser le professionnel en dehors du personnel**

P05 : « il y avait un côté aussi beaucoup de stress. Et donc voilà les grosses journées. Et puis quand même, bon bah, beaucoup de patient, beaucoup de problèmes. Et du coup, c'est vrai que, qu'est-ce qu'on fait de ces problèmes une fois qu'on revient à sa maison, quoi, c'est pas évident. Je pense que ça s'apprend aussi. »

P06 : « La demande médicale, on scinde. L'environnement peut être familial mais le... On fait la part des choses entre père et le médecin »

P09 : « niveau stress, fatigue enfin [...] je la vois que pratiquement dans des moments où elle est fatiguée, où il lui reste des choses à faire à la maison [...] j'ai l'impression que, dans mon enfance, de l'avoir plus vu dans des moments stressants que dans des moments joyeux quoi »

- **Préférence du parent-médecin d'un suivi extérieur pour ses enfants**

P05 : « des fois, il dit que, en tout cas, par exemple si il faut faire une analyse. Je sais qu'il préfère, il préfère que ce soit quelqu'un autre que lui qui reçoive les résultats. Il nous a quand même toujours dit qu'il préfère pas nous suivre enfin »

INCERTITUDES

- **Être ambigu concernant le fait d'avoir un parent-médecin : facilité de la prise en charge vs perte d'objectivité**

P02 : « solution de facilité, mais que ce n'est pas forcément la meilleure chose à faire » « Si je suis méd G, je serai je pense pareil par facilité »

- **Savoir rester objectif : nécessité de poser des limites**

P05 : « je pense que ça dépend vraiment du médecin, savoir si comment il arrive à mettre ses limites »

- **Être médecin de son enfant possible selon les personnes, le relationnel**

P09 : « ça dépend du médecin. Enfin, moi je trouve qu'avec ma mère ça se passe bien, mais forcément euh, ça dépend de la relation que t'as avec ton parent-médecin. Ça dépend de comment il est lui-même avec ses patients [...] ça peut être un conseil plutôt qu'une recommandation »

XVII. Issues suscitées par les participants

Plusieurs des participants expriment un avis négatif sur le fait qu'un enfant soit suivi par son parent-médecin. Effectivement, il est mis en évidence la nécessité **d'avoir un point de vue extérieur** sur la santé de son enfant.

P08 : « avoir un autre médecin du départ [...] je pense que c'est mieux de bah... d'avoir un, d'avoir un médecin qu'on va voir régulièrement et tout »

P07 : « c'est bien d'avoir un avis extérieur P02 » « Je suis pas sûre qu'il y ait une solution à ça à part juste mettre son enfant chez un autre médecin. Et sans trop fouiller dans ce que fait l'autre médecin du coup »

D'autres proposent comme avis qu'il y ait un **médecin extérieur en plus** du médecin de l'enfant qui serait son parent. Même si, par facilité, le choix de soigner son enfant est réalisé par certains parents, **avoir un autre médecin pour le suivi** est proposé comme réponse à cette problématique pour certains enfants de médecin.

P10 : « mettre ça en place, mais potentiellement s'il y a un médecin et le médecin traitant de l'un de ses enfants [...] un spécialement sollicité pour avoir un avis au cas où... je ne sais si justement l'enfant peut-être décide à un moment donné de changer de médecin et qu'il y ait un parcours de vie qui soit déjà connu par le professionnel »

P07 : « Je pense que la plupart le font au moins pour leurs enfants parce que mine de rien c'est quant même plus facile de l'examiner le soir en rentrant de l'école que de devoir comme tout le monde prendre un rendez-vous, attendre 4 jours, et cetera. Mais je pense que c'est bien en dépannage. En vrai suivi, je pense que c'est bien d'avoir un médecin attiré à part »

L'un des participants évoque la possibilité de **revoir son choix de médecin traitant pendant la période cruciale de l'adolescence** et les comportements que cela impliquent en fonction du ressenti de chacun pour permettre de se sentir plus à l'aise face à son médecin.

P13 : « Je pense que ça devrait peut-être... être interdit c'est un grand mot. Ou alors, à partir d'un âge on devrait plus... J'sais pas. A partir... euh la personne va avoir 16 ans, est-ce qu'elle ne devrait pas changer de médecin parce que c'est pas les mêmes sujets que tu abordes avant ça. Moi c'est à ce moment-là j'ai ressenti que je ne sais plus trop si je veux que mon père soit mon médecin ou pas. Après interdire... peut-être qu'il y a des gens pour qui ça passe différemment »

Un des participants s'exprime sur **l'opposition radicale** qu'il se fait concernant le fait de suivre un membre de sa famille mais trouve toutefois qu'il est possible de **faire exception pour ses propres**

enfants dans un souci de praticité. Mais il est souligné l'inconfort pouvant être présent concernant le domaine de la sexualité.

P11 : « *j'aimerais pas forcément suivre mon mari. Les enfants je trouve ça va encore parce que, enfin voilà, c'est pratique. En vrai je pense peut-être, que les emmener machin c'est vrai que... [...]*
Enfin ils vont certainement pas parler de choses plus intimes ou quoi. Donc voilà moi je pense c'est mieux d'avoir un médecin extérieur »

Une autre partie des enfants de médecins interrogés proposent d'autres solutions permettant **d'améliorer** la prise en charge médicale et le suivi de l'enfant par le parent-médecin :

- **Augmenter le temps d'écoute** en modifiant le lieu de soins, c'est-à-dire avoir un moment dédié, spécifique de consultation pour l'enfant en dehors du domicile familial

P09 : « *peut-être que si elle m'avait fait prendre rendez-vous. Enfin pas forcément prendre rendez-vous mais fait venir au cabinet. Ok, ça aurait été un peu contraignant, mais peut-être que au moins elle réserve un créneau de 15 minutes, 20 minutes pour vraiment se dire là je consacre... »*

- **Améliorer le suivi de l'enfant** en y consacrant au moins une consultation annuelle

P02 : « *Je ferai au moins une fois par an un examen complet »*

- **Réussir à mettre des barrières** entre le personnel et le professionnel

P03 : « *Alors je pense que tu peux être médecin aujourd'hui, mettre des barrières et te faire bouffer tout cru quand même. Comme toujours tu vois, je pense que t'as aussi peut-être des connaissances qui ont peut-être une vision de la médecine qui est différente aussi bien hospitalière ou je sais quoi. Et qui justement voilà, sont peut-être impliquées un peu trop impliquées dans leur travail »*

Aussi, un constat a été porté par un des participants, également médecin du travail. La problématique qu'il a ressorti de son propre travail est que beaucoup de médecins ont eu des enfants qui sont devenus médecins avec suivi soit par eux-mêmes soit par un proche.

P06 : « *j'ai pas forcément moi vécu en type d'enfant et de médecin [être enfant de médecin et soi-même médecin], mais je pense qu'il y a une proportion non négligeable d'enfants de médecins qui sont médecins. Et ça peut être quelque chose qui peut être problématique, hein, soigner un autre médecin, c'est toujours particulier »*

Discussion

I. Forces et faiblesses

A. Limites de l'étude

Une première limite de cette recherche qualitative réside dans le manque d'expérience de l'enquêtrice lors de la collecte des données et notamment en ce qui concerne la conduite des entretiens semi-directifs, ce qui pourrait engendrer un **biais d'investigation**.

De plus, un des principaux biais de cette étude provient de **la durée moyenne des entretiens**, qui peut être parfois trop **courte** pour une recherche qualitative, surtout ceux réalisés par téléphone dans un souci de praticité pour le participant. Ce biais découle probablement de la formulation du guide d'entretien qui privilégie des questions aussi ouvertes que possible pour éviter d'influencer les réponses des participants. Cependant, il s'appuie également, comme mentionné précédemment, sur le manque d'expérience de l'enquêtrice.

Le **biais de sélection de l'échantillon** a été inévitable. Il a été influencé par une réponse initialement positive de leur médecin-parent ce qui a conduit à une première sélection des candidats potentiels. Cependant, aucune sélection n'a été effectuée par la suite parmi les différentes personnes composant l'échantillon après avoir obtenu leur accord de participation. De plus, un des participants était connu de l'investigateur, ce biais ne peut donc être écarté.

Les données ont été analysées par l'investigatrice ce qui peut amener une certaine subjectivité dans l'analyse. Ainsi un **biais d'interprétation** peut exister mais réduit toutefois grâce à la triangulation des données.

Les participants sont questionnés sur des événements passés, qui peuvent remonter à plusieurs années jusqu'à leur petite enfance. Ils ont donc été contraints de réaliser un effort de remémoration ce qui introduit ainsi un inéluctable **biais de mémorisation**.

B. Forces de l'étude

Ce sujet a été pensé car il aborde **une problématique qui peut préoccuper tout médecin**, qu'il soit déjà parent ou sur le point de le devenir. L'objectif de cette étude était de faire ressortir les aspects du vécu des enfants de médecins généralistes afin de pouvoir éclairer le choix d'autres médecins ou futurs médecins généralistes se questionnant concernant le fait de soigner ses propres enfants, de devenir leur médecin traitant.

La **méthode qualitative** adoptée pour cette étude a favorisé la **collecte de données subjectives**. Ainsi les entretiens individuels ont permis pour chacun des participants interrogés de **s'exprimer librement** et de façon intime sur ce sujet.

Les **critères de scientificité** appliqués aux études qualitatives ont été suivis afin de permettre un renforcement de la validité interne de cette recherche (11).

- Conditions des entretiens adaptés :
La personne interrogée a choisi l'heure et le lieu d'entretien en fonction de ses propres disponibilités.
- L'anonymat des participants :
L'identité des personnes interrogées a été préservée. Les noms ont été supprimés et chaque personne était désignée par les initiales P suivies d'un numéro. Les enregistrements ont été détruits à la fin de l'étude.

- Triangulation des données :
Une triangulation a été effectuée par l'investigateur en collaboration avec un autre chercheur, dans le but de réduire au maximum la subjectivité de l'investigateur.
- Suffisance des données :
Les entretiens ont été effectués jusqu'à ce que les données recueillies soient jugées suffisantes. C'est-à-dire, lorsque l'émergence de nouvelles informations afin d'enrichir la théorie n'est plus atteinte.

II. Analyse des résultats et confrontation aux données de la littérature

Bien que la littérature abonde en études sur l'accompagnement des proches des médecins généralistes, elle se concentre principalement sur les membres de la famille, les conjoints et les amis proches des médecins généralistes (3,4,8,9). D'autres recherches se sont concentrées sur la relation de soins entre les médecins et leurs enfants, mais en adoptant spécifiquement le point de vue des médecins eux-mêmes (5,6,7).

Il convient de souligner que, dans cette analyse, des distinctions sont à prendre en compte entre les soins apportés à un proche et ceux prodigués à son enfant, ainsi que la manière dont cette différence de ressentis peut être perçue tant par le soignant que par le soigné tel qu'il est abordé dans les différents textes étudiés.

A. La prise en charge de l'enfant de médecin

1. Quel médecin pour le suivi pédiatrique

L'âge de l'enfant peut jouer un rôle dans la décision du parent-médecin de le suivre ou non au cours de sa première année de vie, une période critique souvent perçue comme difficile, ce qui peut conduire à la prise en charge de l'enfant par un autre praticien, indiqué de même par Dr Charbonnier dans ses travaux (7).

Dans notre étude, tous les enfants ont été suivis par leur parent. Cependant, ils ont également pu **bénéficier de l'intervention d'autres professionnels de la santé**, en particulier durant la petite enfance. Cela peut inclure un autre médecin généraliste, un pédiatre ou spécialiste d'une autre discipline pour des soins plus spécifiques. Comme le souligne également Dr Hanel dans ses recherches, on observe une dichotomie intéressante dans le comportement des médecins lorsqu'il s'agit de la prise en charge médicale de leurs propres enfants (5). D'une part, bien que la moitié des médecins interrogés choisisse de consulter un confrère pour le suivi médical de leurs enfants, cela indique une reconnaissance de l'importance de l'objectivité et de la distance professionnelle dans certaines situations de soins. D'autre part, le fait que tous les parents-médecins aient déjà examiné ponctuellement leurs enfants démontre une **tendance naturelle pour les professionnels de la santé à exercer leur expertise dans le milieu familial**, même s'ils préfèrent une approche plus détachée pour le suivi médical.

2. Types de soins effectués par le parent-médecin

- **La vaccination**

Ce qui est mis en évidence par les patients lors de leur suivi pédiatrique, c'est surtout la réalisation des vaccins. C'est le soin dont ils se rappellent le mieux concernant ce suivi. En effet, par rapport aux éléments présents dans la littérature, la vaccination se révèle être l'acte le plus fréquemment effectué par les médecins pour leur famille (3) et être l'une des raisons les plus courantes de consultation pour un membre de leur famille (12).

Toutefois, il est mis en évidence que les recommandations vaccinales même si généralement réalisées, pouvaient être moins respectées et suivies selon les enfants de médecins interrogés.

- **Soins de premiers recours**

En se concentrant sur l'enfance de ces patients et en interrogeant des jeunes personnes, il semble que ces individus aient une **vision positive de leur état de santé** ce qui explique leur **faible recours aux soins médicaux**. Lorsqu'il s'agit de soins, ils estiment que les pathologies rencontrées étaient bénignes (telles que des infections ORL ou des gastro-entérites), souvent considérées comme de la « bobologie » donnant recours à des soins simples. L'expression « bobologie » fait référence à des problèmes de santé bénins ou mineurs qui ne nécessitent pas de traitement sérieux.

Les mêmes résultats sont retrouvés dans les travaux de thèse de Docteur Charbonnier (7). Cependant, ces affections fréquentes chez les enfants sont en réalité identiques à la patientèle rencontrée par le médecin dans sa pratique pédiatrique.

Il est vrai que les enfants de médecins peuvent développer une perception des soins médicaux, souvent influencée par leur expérience quotidienne dans un environnement médical. Cette perception peut découler de plusieurs facteurs :

- **La normalisation des soins médicaux** : Ayant grandi dans un environnement où les soins de santé sont courants, ces enfants peuvent percevoir certaines maladies comme anodines.
- **La distance émotionnelle** : Les enfants de médecins peuvent parfois ressentir un certain détachement face aux enjeux de la santé, en partie en raison de la manière dont leurs parents abordent ces sujets. En effet, lorsque les médecins échangent sur des problèmes de santé, ils peuvent adopter une attitude détachée ou pragmatique, ce qui peut donner aux enfants l'impression que ces situations ne sont pas graves ou qu'elles ne méritent pas une inquiétude excessive. Par conséquent, ils peuvent développer une vision moins anxiogène des questions de santé.
- **La culture médicale** : Ils ont également accès à une éducation médicale informelle, ce qui peut les amener à minimiser certains symptômes qu'ils considèrent comme normaux ou passagers.

B. Points positifs de la prise en charge médicale par son parent-médecin

1. Praticité et disponibilité

Cette étude sur les enfants de médecin met en évidence plusieurs avantages liés à leur situation unique en matière de santé. En effet, il en ressort une opinion commune concernant cette relation de soins : **l'accès à un avis médical et la rapidité de prise en charge**, qui sont aussi retrouvés dans plusieurs autres travaux de recherche (4,5,8).

La présence quotidienne du médecin, accessible facilement, offre non seulement un accès rapide aux soins, mais également une **surveillance rapprochée de l'enfant** (9). Cela favorise la détection précoce des maladies et permet une intervention rapide. Cela permet un gain de temps et donc permet d'éviter des complications ultérieures, contribuant à l'un des rôles fondamentaux du médecin généraliste, **la prévention**.

2. Confort de vie personnelle

Avoir un parent-médecin peut effectivement offrir des avantages non négligeables, notamment en termes d'accès rapides à des conseils médicaux. Pour beaucoup, cela signifie pouvoir **obtenir des prescriptions ou des recommandations de traitements** sans avoir à passer par le processus habituel d'une consultation médicale, ce qui peut être particulièrement apprécié en cas de problèmes de santé bénins.

Toutefois, il est essentiel de prendre en compte les implications de cette situation. D'un côté, elle peut être vue comme un avantage en termes de temps et un moyen d'économiser sur des frais médicaux superflus. D'un autre côté, cela pose des dilemmes éthiques, notamment en ce qui concerne l'impartialité du médecin lorsqu'il s'agit de soigner des proches en **répondant rapidement à une demande sans évaluation appropriée**. En outre, prescrire sans examen pourrait nuire à cette relation de confiance et de respect et donner l'impression que le médecin ne prend pas au sérieux la santé de ses patients.

3. Une confiance accrue

La confiance entre un patient et son médecin joue un rôle crucial dans la qualité de soins médicaux. Dans un contexte où la relation de soins s'étend à la relation familiale, cette confiance peut être renforcée. Les patients qui connaissent leur médecin en dehors du cadre strictement médical peuvent ressentir une **réduction de l'anxiété** liée aux soins, encore plus lorsqu'il s'agit d'une relation aussi intime que celui d'un parent et de son enfant. Ce lien personnel peut rendre l'expérience médicale moins intimidante et favoriser une **communication plus ouverte**.

De plus, ces patients perçoivent souvent cette connexion comme un gage de compétence et de bienveillance. Cette atmosphère de confiance permet également une meilleure compréhension des traitements et un engagement plus actif dans leur parcours de soins selon le Dr Augustiniak (9).

4. Qualité des soins

Les enfants de médecins interrogés expriment une **satisfaction** concernant les soins reçus durant leur enfance, soulignant le **respect du professionnalisme** de leur parent par le fait que ses soins restaient fondés sur des connaissances médicales. Le parent-médecin était attentif aux besoins médicaux de son enfant. De plus, le lien préexistant entre le médecin et son enfant favorise une réponse appropriée aux demandes de soins et une facilité de discussion.

5. Relation privilégiée avec les autres médecins

Il est courant que certains enfants de médecins bénéficient d'un **accès plus rapide à des spécialistes** en raison de leurs relations familiales. Cette situation peut créer un **sentiment de privilège**, car ils peuvent souvent obtenir des rendez-vous plus rapidement et avoir accès à des informations ou des ressources que d'autres patients n'auraient pas. Par ailleurs, d'autres proches du médecin ressentent également le besoin de le solliciter pour obtenir une recommandation pour consulter un confrère (13).

De plus, le statut d'enfant de médecin généraliste pouvaient influencer la manière dont les autres médecins interagissent avec eux. En tant qu'enfant de professionnel de santé, ils pouvaient bénéficier d'une certaine facilité d'accès à des conversations sur des sujets médicaux, une **attention accrue** et une disponibilité particulière de la part des autres médecins, confirmés par d'autres résultats de thèses (6,8).

6. Acquisition d'une culture médicale

Être enfant de médecin peut entraîner des répercussions significatives sur le développement et la vie quotidienne d'un individu. Cette exposition précoce au domaine médical peut instiller une **curiosité intellectuelle et une compréhension des enjeux de santé**. Ces enfants peuvent bénéficier d'un accès privilégié à des informations médicales et des discussions sur des sujets liés à la santé, ce qui peut les aider à acquérir une **culture médicale** plus riche. Ils pouvaient alors être plus conscient des bonnes pratiques en matière de santé et de prévention des maladies, ce qui peut influencer son comportement et ses choix de vie. Cet aspect du côté formateur de cette relation est aussi ressenti par les médecins interrogés de l'étude qualitative du Dr Vartic (14).

C. Les défauts de la prise en charge médicale par son parent-médecin

1. Une « consultation » atypique

Dans le cadre de notre étude, nous avons observé un phénomène récurrent : il semble que les médecins généralistes privilégient souvent le traitement de leurs propres enfants **dans le cadre familial**, plutôt que de recourir à une consultation en cabinet. Ce constat trouve un écho dans les témoignages de la plupart des généralistes interrogés par le Dr Goubet (6), qui s'inscrivent dans la même lignée que les résultats de la recherche menée par le Dr Hanel (5). Néanmoins, ceux-ci ont souligné qu'un examen de leur enfant au cabinet serait préférable pour garantir une prise en charge optimale.

Comme nous l'avons relevé dans cette thèse ainsi que celle du Dr Goubet (6), il apparaît clairement que l'examen clinique des enfants effectué par les médecins généralistes tend à être relativement **succinct** et se limite souvent à un minimum requis. En effet, cela est confirmé par les travaux menés par les Docteurs Cart et Cousin (3,12), sur la manière dont les médecins généralistes et les pédiatres appréhendent les soins apportés à leurs propres familles, ont révélés des constatations similaires. Dans de nombreux cas, ils ont observé que les examens cliniques effectués par ces professionnels de santé étaient souvent **insuffisants**, et parfois totalement absents. Cette tendance soulève des questions sur la capacité des médecins à appliquer les mêmes standards de soins qu'ils exigent de leurs patients lorsqu'il s'agit de leurs proches.

Aussi, d'autres recherches (4,15) soulignent une disparité dans la manière dont les proches d'un médecin sont pris en charge par rapport à d'autres patients. Ces études suggèrent qu'un **examen clinique réalisé dans le cadre professionnel du médecin généraliste est préférable** pour garantir une qualité de soin optimale. En effet, effectuer cet examen dans un environnement professionnel permet au médecin de se positionner de manière **plus objective**, en adoptant une posture plus professionnelle. De plus, cela lui donne un accès immédiat à l'ensemble de l'équipement médical requis, tant pour la conduite de l'examen lui-même que pour la réalisation de l'entretien médical. Ainsi, cette approche favorise non seulement une meilleure évaluation de la situation clinique, mais elle contribue à instaurer un contexte propice à une communication plus efficace entre le médecin et son patient, renforçant ainsi la qualité globale des soins prodigués.

2. Un manque d'objectivité

Cette étude met en lumière un aspect crucial lié à la dynamique de la relation entre un enfant et un parent-médecin en soulignant le manque d'objectivité qui peut en découler. En effet, lorsque le médecin est également le parent de l'enfant malade, cela entraîne un mélange complexe d'émotions et d'attentes qui peut **influencer le jugement médical**. Le rôle affectif que le parent joue dans la vie d'un enfant peut compromettre l'objectivité nécessaire à une évaluation clinique claire et impartiale. En effet, dans des situations où un parent s'occupe de son propre enfant, il peut être **difficile de maintenir une distance professionnelle** et de prendre des décisions basées uniquement sur des critères médicaux. Les émotions, les préoccupations personnelles et l'attachement filial peuvent influencer le jugement du médecin, ce qui soulève des enjeux éthiques et des questions sur la qualité des soins prodigués.

La question du manque d'objectivité des médecins lorsqu'ils traitent des proches est un sujet largement abordé dans la littérature médicale et éthique (4,5,7,8). Plusieurs études et articles soulignent les défis éthiques et émotionnels auxquels sont confrontés les professionnels de santé dans ces situations. Notamment, La Puma (16) met en avant la tension entre la bienveillance affective envers le proche et l'exigence d'une approche rationnelle qui caractérise la pratique médicale. Dans ces travaux, certains médecins interrogés expriment leur réticence à soigner leurs proches dans ce contexte.

De plus, une revue québécoise (17) souligne que ce manque d'objectivité tend à **diminuer la qualité des soins**. Les médecins, en raison de leur attachement émotionnel, peuvent prendre des décisions qui ne reposent pas sur les meilleures preuves disponibles, ce qui pourrait nuire aux patients.

Le lien affectif qui unit le parent-médecin à son enfant peut entraîner une **tendance naturelle à minimiser les symptômes de l'enfant** ou ne pas les prendre au sérieux. Cette diminution de l'objectivité peut ainsi entraîner un manque de soins appropriés et une mauvaise gestion des symptômes de l'enfant. Cette subjectivité, bien qu'elle soit souvent le fruit d'un amour et d'une préoccupation sincères, peut nuire à la capacité du parent-médecin à évaluer la situation de manière objective.

En conséquence, cela peut conduire à un manque de soins adaptés, ainsi qu'à une gestion inadéquate des symptômes de l'enfant. Comme le souligne notamment Hill H. (18), certains pointent un **risque de prise en charge inadéquate**. En pensant bien connaître son patient, le médecin peut négliger de poser certaines questions, tandis que le patient peut omettre de partager des informations importantes.

Dans notre étude, une tendance à la minimisation des demandes de soins est exprimée par la plupart des participants, notamment par l'un d'eux. Celui-ci souligne que, dans certaines situations, un parent-médecin pourrait se sentir enclin à adopter une approche moins rigoureuse lorsqu'il s'agit de son propre enfant. Une telle attitude, fondée sur une proximité affective, risque d'entraîner un retard dans la mise en place d'un traitement adéquat pour une pathologie, ce qui pourrait entraîner des répercussions significatives sur la santé de l'enfant. Ce phénomène met en lumière les difficultés auxquelles peuvent faire face les professionnels de santé lorsqu'ils doivent naviguer entre leurs rôles de parent et de praticien.

Cependant, il est important de noter que cette absence d'objectivité n'est **pas perçue de manière unanime par tous les enfants de médecins** interrogés dans notre étude. En effet, il est souligné les efforts déployés par le parent-médecin pour maintenir une attitude impartiale et professionnelle lors de la prise en charge de son enfant. Ces parents s'efforcent de se fonder sur des critères médicaux rigoureux et des données scientifiques fiables afin de prendre des décisions éclairées concernant le bien-être de leur progéniture. Ainsi, bien que la perception du manque d'objectivité puisse varier, il existe des cas où la **démarche professionnelle** des médecins est mise en avant, témoignant d'une volonté de préserver les standards de qualité et d'équité dans les soins prodigués à leurs enfants.

Toutefois, il est également important de reconnaître que chaque individu peut avoir une perception différente de la situation. Pour certains enfants de médecins, les efforts déployés par leurs parents pour rester impartiaux peuvent ne pas suffire à atténuer la complexité des relations familiales et des attentes qui en découlent. Ainsi, même si certains enfants témoignent d'une prise en charge objective, d'autres peuvent ressentir un **poids émotionnel** ou des tensions liées à cette dualité de rôle. Cela soulève également des questions sur la manière dont les médecins peuvent naviguer entre leur professionnalisme et leur engagement parental, et sur **l'importance de la communication** au sein de la famille pour gérer ces situations. En somme, la perception de l'objectivité dans le cadre de la relation parent-enfant peut varier considérablement d'un individu à l'autre, en fonction des expériences personnelles et des dynamiques familiales.

3. Incompatibilités de cette relation de soins dans le suivi de pathologies graves ou chroniques

Lors des entretiens réalisés avec les enfants de médecins généralistes, il a été constaté que tous avaient reçu des soins de la part de leur parent-médecin. Cependant, un consensus s'est dégagé parmi eux : ils estiment qu'il serait difficile voire inenvisageable, de continuer à bénéficier de soins de la part de leur parent si cela impliquait un suivi médical pour une pathologie chronique ou grave. En d'autres termes, lorsque la situation de santé d'un enfant devient **complexe** et nécessite une gestion rigoureuse sur le long terme, cette relation parentale et professionnelle pourrait poser des **problèmes d'objectivité et**

d'émotion. Ce même point revient dans la littérature, où il est souvent mentionné par les proches (9) et les médecins eux-mêmes (6), soulignant ainsi un dilemme général face à la prise en charge médicale des proches de professionnels de santé.

L'implication émotionnelle d'un parent qui exerce également la profession de médecin peut sérieusement entraver sa capacité à adopter un comportement adéquat lorsqu'il s'agit d'évaluer la santé de son enfant, surtout si celui-ci est confronté à une pathologie plus importante. Cette proximité affective peut rendre **difficile la prise de distance nécessaire** pour analyser rationnellement la situation. En effet, le lien parental, marqué d'une inquiétude naturelle et d'une sensibilité accrue, peut conduire le parent-médecin à éprouver des conflits intérieurs (15,19).

Conformément aux recommandations faites aux médecins (20), les enfants de notre étude ainsi que d'autres proches (9) pourraient envisager de **faire appel à un professionnel extérieur**. Cela permettrait non seulement d'éviter que l'attachement et les émotions du médecin n'impactent un jugement médical objectif, mais aussi de réduire l'anxiété et la souffrance que pourrait éprouver ce dernier en tant que parent face à la maladie d'un proche.

Il a été proposé, à la suite des recherches effectuées par le Dr Beguin (21), que les médecins devraient **accorder la priorité aux cas considérés comme bénins et sans risque de complications** lorsqu'il s'agit de s'occuper de leurs proches. Cette approche semble recevoir un consensus non seulement parmi les médecins, mais également de la part des patients, qui reconnaissent l'importance de cette recommandation.

4. Les limites de l'intimité et de la pudeur

Les enfants de médecins, lorsqu'ils sont interrogés, expriment pour la majorité d'entre eux une certaine aisance à aborder leurs problèmes de santé avec leur parent-médecin. Cette confiance s'explique par le lien privilégié qui les unit, ainsi que par le fait que leur parent maîtrise les enjeux médicaux. Cependant, dès qu'il s'agit de sujets plus intimes, tels que la sexualité ou la santé mentale, la situation s'avère beaucoup plus complexe. Il est tout à fait légitime de penser que la dynamique particulière entre parent et enfant complique énormément les échanges autour de ces thématiques délicates.

Dans ce cadre, les enfants peuvent ressentir une **certaine gêne ou un embarras**, même lorsque leur parent est professionnel de santé. Ces émotions peuvent les inciter à **éviter d'aborder des problèmes** cruciaux qui les touchent. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène comme la peur du jugement qui peut jouer un rôle dissuasif.

Ces préoccupations sont également partagées par les professionnels de la santé. Le Dr Cart (12) a souligné le sentiment d'embarras que peuvent éprouver les médecins généralistes et pédiatres lorsqu'ils se retrouvent à soigner des membres de leur propre famille, en particulier lors des examens physiques, et plus spécifiquement lors des examens gynécologiques. Qu'ils choisissent d'examiner eux-mêmes leurs enfants ou qu'ils préfèrent confier ce suivi à un autre professionnel de santé, les médecins interviewés par le Dr Hanel (5) ont tous exprimé la même préférence : **recourir à un confrère pour traiter les problèmes liés à la santé intime**. Cette tendance est accentuée chez les médecins qui ont des filles, car ils ressentent une pression encore plus forte à aborder ces questions délicates. Ce constat est renforcé par les observations de Dr Charbonnier (7), qui met en avant la réticence des médecins à s'engager dans des examens qui touchent à la sphère intime de leur propre fille.

L'enfant peut aussi redouter que son parent ne porte un **regard critique** sur ses préoccupations ou ses choix personnels. Lorsqu'il est question de soins psychologiques, la relation parent-enfant peut poser des défis encore plus épineux. Le lien affectif qui unit ces deux personnes, ainsi que leur histoire partagée, peuvent, dans certaines situations, perturber l'objectivité requise de la part du parent-médecin. Ainsi, l'enfant peut se sentir en **difficulté pour exprimer ses pensées et émotions** les plus vulnérables, redoutant que son parent interprète ces confessions sous un prisme émotionnel lié à leur relation personnelle.

Les médecins interviewés par le Dr Cousin (3) ont mis en avant la complexité qui entoure la discussion de problématiques liées à la santé mentale lorsqu'il s'agit d'aborder ces sujets avec un membre de sa propre famille. Cette situation délicate peut engendrer un certain malaise et une hésitation à évoquer ces thèmes cruciaux selon des études antérieures (15,19). Les médecins reconnaissent que cette difficulté à communiquer peut conduire à une évaluation incomplète des situations, ainsi qu'à une forme d'**auto-censure** dans le discours, rendant ainsi plus ardu le processus de soin et de soutien nécessaire pour aider les patients concernés. En somme, la relation familiale peut influencer significativement la capacité des médecins à mener des échanges francs et ouverts sur des sujets aussi sensibles que ceux liés à la santé psychologique et aux addictions. Ainsi, la présentation de la demande de soins psychologiques pourrait être perçue différemment si l'enfant était un patient "lambda". En effet, un médecin pourrait être plus apte à évaluer et à comprendre une demande d'aide psychologique sans les préjugés ou les émotions qui peuvent découler d'une relation familiale. Cela peut entraîner un manque de prise en charge appropriée et retarder l'accès à des soins essentiels.

Il est donc intéressant de souligner qu'il s'agit de **l'une des raisons majeures qui poussent les enfants de médecins généralistes à chercher un autre professionnel de santé**. En effet, afin de bénéficier d'un espace où ils se sentent plus libres d'exprimer leurs pensées et leurs préoccupations sans crainte de jugement parental, ces enfants préféreront souvent s'adresser à un autre médecin.

D. Complexité de la situation et confusion des rôles

L'article 371-1 du Code Civil (20) souligne que l'autorité parentale a pour but de protéger l'intérêt de l'enfant. Cela implique que lorsque le parent est médecin, il doit prendre en compte non seulement son rôle de parent, mais aussi ses responsabilités professionnelles. De ce fait, le parent-médecin, en toute logique, est le plus apte à prendre en charge la santé de son enfant.

Hors, cette confusion des rôles entre le médecin et le parent peut créer des situations particulièrement délicates et nuancées, tant pour le professionnel de la santé que pour l'enfant concerné. En effet, un enfant peut éprouver des **difficultés à distinguer la fonction d'un parent de celle d'un médecin**, ce qui complique l'ensemble de la relation. Selon les observations du Dr Vartic (14), qui a examiné la question de la distribution des rôles, il est apparu que le médecin, lorsqu'il consulte dans le cadre de sa famille, oscille entre plusieurs identités : il devient tantôt parent, tantôt enfant, frère ou sœur, et même partenaire, tout en étant à la fois médecin. Cette oscillation engendre une **ambiguïté relationnelle** qui est également perçue par l'enfant de ce médecin. En effet, lorsqu'un enfant tombe malade, il a naturellement besoin d'affection et de soutien émotionnel de la part de ses parents. Cependant, si l'un de ces parents endosse également le rôle de médecin, cette situation peut engendrer une grande confusion émotionnelle pour l'enfant. Non seulement cet enfant pourrait ressentir le besoin d'avoir un soutien affectif, mais il peut également éprouver une pression psychologique conséquente. Dans notre étude, certains enfants de médecins ont exprimé le sentiment qu'ils devenaient **une charge supplémentaire de travail** pour leur parent lorsqu'ils se retrouvaient dans un rôle de patient. Cela peut les pousser à minimiser ou à ignorer certains problèmes de santé, par **crainte de déranger** leur parent-médecin.

De plus, en observant leur parent exercer son métier au quotidien, plusieurs participants ont aussi reconnu qu'ils ne voulaient **pas alourdir la responsabilité de leur parent en tant que médecin**. Cette notion de responsabilité pesante, ressentie par les enfants, est également soulignée par les médecins dans la thèse du Dr Goubet (6).

De plus, le double rôle exercé par le parent médecin peut perturber la dynamique familiale dans son ensemble. Les autres membres de la famille peuvent ressentir une forme d'inégalité dans l'attention et les soins reçus, surtout s'ils se comparent aux autres patients pris en charge par le parent médecin. Cela peut engendrer des **tensions au sein de la famille**, où certains peuvent avoir le sentiment que les soins ne sont pas équitablement répartis. Cette complexité des relations et la réorganisation des rôles au sein

de la sphère familiale peuvent ainsi impacter non seulement la santé de l'enfant, mais également l'harmonie familiale.

Il a aussi été exprimé par certains enfants de médecin une confusion des rôles chez eux par des personnes de leur entourage. Il a en effet été constaté, que plusieurs personnes, qu'elles soient proches ou non de la famille des médecins, se tournent vers les enfants de ces derniers pour obtenir des conseils médicaux. Cela s'explique en partie par le fait qu'ils sont liés à un professionnel de la santé, ce qui crée une attente implicite chez certaines personnes. Or, cette situation engage les enfants dans une dynamique qui peut être particulièrement inconfortable pour eux. En effet, leur position, n'étant pas formés ni qualifiés pour donner des avis médicaux, les place face à une **pression induite** qui les pousse à endosser un rôle pour lequel ils ne sont pas préparés.

Par ailleurs, une autre facette de ce phénomène se manifeste lorsque certaines personnes demandent aux enfants de médecins de transmettre des questions ou des préoccupations à leur parent-médecin. Cette attente peut encore une fois peser sur les épaules des jeunes, les mettant dans une situation délicate où ils se retrouvent à naviguer entre leur loyauté envers leurs amis et leur respect pour les limites professionnelles de leur parent. Cela soulève des enjeux éthiques et professionnels non négligeables, car en demandant à des enfants de jouer un tel rôle, on brouille les frontières entre la sphère personnelle et la sphère professionnelle, ce qui peut engendrer non seulement du **stress** pour les enfants de médecins, mais aussi des complications dans la relation de confiance entre le médecin et ses patients.

D'autre part, la question du secret médical se révèle particulièrement complexe dans un contexte familial, où les rôles de médecin et de parent peuvent se confondre. Selon l'article R.4127-4 du Code de déontologie médicale (22), « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi ». Cette obligation de confidentialité est non seulement un pilier de la pratique médicale, mais elle joue également un rôle crucial dans l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et son médecin.

Cependant, dans un cadre familial, le **respect du secret médical peut devenir problématique**. En effet, il n'est pas rare qu'un enfant, en tant que patient, partage des informations de santé avec ses parents, ou qu'un des parents exerçant la profession de médecin divulgue certaines données médicales sans intention malveillante, pensant que cela ne posera pas de problème pour l'enfant. Cependant, cette dynamique peut engendrer une force de méfiance. En effet, lorsque l'enfant sent **qu'il doit cacher certaines informations à son médecin** par crainte qu'elles ne soient révélées à d'autres membres de la famille, cela peut nuire à sa capacité à communiquer librement avec son médecin. De plus, pour le parent-médecin, cette situation s'accompagne d'une **lourde responsabilité**. Il doit jongler entre son devoir de respecter le secret médical et son instinct naturel à partager des préoccupations parentales avec l'autre parent. Cela crée une tension supplémentaire, dans la mesure où l'un des parents peut souhaiter discuter de la santé de leur enfant sans enfreindre les obligations déontologiques qui s'imposent à lui en tant que professionnel de santé.

E. Contexte juridique et historique

1. Les soins de l'enfant et sa place dans la loi

En France, le système de santé encourage un modèle de soins coordonnés et préventifs, centré sur le patient, ce qui implique la **désignation d'un médecin traitant**. Cette démarche a été mise en place pour améliorer le suivi médical et optimiser le remboursement des soins. Depuis le 1^{er} janvier 2006 (23), tous les citoyens âgés de 16 et plus sont tenus de déclarer un médecin traitant pour profiter d'un meilleur remboursement de leurs consultations médicales. Cette nécessité de choix ne se limite plus aux adultes puisqu'un changement significatif a eu lieu en 2016 avec l'instauration de la convention qui introduit le concept de médecin traitant de l'enfant (23), pour les enfants de 0 à 16 ans. Dans ce

contexte, le choix du médecin traitant de l'enfant devient une question cruciale pour le parent-médecin : il doit clairement décider s'il souhaite ou non être le médecin traitant de son propre enfant. En effet, pour celui-ci, la situation peut se révéler particulièrement délicate.

La législation permet généralement au patient de choisir librement son médecin. Cependant, cette liberté est nuancée dans le cas des enfants, qui, par leur jeune âge, n'ont pas la possibilité de faire ce choix en toute autonomie. Dans la plupart des cas, le parent-médecin est reconnu comme le médecin traitant de son enfant dès les premières années de sa vie. Avant que ce dernier ne soit en mesure de prendre des décisions éclairées et de manifester ses préférences, il ne remet souvent pas en question ce choix, à moins que la question ne lui soit explicitement posée. En effet, il est également important de noter, que bien que l'enfant soit incapable de choisir son médecin, le Code de déontologie médicale (22) stipule que « si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans la mesure du possible ».

2. Soigner un proche dans les recommandations

En France, la législation ne prévoit **pas d'interdiction stricte pour un médecin d'apporter des soins à son propre enfant**, mais elle met en avant des principes éthiques qui poussent à une prudence accrue envers ce type de situation. Selon le Code de Santé publique et le Code de Déontologie médicale, le bien-être du patient doit être au cœur de la pratique médicale. En se référant à l'article 5 du Code de Déontologie (article R.4127-5 du Code de la Santé publique) (24), il est clairement stipulé que le médecin est tenu de n'agir en aucune façon qui nuirait à ses patients. Cela signifie que chaque acte médical doit découler d'une évaluation réfléchie et éclairée par des connaissances scientifiques, avec la priorité accordée à l'intérêt du patient.

Dans ce contexte, les médecins sont donc encouragés à **maintenir une séparation claire entre vie personnelle et vie professionnelle**. Lorsqu'il s'agit de traiter un proche, notamment un enfant, le médecin pourrait se heurter à des dilemmes moraux ou à **des conflits d'intérêt** susceptibles d'entraver sa capacité à prendre des décisions médicales objectives et appropriées. Pour autant, bien qu'il soit souvent recommandé aux professionnels de santé de s'abstenir de soigner leurs proches, il est à noter que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie permet tout de même la déclaration d'un membre de sa famille en tant que médecin traitant (23). Cependant, cette démarche est conditionnée par la capacité du médecin à évaluer qu'il possède les compétences nécessaires et la capacité à être objectif pour remplir ce rôle de manière efficace et responsable.

De nombreuses institutions de santé internationales mettent en lumière les risques associés au fait de soigner des membres de sa propre famille. Par exemple, l'American Medical Association (AMA) aux Etats-Unis (25) et le Code de déontologique de l'Association Médical Canadienne (AMC) (26) établissent des lignes directrices claires qui **déconseillent aux médecins d'assumer ce type de responsabilité, sauf dans des situations d'urgence ou si la nature des soins à prodiguer est mineure**. Cette précaution s'applique également dans la province du Québec, où le Code de déontologie des médecins (27) reflète une perspective similaire. Un avis particulièrement pertinent est celui du Dr Mailhot (17), à ce moment-là résidente de 2^{ème} année à l'Université de Québec, qui souligne que les rapports personnels entre un médecin et son patient peuvent **nuire à l'empathie et à l'objectivité** que doit posséder un professionnel de santé. Cette proximité émotionnelle pourrait donc accroître le **risque d'erreurs médicales**. Le Dr Mailhot recommande ainsi que le médecin se positionne davantage comme un proche capable d'offrir un soutien moral et émotionnel plutôt que d'endosser le rôle de soignant.

En Grande-Bretagne, la British Medical Association (28) va dans le même sens en conseillant aux médecins généralistes d'encourager leurs propres membres de famille à consulter un autre praticien. Ce faisant, ils visent à **délimiter la sphère personnelle de la sphère professionnelle**, afin de minimiser les conflits d'intérêt et de préserver la qualité des soins.

Ainsi, de nombreuses références provenant de l'étranger mettent en garde contre le fait que des médecins s'occupent des soins médicaux de leurs proches, suggérant ainsi que cette pratique ne soit pas la plus appropriée en raison d'un manque d'objectivité et de l'existence de conflits d'intérêts. Cependant, il est intéressant de noter qu'aucun texte législatif ou réglementaire en France ne fournit de recommandations claires à ce sujet.

III. Réflexions et aides au choix d'une attitude

La majorité des médecins consultés dans le cadre des travaux du Dr Dagnicourt ont exprimé leur **opposition à l'établissement d'une réglementation précise** régissant l'administration de soins aux proches de médecins (4). Ce constat est corroboré par d'autres études qui montrent un refus généralisé de s'engager sur une position rigide concernant ce sujet délicat (16,29). Ce manque de consensus soulève néanmoins des questions importantes. Il serait donc pertinent d'initier une réflexion approfondie sur cette situation spécifique. Cela pourrait permettre de mieux encadrer et de clarifier les limites de la relation entre le médecin et ses proches lors de l'administration de soins, tout en prenant en compte les enjeux liés à l'objectivité et à la qualité des soins.

En complément des recommandations sur le plan international vues précédemment, plusieurs recherches ont été menées pour élaborer des **outils pratiques afin d'aider les médecins à gérer la demande de soins de leurs proches**. A ce titre, La Puma et Priest (30) ont élaborés en 1992 un code de conduite basée sur une série de sept questions (Tableau 1) qui incitent le médecin à réfléchir soigneusement avant de s'engager dans une relation soignant-soigné avec ses proches. Ces questions visent à clarifier les implications et les responsabilités qui en découlent, garantissant ainsi que le professionnel de santé n'opère pas sous l'influence d'émotions personnelles qui pourraient compromettre son jugement médical.

Tableau 1 (La Puma et Priest : Questions à se poser sur les demandes de soins de proches)

- Ai-je la formation nécessaire pour répondre aux besoins médicaux de mon proche ?
Am I trained to meet my relative's medical needs ?
- Suis-je trop à proche pour l'interroger sur les éléments intimes de son histoire ou l'examiner intimement, et pour gérer l'annonce de mauvaises nouvelles ?
Am I too close to probe my relative's intimate history and physical being and to copewith bearing bad news if need be ?
- Suis-je suffisamment objectif pour ne pas donner trop, trop peu, ou des soins inappropriés ?
Can I be objective enough to not give too much, too little, or inappropriate care ?
- Est-ce que mon implication médicale peut favoriser ou provoquer un conflit dans la famille ?
Is medical involvement likely to provoke or intensify intrafamilial conflicts ?
- Est-ce que mes proches adhèreraient plus facilement à des soins délivrés par un praticien non membre de la famille ?
Will my relatives comply more readily with medical care delivered by an unrelated physician ?
- Suis-je prêt à accepter que le praticien auquel j'adresse mes proches les prenne en charge ?
Will I allow I refer my relatives to attend him or her ?
- Suis-je prêt à rendre des comptes à mes pairs et au public de mes soins ?
Am I willing to be accountable to my peers and to the public for this care ?

Dans le cadre de notre réflexion visant à dégager des pistes de solutions relatives à la gestion des soins prodigués à un proche, il est pertinent de se référer à la revue de la littérature réalisée par le Dr Beguin

(21). Cette étude présente une synthèse des différentes approches et recommandations formulées par des chercheurs et des praticiens pour aider les médecins confrontés à la nécessité de fournir des soins à leurs proches. Ainsi, plusieurs recommandations ont émergé concernant les **conditions où le médecin accepterait de suivre son proche** (tableau 2).

Tableau 2 (Beguin, 2013 : Directives à établir si le médecin accepte de prendre en charge son proche)

- **Expliquer à ses proches**
Avoir des discussions ouvertes avec leur famille sur les circonstances dans lesquelles ils peuvent ou ne peuvent les traiter. Et clarifier avec eux leurs attentes et exprimer tout inconfort ou refus
- **Cadrer la consultation**
Mettre en place un cadre réglementaire pour que le médecin agisse en tant que professionnel, en respectant toutes les étapes d'une consultation classique.
- **Respecter vie privée / vie professionnelle**
Maintenir une réflexion régulière pour éviter que la relation personnelle n'interfère avec la relation de soin.
- **Le cas particulier des enfants**
Eviter la médecine rapide, faire confiance à ses enfants et permettre de consulter un médecin extérieur en évitant de donner un avis second à celui-ci.
- **Adresser à un confrère**
Avoir un avis extérieur et lui faire confiance sans interférer dans ses choix.
- **Préférer le rôle de conseiller**
Être attentif et bienveillant sans traiter directement ni interférer dans les soins des proches.
- **Echanger avec ses pairs**
Partager son expérience et ses inquiétudes avec ses confrères.

Cela dit, il est essentiel de noter que notre situation présente des caractéristiques particulières. En effet, la situation est différente puisque l'enfant de médecin reste tout d'abord sous la tutelle de son parent qui reste alors décisionnaire donc c'est au parent-médecin dans un premier temps de faire le choix pour ce qui est de la prise en charge médicale de son enfant.

Ainsi, à la suite de l'analyse des divers entretiens menés dans le cadre de cette thèse, plusieurs pistes de réflexion ont été mises en lumière concernant la relation entre le parent et son enfant, ainsi que la relation de soins qui en découle. Voici les idées principales qui en émergent :

❖ **Positionnement en tant que parent-médecin :**

Il est crucial pour le médecin-parent de reconnaître le bénéfice de ne pas être le médecin de son propre enfant. Dans cette optique, il peut choisir de déléguer la prise en charge à un confrère qualifié, le considérant comme le médecin référent de son enfant. Cette décision implique de lui faire confiance sans intervenir dans ses décisions médicales, favorisant ainsi une continuité des soins sans encombre.

❖ **Transférer les soins à un autre médecin :**

Un médecin-parent doit être prêt à passer la main à un autre médecin, indépendamment de l'âge de l'enfant. Cela est d'autant plus pertinent lorsque l'enfant nécessite un suivi médical plus rigoureux en raison de pathologies complexes. De plus, lorsque les inquiétudes parentales commencent à affecter l'objectivité nécessaire à la prise de décision clinique, il devient impératif d'impliquer un autre professionnel de santé.

❖ **Limitation de la pratique à des cas spécifiques :**

En s'appuyant sur les recommandations internationales, il peut être judicieux pour le médecin-parent de se limiter aux cas d'urgences et aux problèmes de santé bénins.

❖ **Nécessité d'une discussion ouverte :**

Sans envahir l'intimité de son enfant, il peut être bénéfique, à partir d'un certain âge, notamment durant l'adolescence, de lui offrir la possibilité de consulter un autre professionnel de santé de manière claire et explicite. Cela afin de pouvoir lui laisser la liberté de s'exprimer librement et sans crainte d'être jugé notamment sur ses préoccupations liées au suivi psychologique et les problématiques liées à la sexualité.

❖ **Mise en place d'un cadre de consultation approprié :**

- En respectant le lieu, c'est-à-dire, en réalisant cette consultation dans un entretien professionnel, évitant ainsi le cadre familial,
- En consacrant un temps d'écoute suffisant, avant de procéder à un examen clinique adéquat,
- En assurant que le suivi pédiatrique soit conforme aux normes médicales et aux recommandations en vigueur,
- En documentant soigneusement chaque interaction dans le dossier médical de l'enfant,
- En respectant le secret médical en toutes circonstances.

❖ **Séparation des sphères de la vie personnelle et de la vie professionnelle :**

Le parent-médecin se doit d'effectuer une réflexion continue sur la nécessité de délimiter clairement sa vie personnelle de sa vie professionnelle. Cette séparation est essentielle pour établir des frontières saines, garantissant ainsi un cadre familial serein et le bien-être des membres de sa famille.

Aussi, il est pertinent de s'interroger sur la nécessité de réévaluer le choix du médecin traitant au cours de l'adolescence, d'une manière plus claire et ouverte. Ce moment délicat de transition vers l'âge adulte pourrait offrir aux jeunes la possibilité d'exprimer leurs préférences et de comprendre qu'ils ne sont pas contraints de désigner leur parent comme médecin traitant. Il est donc essentiel de créer un espace de dialogue où l'adolescent peut prendre conscience que le choix d'un professionnel de santé peut se faire à tout moment de sa vie. Cette discussion pourrait atténuer toute pression ressentie et veiller à ce que la relation parent-enfant ne soit pas affectée par des considérations professionnelles. En établissant une telle approche, cela permettrait aux adolescents de se sentir en contrôle de leur santé tout en préservant la dynamique familiale.

Conclusion

Dans le cadre de cette recherche, il est observé une diversité d'opinions parmi les enfants de médecins généralistes concernant la prise en charge médicale dont ils bénéficient de la part de leur parent. Cette variété de points de vue souligne la complexité de cette situation : bien que certains enfants expriment des réserves quant à l'implication de leur parent-médecin dans leur prise en charge médicale, peu sont d'avis qu'il serait souhaitable d'interdire cette possibilité. En effet, cette question ne peut pas être réduite à un simple oui ou non.

La satisfaction des enfants et leur bien-être dans le domaine des soins médicaux sont largement influencés par la façon dont le médecin-parent parvient à instaurer une relation à la fois professionnelle et éthique avec son enfant en tant que patient. De plus, la confiance des enfants face à la prise en charge par leur parent joue un rôle prépondérant dans cette dynamique de soins. Ainsi, il apparaît essentiel d'examiner les nuances de cette relation, en considérant à la fois les compétences professionnelles des parents-médecins et les sentiments de sécurité et de confort ressentis par leurs enfants.

Ainsi, la prise en charge d'un enfant par son parent-médecin doit être envisagée avec soin, en adoptant une approche stratégique qui intègre à la fois les dimensions émotionnelles, les besoins médicaux et les impératifs éthiques. Il est donc important que le professionnel de santé prenne en considération tous les aspects de cette relation particulière de soins tant sur le trait professionnel que personnel avant de faire le choix ou non de suivre son enfant comme patient.

De plus, il est essentiel que le parent-médecin s'efforce de recueillir régulièrement les impressions et les ressentis de son enfant concernant sa prise en charge afin qu'il puisse se sentir en confiance et se sentir libre dans les choix de son suivi médical, surtout au moment de l'adolescence.

Par ailleurs, la problématique du manque croissant de médecins soulève des interrogations sur l'accès aux soins. En effet, la situation soulève également des réflexions sur les implications pratiques d'avoir un parent exerçant la médecine. Ainsi, le fait que ce parent puisse choisir ou non de s'occuper lui-même de la santé de son enfant pourrait être restreint, tout comme l'enfant peut se retrouver dans l'impossibilité de changer de médecin par souci de praticité.

Bibliographie

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale [En ligne]. 2021. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
2. L'Assurance Maladie. Déclaration de choix du médecin traitant [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/declaration-choix-medecin-traitant>
3. COUSIN M. Attitudes des médecins généralistes et des pédiatres du Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis des soins à leur propre famille [Thèse de doctorat en médecine]. Lille : Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2014.
4. DAGNICOURT P. Soigner ses proches, une attitude à raisonner ? [Thèse de doctorat en médecine]. Université d'Angers; 2012.
5. HANEL P. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais soignent-ils leurs propres enfants ? [Thèse de doctorat en médecine]. Lille : Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2021.
6. GOUBET JC. Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants : peut-on soigner ses enfants ? [Thèse de doctorat en médecine]. Université de Picardie Jules Verne ; 2016.
7. Charbonnier D. Prise en charge par le Médecin généraliste de la santé de ses propres enfants: étude qualitative auprès de dix-huit praticiens de la région. 2017;254.
8. DA SILVA M. Quelles sont les attentes et le ressenti des proches du médecin généraliste? Etude qualitative auprès de 12 patients des Alpes Maritimes. [Thèse de doctorat en médecine]. Université de Nice Sophia-Antipolis ; 2014.
9. Augustyniak J. Vécu des patients pris en charge par un médecin généraliste membre de leur propre famille. [Thèse de doctorat en médecine]. Université de Lorraine. 2015;97.
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57.
11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19:4.
12. Cart S. Vécu des médecins généralistes et des pédiatres du Nord-Pas de Calais en tant que soignant de leur famille [Internet] [Thèse de doctorat en médecine]. [Lille: Université de Lille 2 Droit et Santé; 2014.
13. Eastwood GL. When Relatives and Friends Ask Physicians for Medical Advice: Ethical, Legal, and Practical Considerations. *J Gen Intern Med*. déc 2009;24(12):1333-5.
14. VARTIC R. DE LA VARIABILITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS : COMPARAISON ENTRE LES PATIENTS ORDINAIRES ET LES PATIENTS APPARENTES AU MEDECIN. Etude qualitative sur le ressenti de 16 medecins generalistes franciliens selon l'experience et le genre [Thèse de doctorat en médecine]. FACULTE DE MEDECINE PARIS-SUD; 2017.
15. M nasterski F. Étude des leviers et des freins dans la prise en charge par un médecin généraliste de membres de sa famille: enquête auprès de médecins généralistes de Meurthe et Moselle. [Thèse de doctorat en médecine]. Nancy: Université de Lorraine : 2012

16. La Puma J, Stocking CB, LaVoie D, Darling CA. When Physicians Treat Members of Their Own Families. *N Engl J Med*. 31 oct 1991;325(18):1290-4.
17. Mailhot M. Caring for our own families. *Can Fam Physician*. mars 2002;48:546-52.
18. Hill H, Hill M. When your mother wants a script: The ethics of treating family members. *JAAPA*. févr 2011;24(2):59.
19. Peltz-Aim J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches? Une étude qualitative [Thèse de doctorat en médecine]. [Paris]; 2012.
20. Article 371-1 - Code civil - Légifrance [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038749626
21. Beguin M. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches. [Thèse de doctorat en médecine] Grenoble ; 2013.
22. Conseil National de l'Ordre des Médecins [En ligne]. 2019. Article 4 - Secret professionnel. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-4-secret-professionnel>
23. Dispositif du médecin traitant [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
24. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 10 sept 2024]. Article 5 - Indépendance professionnelle. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-5-independance-professionnelle>
25. American Medical Association. Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of medical ethics of the American Medical Association : current opinions with annotations [En ligne]. Chicago : AMA Press; 2008. 510 p.
26. Code de déontologie et de professionnalisme de l'AMC [En ligne]. Association Médicale Canadienne; 2018. Disponible sur: <https://policybase.cma.ca/viewer?file=%2Fmedia%2FPolicyPDF%2FPD19-03.pdf#page=1>
27. Code de déontologie de l'ordre professionnel des médecins du Québec (Code de déontologie des médecins). 2024;chapitre M-9, r-17:20. Disponible sur : Éditeur officiel du Québec (gouv.qc.ca))
28. British Medical Association. Ethical responsibilities in treating doctors who are patients. Guidance from the Ethics Department. 1995. Revised 2004 Mar.
29. Reagan B, Reagan P, Sinclair A. « Common sense and a thick hide ». Physicians providing care to their own family members. *Arch Fam Med*. juill 1994;3(7):599-604.
30. La Puma J, Priest ER. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians treating their own families. *JAMA*. 1992 Apr 1;267(13):1810-2.

Annexes

Annexe 1 : Grille COREQ :

| N° | Item | Guide questions/Description |
|---|---|--|
| Domaine 1 : Equipe de recherche de réflexion | | |
| Caractéristiques personnelles | | |
| 1 | Enquêteur/animateur | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus groupe</i>) ? DOHEN Noémie |
| 2 | Titres académiques | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Interne en médecine générale puis médecin remplaçant |
| 3 | Activité | Quelle était leur activité au moment de l'étude ? Stage d'internat puis remplaçant en médecine générale |
| 4 | Genre | Le chercheur était-il un homme ou une femme ? Une femme |
| 5 | Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? Novice en formation (lecture de recueil et conseils du directeur de thèse) |
| Relations avec les participants | | |
| 6 | Relation antérieure | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? Oui, pour un seul participant |
| 7 | Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Réalisation d'un projet de thèse pour l'acquisition d'un doctorat en médecine générale |
| 8 | Caractéristiques de l'enquêteur | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Réalisation d'entretiens pour réalisation d'une thèse |
| Domaine 2 : Conception de l'étude | | |
| Cadre théorique | | |
| 9 | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Etude qualitative inspirée de la théorisation ancrée |
| Sélection des participants | | |
| 10 | Echantillonnage | Comment ont été sélectionnés les participants ? Echantillonnage à participation volontaire |
| 11 | Prise de contact | Comment ont été contactés les participants ? Contactés via leur parent, médecin généraliste, par mail après un recensement réalisé à partir de la liste des médecins généralistes maîtres de stage et des différents groupes de demandes de remplacement sur la région des Hauts-de-France existant sur les réseaux sociaux |
| 12 | Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? 13 participants |
| 13 | Non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? 5 participants n'ont pas donné suite au message de relance pour se mettre d'accord sur le lieu et la date de l'entretien (aucune raison donnée) |
| Contexte | | |

| | | |
|---|--|--|
| 14 | Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ? Dans le lieu souhaité par le participant ou par téléphone |
| 15 | Présence de non-participants | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et chercheurs ? Non |
| 16 | Description de l'échantillon | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Hommes et femmes majeurs ayant un parent médecin généraliste |
| Recueil des données | | |
| 17 | Guide d'entretien | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? Un guide d'entretien semi-dirigé a été utilisé. Il n'a pas été testé au préalable |
| 18 | Entretiens répétés | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? Non |
| 19 | Enregistrement audio/visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? Utilisation d'un enregistrement audio |
| 20 | Cahier de terrain | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? Des notes ont été prises pendant les entretiens individuels |
| 21 | Durée | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? De 10 minutes à 1 heures 9 minutes |
| 22 | Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? Jusqu'à suffisance des données |
| 23 | Retour des transcriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? Non |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | |
| Analyse des données | | |
| 24 | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ? Deux personnes |
| 25 | Description de l'arbre de codage | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? Non |
| 26 | Détermination des thèmes | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? Déterminés à partir des données |
| 27 | Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? Word® |
| 28 | Vérification par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? Oui après que la question leur a été posée |
| Rédaction | | |
| 29 | Citations présentées | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Oui, avec une identification anonyme des participants |
| 30 | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? Oui |
| 31 | Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? Oui |
| 32 | Clarté des thèmes secondaires | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? Oui |

Annexe 2 :

MAIL DE DEMANDE DE CONTACT (envoyé aux médecins généralistes)

Bonjour,

Actuellement remplaçante en médecine générale non thésée, je me permets de vous envoyer ce mail dans le cadre de mon travail de thèse.

Je fais court car je sais que votre temps est précieux.

Mon travail porte sur « Enfants de médecin généraliste et vécu de leur prise en charge ».

En une phrase d'explication, je souhaite m'entretenir avec des enfants de médecins généralistes pour recueillir leur témoignage et vécu lors de leur demande de soins auprès de vous.

Donc ce sont vos proches que je souhaiterais rencontrer, c'est-à-dire, un de vos enfants ayant plus de 18 ans.

Je passe donc par votre intermédiaire pour en premier lieu avoir votre approbation et en deuxième lieu me communiquer les coordonnées (mail/ numéro de téléphone) d'un de vos enfants que vous aurez jugé apte à répondre à mes sollicitations.

Je vous remercie par avance de l'aide que vous pourrez m'apporter, tous les témoignages me seront précieux et je compte sur vous !

Je vous laisse mon téléphone si besoin : [REDACTED] et mon mail : [REDACTED].

Cordialement,
Belle journée à vous.

Noémie DOHEN

Annexe 3 :

**MAIL DE DEMANDE DE PARTICIPATION (envoyé aux enfants de
médecins généralistes)**

Bonjour,

Je me présente, je m'appelle Noémie DOHEN. Actuellement médecin remplaçant, je suis en train de préparer ma thèse.

C'est dans ce contexte que j'ai pris contact avec différents médecins dont votre père/mère, Dr ..., qui m'a transmis vos coordonnées.

Ce travail porte sur les « Enfants de médecin généraliste et vécu de leur prise en charge ». L'objectif est de faire ressortir les aspects du vécu des enfants de médecins généralistes afin d'éclairer le choix d'autres médecins

généralistes et les orienter concernant le fait de soigner leur propre enfant.

C'est donc dans ce cadre que je vous sollicite.

L'enquête consistera en un entretien d'environ 15 durant lequel nous aborderons différents thèmes à travers diverses questions. Vos réponses seront entièrement libres.

Que vous soyez intéressé ou non, n'hésitez pas à me répondre ou si vous avez des questions. SI vous êtes d'accord, nous conviendrons par la suite d'un rendez-vous.

Je vous remercie par avance de l'aide que vous pourrez m'apporter, tous les témoignages me seront précieux.

Je vous laisse mon téléphone si besoin : [REDACTED] et mon mail : [REDACTED]

Bonne journée,

Cordialement

Noémie DOHEN

Guide d'entretien

Bonjour, je suis Noémie DOHEN, étudiante en médecine. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur les enfants de médecin généraliste et le vécu de leur prise en charge. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but de faire ressortir les aspects du vécu des enfants de médecins généralistes afin d'éclairer le choix d'autres médecins généralistes, les orienter concernant le fait de soigner leur propre enfant. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être majeur et être enfant de médecin généraliste.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droit d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-027 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès du CNIL.

Merci à vous !

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [REDACTED]

I. Circonstances :

- 1) Lorsque vous étiez enfant, avez-vous été pris en charge par l'un de vos parents ou par un autre médecin traitant ?
 - A quelle fréquence avez-vous bénéficié de l'avis médical de votre parent ?
- 2) Quelle est votre expérience concernant le fait d'avoir été soigné par son parent-médecin ? Est-ce qu'il y a des situations particulières qui vous reviennent ?
- 3) Que pensez-vous personnellement de cette situation ?
- 4) Dans quels circonstances / situations avez-vous déjà sollicité votre parent-médecin ?
 - Contexte (lieu, activité, en privé, en famille)
 - Suivi régulier ? (Motif de consultation vaccination, taille/poids, croissance...)

II. Attentes et réactions :

- 5) Est-ce que votre parent-médecin répondait de manière adéquate à votre demande ? Disponibilité en temps, écoute... Que pensez-vous de la réponse à la demande de la part de votre parent-médecin ?
- 6) Pouvez-vous me parler de l'attitude de votre parent-médecin lors de votre demande de soins ?
 - A-t-il accepté avec/sans réticence ?
 - Avez-vous perçu un mal-être/embarras/inconfort ?
 - Avez-vous déjà été face à un refus ? (Justification du refus, réponse adéquate ?)

7) Que pouvez-vous me dire sur le rapport avec les autres médecins que vous avez consulté ?

III. Avantages et inconvénients :

8) Selon vous, comment votre prise en charge, réalisé par votre parent-médecin, diffère de la prise en charge médicale d'un patient lambda ?

9) Qu'est-ce que, selon vous, votre parent-médecin aurait pu améliorer concernant votre prise en charge médicale ?

10) Avez-vous le sentiment d'avoir été suffisamment écouté/suivi en tant que patient ?

Questions de relance :

- Quels sont, selon vous, les avantages à avoir un parent-médecin ?
 - Avez-vous une confiance accrue en lui ?
 - Trouvez-vous cela plus simple pour des raisons pratiques ?
- Quels sont selon vous les limites et inconvénients de cette situation ?
 - Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés personnellement du fait de cette situation ?
 - Existe-t-il des sujets médicaux que vous n'avez pas abordés ou que vous n'aborderiez pas avec votre parent-médecin ?
 - Quelles craintes ou hésitations aviez-vous avant de solliciter votre parent-médecin ?
 - L'examen clinique est-il source de gêne ou au contraire êtes-vous plus à l'aise ?

IV. Interactions entre le lien affectif et la relation médecin-patient :

11) Qu'est-ce que votre lien affectif (enfant-parent) modifie dans ta prise en charge, dans ta relation médecin-patient ?

- Est-ce plutôt un avantage ou un inconvénient ?

12) Est-ce que, selon vous, les relations affectives pourraient modifier la prise de décision ?

13) Est-ce que vous avez le sentiment que la professionnelle de votre parent envahisse la vie familiale ? Et comment ?

V. Préférences, choix :

14) Quels sont les choix qui vous ont poussé à choisir ou non votre parent en médecin traitant lorsque vous étiez en mesure de prendre cette décision ?

- Vous a-t-il fait part de ses réticences ?

15) Par votre expérience passée, quelles sont les raisons qui vous feraient changer de médecin traitant ou les raisons de garder votre parent comme médecin traitant ?

16) Lors d'une demande de soins, percevez-vous avant tout votre proche comme un médecin ou comme un père/une mère ? Quel est votre ressenti ?

17) Est-ce qu'à un moment donné de votre enfance-adolescence, votre parent vous a proposé d'avoir un suivi par un autre médecin ?

VI. Conclusion :

- 18) Que pensez-vous du secret médical lorsqu'il existe un lien préexistant entre le médecin et son patient ?
- 19) La plupart des recommandations déconseillent aux médecins de suivre leur propre famille ; les relations affectives pouvant interférer avec le raisonnement médical et pouvant être sources de mauvaises décisions. Qu'en pensez-vous ?
- 20) Y a-t-il d'autres choses dont vous voudriez me parler concernant la relation médecin-patient/parent-enfant ?

Merci beaucoup pour votre participation et vos réponses précieuses. Je ne manquerai pas de vous faire part de mon travail une fois fini si cela vous intéresse.

Annexe 4 : Guide d'entretien dernière version

Guide d'entretien

Bonjour, je suis Noémie DOHEN, étudiante en médecine. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur les enfants de médecin généraliste et le vécu de leur prise en charge. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but de faire ressortir les aspects du vécu des enfants de médecins généralistes afin d'éclairer le choix d'autres médecins généralistes, les orienter concernant le fait de soigner leur propre enfant. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être majeur et être enfant de médecin généraliste.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droit d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-027 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès du CNIL.

Merci à vous !

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [REDACTED]

I. Circonstances :

- 1) Lorsque vous étiez enfant, avez-vous été pris en charge par l'un de vos parents ou par un autre médecin traitant ?
 - A quelle fréquence avez-vous bénéficié de l'avis médical de votre parent ?
- 2) Quelle est votre expérience concernant le fait d'avoir été soigné par son parent-médecin ?
- 3) Que pensez-vous personnellement de cette situation ?
- 4) Dans quels circonstances / situations avez-vous déjà sollicité votre parent-médecin ?
 - Contexte (lieu, activité, en privé, en famille)
 - Suivi régulier ? (Motif de consultation vaccination, taille/poids, croissance...)

II. Attentes et réactions :

- 5) Est-ce que votre parent-médecin répondait de manière adéquate à votre demande ?
Disponibilité en temps, écoute... Que pensez-vous de la réponse à la demande de la part de votre parent-médecin ?
- 6) Pouvez-vous me parler de l'attitude de votre parent-médecin lors de votre demande de soins ?
 - A-t-il accepté avec/sans réticence ?
 - Avez-vous perçu un mal-être/embaras/inconfort ?
 - Avez-vous déjà été face à un refus ? (Justification du refus, réponse adéquate ?)
- 7) Que pouvez-vous me dire sur le rapport avec les autres médecins que vous avez consulté ?

III. Avantages et inconvénients :

8) Selon vous, quelles sont les principales spécificités de votre suivi médical par votre parent, en comparaison avec une prise en charge médicale plus « conventionnelle » par un autre médecin ?

Questions de relance :

- Quels sont, selon vous, les avantages à avoir un parent-médecin ?
 - Avez-vous une confiance accrue en lui ?
 - Trouvez-vous cela plus simple pour des raisons pratiques ?
- Quels sont selon vous les limites et inconvénients de cette situation ?
 - Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés personnellement du fait de cette situation ?
 - Existe-t-il des sujets médicaux que vous n'avez pas abordés ou que vous n'aborderiez pas avec votre parent-médecin ?
 - Quelles craintes ou hésitations aviez-vous avant de solliciter votre parent-médecin ?
 - L'examen clinique est-il source de gêne ou au contraire êtes-vous plus à l'aise ?

IV. Interactions entre le lien affectif et la relation médecin-patient :

9) Que pensez-vous de votre lien affectif et de l'éventuelle modification dans la relation de soin ?

- En quoi se trouve-t-elle modifiée ? Est-ce plutôt un avantage ou un inconvénient ?

V. Préférences, choix :

10) Quels sont les choix qui vous ont poussé à choisir ou non votre parent en médecin traitant lorsque vous étiez en mesure de prendre cette décision ?

- Vous a-t-il fait part de ses réticences ?

11) Si vous aviez pu avoir le choix, auriez-vous préféré être soigné par votre parent-médecin ou un professionnel extérieur ?

- Pouvez-vous m'expliquer votre choix ?

12) Lors d'une demande de soins, percevez-vous avant tout votre proche comme un médecin ou comme un père/une mère ? Quel est votre ressenti ?

VI. Conclusion :

13) Que pensez-vous du secret médical lorsqu'il existe un lien préexistant entre le médecin et son patient ?

14) La plupart des recommandations déconseillent aux médecins de suivre leur propre famille ; les relations affectives pouvant interférer avec le raisonnement médical et pouvant être sources de mauvaises décisions. Qu'en pensez-vous ?

Merci beaucoup pour votre participation et vos réponses précieuses. Je ne manquerai pas de vous faire part de mon travail une fois fini si cela vous intéresse.

Annexe 6 :



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

| | |
|---|---|
| Nom : Université de Lille | SIREN: 130 029 754 00012 |
| Adresse : 42 Rue Paul Duez 59000 - LILLE | Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00 |

Traitement déclaré

| |
|---|
| Intitulé : Enfants de médecin généraliste et vécu de leur prise en charge |
| Référence Registre DPO : 2023-027 |
| Responsable scientifique : M. Charles CAUET Interlocuteur (s) : Mme Noémie DOHEN |

Fait à Lille,

Le 13 février 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

AUTEURE : Nom : DOHEN

Prénom : Noémie

Date de soutenance : 12/12/2024

Titre de la thèse : Enfants de médecin généraliste et vécu de leur prise en soin

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Médecins généralistes, enfants, parents, relation médecin-patient, soigner ses proches

Résumé : Il est généralement recommandé de ne pas soigner les membres de sa propre famille. Toutefois, il n'y a pas de recommandation à ce sujet dans les textes officiels. Cependant, tous les médecins qui deviennent parents sont amenés dans certaines circonstances à prendre en charge la santé de leurs enfants. L'objectif de cette étude est de faire ressortir les aspects du vécu des enfants de médecins généralistes afin de pouvoir éclairer le choix d'autres médecins ou futurs médecins généralistes se questionnant concernant le fait de soigner ses propres enfants, de devenir leur médecin traitant, de manière à ce qu'ils puissent s'orienter et se faire leur propre avis à travers ce travail de recherche. Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée à partir d'entretiens semi-dirigés avec échantillonnage théorique. Ces entretiens ont été menés auprès de 13 enfants de médecins généralistes et une triangulation des données a été réalisée.

D'un côté, les participants soulignent le caractère positif de leur expérience, notamment grâce à un accès facilité aux soins et à une confiance totale envers leur parent médecin. Cependant, cette relation particulière soulève également des problèmes, tels qu'un manque d'objectivité, surtout dans les cas de pathologies complexes ou en lien avec la sexualité et la psychologie. De plus, les enfants de médecins expriment parfois le sentiment d'être une surcharge de travail pour leur parent, tout en percevant l'importance du poids de la responsabilité chez celui-ci.

Plusieurs réflexions émergent de cette étude. Tout d'abord, le médecin doit clarifier si oui ou non il souhaite agir en tant que médecin pour son enfant. Il peut choisir de confier les soins à un autre médecin ou de se limiter à des cas spécifiques. Dans tous les cas, toute intervention doit se faire dans un cadre de consultation approprié. Par ailleurs, l'importance de distinguer la vie professionnelle et la vie personnelle est également mise en avant.

Ainsi, la prise en charge d'un enfant par son parent-médecin doit être envisagée avec soin, en adoptant une approche stratégique qui intègre à la fois les dimensions émotionnelles, les besoins médicaux et les impératifs éthiques. Il est donc important que le professionnel de santé prenne en considération tous les aspects de cette relation particulière de soins tant sur le trait professionnel que personnel avant de faire le choix ou non de suivre son enfant comme patient.

Composition du Jury :

Président : Professeur RICHARD Florence

Assesseur : Docteur PONCHANT Maurice

Directeur de thèse : Docteur CAUET Charles