



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2019

N° 89

Interne de médecine générale et parent : quid de la fonction et du rôle ?

**Audit de pratique sur l'implication professionnelle des IMG de Lyon
dans la santé de leurs enfants.**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 6 juin 2019

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Madame Marie Blanquart épouse Venet

Née le 23 août 1989 à Roubaix (Nord)

Sous la direction du Professeur Christian DUPRAZ et du Docteur Marie-Françoise LARUE

JURY

Présidente :

Madame le Professeur Marie FLORI

Assesseurs :

Madame le Professeur Justine BACCHETTA

Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ

Madame le Docteur Marie-Françoise LARUE

Monsieur le Docteur Gilles ALGOUD

Université Claude Bernard – Lyon 1

Président de l'Université

Pr Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination Des Etudes Médicales

Pr Pierre COCHAT

Directeur Général des Services

M. Damien VERHAEGHE

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

Pr Gilles RODE

Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud

Pr Carole BURILLON

Charles Mérieux

Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)

Pr Christine VINCIGUERRA

Doyenne de l'UFR d'Odontologie

Pr Dominique SEUX

Directrice du Département de Biologie Humaine

Pr Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie :

Directeur de l'UFR de Sciences et Technologies

M. Fabien de MARCHI

Directeur de l'UFR de Sciences et Techniques des Activités

M. Yannick VANPOULLE

Physiques et Sportives (STAPS)

Directeur de Polytech

Pr Emmanuel PERRIN

Directeur de l'I.U.T.

Pr Christophe VITON

Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances
(ISFA)

M. Nicolas LEBOISNE

Directrice de l'Observatoire de Lyon

Pr Isabelle DANIEL

Directeur de l'Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (ESPé)

Pr Alain MOUGNIOTTE

Faculté de médecine de Lyon Est - Liste des enseignants 2018/2019

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

| | | |
|----------------|---------------|--|
| BLAY | Jean-Yves | Cancérologie; radiothérapie |
| BORSON-CHAZOT | Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale |
| COCHAT | Pierre | Pédiatrie |
| ETIENNE | Jérôme | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| GUERIN | Claude | Réanimation; médecine d'urgence |
| GUERIN | Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale |
| MORNEX | Jean-François | Pneumologie; addictologie |
| NIGHOGHOSSIAN | Norbert | Neurologie |
| NINET | Jean | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| OVIZE | Michel | Physiologie |
| PONCHON | Thierry | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| REVEL | Didier | Radiologie et imagerie médicale |
| RIVOIRE | Michel | Cancérologie; radiothérapie |
| THIVOLET-BEJUI | Françoise | Anatomie et cytologie pathologiques |
| VANDENESCH | François | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

| | | |
|------------|-----------|--|
| BOILLOT | Olivier | Chirurgie digestive |
| BRETON | Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| CHASSARD | Dominique | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| CLARIS | Olivier | Pédiatrie |
| COLIN | Cyrille | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| D'AMATO | Thierry | Psychiatrie d'adultes; addictologie |
| DELAHAYE | François | Cardiologie |
| DENIS | Philippe | Ophtalmologie |
| DOUEK | Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| DUCERF | Christian | Chirurgie digestive |
| DURIEU | Isabelle | Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; médecine générale ; addictologie |
| FINET | Gérard | Cardiologie |
| GAUCHERAND | Pascal | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| GUEYFFIER | François | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie |
| HERZBERG | Guillaume | Chirurgie orthopédique et traumatologique |

| | | |
|------------|---------------|--|
| HONNORAT | Jérôme | Neurologie |
| LACHAUX | Alain | Pédiatrie |
| LEHOT | Jean-Jacques | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| LERMUSIAUX | Patrick | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| LINA | Bruno | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| MARTIN | Xavier | Urologie |
| MERTENS | Patrick | Anatomie |
| MIOSSEC | Pierre | Immunologie |
| MOREL | Yves | Biochimie et biologie moléculaire |
| MORELON | Emmanuel | Néphrologie |
| MOULIN | Philippe | Nutrition |
| NEGRIER | Claude | Hématologie; transfusion |
| NEGRIER | Sylvie | Cancérologie; radiothérapie |
| OBADIA | Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| RODE | Gilles | Médecine physique et de réadaptation |
| TERRA | Jean-Louis | Psychiatrie d'adultes; addictologie |
| ZOULIM | Fabien | Gastroentérologie; hépatologie ; addictologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

| | | |
|-------------|-----------------|---|
| ADER | Florence | Maladies infectieuses; maladies tropicales |
| ANDRE-FOUET | Xavier | Cardiologie |
| ARGAUD | Laurent | Réanimation; médecine d'urgence |
| AUBRUN | Frédéric | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| BADET | Lionel | Urologie |
| BERTHEZENE | Yves | Radiologie et imagerie médicale |
| BERTRAND | Yves | Pédiatrie |
| BESSEREAU | Jean-Louis | Biologie cellulaire |
| BRAYE | Fabienne | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; Brûlologie |
| CHARBOTEL | Barbara | Médecine et santé au travail |
| CHEVALIER | Philippe | Cardiologie |
| COLOMBEL | Marc | Urologie |
| COTTIN | Vincent | Pneumologie; addictologie |
| COTTON | François | Radiologie et imagerie médicale |
| DEVOUASSOUX | Mojgan | Anatomie et cytologie pathologiques |
| DI FILLIPO | Sylvie | Cardiologie |
| DUBERNARD | Gil | Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale |
| DUMONTET | Charles | Hématologie; transfusion |
| DUMORTIER | Jérôme | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| EDERY | Charles Patrick | Génétique |
| FAUVEL | Jean-Pierre | Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie |
| FELLAHI | Jean-Luc | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |

| | | |
|------------------|-------------|--|
| FERRY | Tristan | Maladie infectieuses; maladies tropicales |
| FOURNERET | Pierre | Pédopsychiatrie; addictologie |
| GUENOT | Marc | Neurochirurgie |
| GUIBAUD | Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| JACQUIN-COURTOIS | Sophie | Médecine physique et de réadaptation |
| JAVOUHEY | Etienne | Pédiatrie |
| JUILLARD | Laurent | Néphrologie |
| JULLIEN | Denis | Dermato-vénéréologie |
| KODJIKIAN | Laurent | Ophtalmologie |
| KROLAK SALMON | Pierre | Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; médecine générale; addictologie |
| LEJEUNE | Hervé | Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale |
| MABRUT | Jean-Yves | Chirurgie générale |
| MERLE | Philippe | Gastroentérologie; hépatologie ; addictologie |
| MICHEL | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MURE | Pierre-Yves | Chirurgie infantile |
| NICOLINO | Marc | Pédiatrie |
| PICOT | Stéphane | Parasitologie et mycologie |
| PONCET | Gilles | Chirurgie générale |
| RAVEROt | Gérald | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale |
| ROSSETTI | Yves | Physiologie |
| ROUVIERE | Olivier | Radiologie et imagerie médicale |
| ROY | Pascal | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| SAOUD | Mohamed | Psychiatrie d'adultes et addictologie |
| SCHAEFFER | Laurent | Biologie cellulaire |
| SCHEIBER | Christian | Biophysique et médecine nucléaire |
| SCHOTT-PETHELAZ | Anne-Marie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| TILIKETE | Caroline | Physiologie |
| TRUY | Eric | Oto-rhino-laryngologie |
| TURJMAN | Francis | Radiologie et imagerie médicale |
| VANHEMS | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| VUKUSIC | Sandra | Neurologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde Classe

| | | |
|--------------------|---------------|---|
| BACCHETTA | Justine | Pédiatrie |
| BOUSSEL | Loïc | Radiologie et imagerie médicale |
| BUZLUCA DARGAUD | Yesim | Hématologie ; transfusion |
| CALENDER | Alain | Génétique |
| CHAPURLAT | Roland | Rhumatologie |
| CHENE | Gautier | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| COLLARDEAU FRACHON | Sophie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| CONFAVREUX | Cyrille | Rhumatologie |
| CROUZET | Sébastien | Urologie |
| CUCHERAT | Michel | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| DAVID | Jean-Stéphane | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| DI ROCCO | Federico | Neurochirurgie |
| DUBOURG | Laurence | Physiologie |
| DUCLOS | Antoine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| DUCRAY | François | Neurologie |
| FANTON | Laurent | Médecine légale |
| GILLET | Yves | Pédiatrie |
| GIRARD | Nicolas | Pneumologie |
| GLEIZAL | Arnaud | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| GUEBRE-EGZIABHER | Fitsum | Néphrologie |
| HENAINE | Roland | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| HOT | Arnaud | Médecine interne |
| HUISSOUD | Cyril | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| JANIER | Marc | Biophysique et médecine nucléaire |
| JARRAUD | Sophie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LESURTEL | Mickaël | Chirurgie générale |
| LEVRERO | Massimo | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| LUKASZEWICZ | Anne-Claire | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| MAUCORT BOULCH | Delphine | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MEWTON | Nathan | Cardiologie |
| MILLION | Antoine | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| MONNEUSE | Olivier | Chirurgie générale |
| NATAF | Serge | Cytologie et histologie |
| PERETTI | Noël | Nutrition |
| POULET | Emmanuel | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| RAY-COQUARD | Isabelle | Cancérologie ; radiothérapie |

| | | |
|---------|-----------------|--|
| RHEIMS | Sylvain | Neurologie |
| RICHARD | Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence |
| RIMMELE | Thomas | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| ROBERT | Maud | Chirurgie digestive |
| ROMAN | Sabine | Physiologie |
| SOUQUET | Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| THAUNAT | Olivier | Néphrologie |
| THIBAUT | Hélène | Physiologie |
| WATTEL | Eric | Hématologie ; transfusion |

Professeur des Universités - Médecine Générale

| | |
|-------------|---------|
| FLORI | Marie |
| LETRILLIART | Laurent |
| ZERBIB | Yves |

Professeurs associés de Médecine Générale

| | |
|---------|---------|
| BERARD | Annick |
| FARGE | Thierry |
| LAMBLIN | Gery |
| LAINE | Xavier |

Professeurs émérites

| | | |
|------------|---------------|--|
| BAULIEUX | Jacques | Cardiologie |
| BEZIAT | Jean-Luc | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| CHAYVIALLE | Jean-Alain | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| CORDIER | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| DALIGAND | Liliane | Médecine légale et droit de la santé |
| DROZ | Jean-Pierre | Cancérologie ; radiothérapie |
| FLORET | Daniel | Pédiatrie |
| GHARIB | Claude | Physiologie |
| GOUILLAT | Christian | Chirurgie digestive |
| MAUGUIERE | François | Neurologie |
| MICHALLET | Mauricette | Hématologie ; transfusion |
| MOREAU | Alain | Médecine Générale |
| NEIDHARDT | Jean-Pierre | Anatomie |
| PUGEAUT | Michel | Endocrinologie |
| RUDIGOZ | René-Charles | Gynécologie |
| SINDOU | Marc | Neurochirurgie |
| TOURAINÉ | Jean-Louis | Néphrologie |
| TREPO | Christian | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| TROUILLAS | Jacqueline | Cytologie et histologie |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

| | | |
|-----------------|----------------|---|
| BENCHAIB | Mehdi | Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale |
| BRINGUIER | Pierre-Paul | Cytologie et histologie |
| CHALABREYSSE | Lara | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GERMAIN | Michèle | Physiologie |
| KOLOPP-SARDA | Marie Nathalie | Immunologie |
| LE BARS | Didier | Biophysique et médecine nucléaire |
| NORMAND | Jean-Claude | Médecine et santé au travail |
| PERSAT | Florence | Parasitologie et mycologie |
| PIATON | Eric | Cytologie et histologie |
| SAPPEY-MARINIER | Dominique | Biophysique et médecine nucléaire |
| STREICHENBERGER | Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| TARDY GUIDOLLET | Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

| | | |
|-------------------|-----------|---|
| BONTEMPS | Laurence | Biophysique et médecine nucléaire |
| CHARRIERE | Sybil | Nutrition |
| COZON | Grégoire | Immunologie |
| ESCURET | Vanessa | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| HERVIEU | Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LESCA | Gaëtan | Génétique |
| MENOTTI | Jean | Parasitologie et mycologie |
| MEYRONET | David | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PHAN | Alice | Dermato-vénéréologie |
| PINA-JOMIR | Géraldine | Biophysique et médecine nucléaire |
| PLOTTON | Ingrid | Biochimie et biologie moléculaire |
| RABILLOUD | Muriel | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| SCHLUTH-BOLARD | Caroline | Génétique |
| TRISTAN | Anne | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| VASILJEVIC | Alexandre | Anatomie et cytologie pathologiques |
| VENET | Fabienne | Immunologie |
| VLAEMINCK-GUILLEM | Virginie | Biochimie et biologie moléculaire |

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

| | | |
|-----------------|----------------|---|
| BOUCHIAT SARABI | Coralie | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| BUTIN | Marine | Pédiatrie |
| CASALEGNO | Jean-Sébastien | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| COUR | Martin | Réanimation; médecine d'urgence |
| COUTANT | Frédéric | Immunologie |
| CURIE | Aurore | Pédiatrie |
| DURUISSEAUX | Michaël | Pneumologie |
| HAESEBAERT | Julie | Médecin de santé publique |
| JOSSET | Laurence | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| LEMOINE | Sandrine | Physiologie |
| MARIGNIER | Romain | Neurologie |
| NGUYEN CHU | Huu Kim An | Pédiatrie Néonatalogie Pharmaco Epidémiologie Clinique Pharmacovigilance |
| ROLLAND | Benjamin | Psychiatrie d'adultes |
| SIMONET | Thomas | Biologie cellulaire |

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

| | |
|----------------|------------|
| PIGACHE | Christophe |
| DE FREMINVILLE | Humbert |
| ZORZI | Frédéric |

Maîtres de Conférences

| | | |
|-----------|------------|--|
| LECHOPIER | Nicolas | Epistémologie, histoire des sciences et techniques |
| NAZARE | Julie-Anne | Physiologie |
| PANTHU | Baptiste | Biologie Cellulaire |
| VIALON | Vivian | Mathématiques appliquées |
| VIGNERON | Arnaud | Biochimie, biologie |
| VINDRIEUX | David | Physiologie |

Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Au jury,

Madame le Professeur Marie Flori,

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse, pour vos conseils, votre temps et votre investissement.

Madame le Professeur Justine Bacchetta,

Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse et de m'accorder de votre précieux temps.

Monsieur le Professeur Christian Dupraz,

Merci d'avoir accepté de soutenir et diriger ce travail. Merci pour vos conseils, votre temps passé sur les corrections minutieuses et vos encouragements.

Madame le Docteur Larue,

Merci pour votre accompagnement depuis le début de mon internat en tant que tutrice puis au-delà à travers ce travail. Merci pour vos encouragements et votre soutien.

Gilles,

Merci de m'avoir transmis cet amour du métier avec toute sa rigueur et la bienveillance qu'il implique. J'ai été conforté dans le choix de devenir médecin généraliste en grande partie grâce à mon stage à tes côtés.

Aux Docteurs Sophie Vignand et François Roussel,

Merci pour votre enseignement et la transmission des valeurs de la médecine générale.

A Madame Nathalie Gras et Madame Leila Vandebussche,

Merci pour votre précieuse aide.

A mes amis,

Tiphaine,

Merci d'avoir toujours été là, depuis notre inté et au cours de toutes ces années d'études. Ta présence était et est toujours réconfortante, apaisante et m'a donné l'énergie de m'accrocher tout au long de ce parcours. Tu es un modèle de force et de courage.

Léa,

Pour notre belle amitié depuis le premier jour d'internat. Ton soutien et nos échanges sont précieux. Merci pour tout ce que tu es et tout ce que tu donnes.

Laura,

Pour ton amitié et ton soutien pendant ces longues années. Tu m'impressionnes par ton investissement auprès de tes petits patients et ta force de travail.

Camille, Bérénice, Marie,

Merci pour toutes ces belles années d'amitié et les prochaines à venir, vos encouragements et votre soutien sans faille.

Aux précieux amis de Lyon qui se reconnaîtront,

Loin des yeux mais sûrement pas loin du cœur !

A tous ceux que je n'ai pas pu citer, chers amis du Nord, du Rhône et d'ailleurs,

Merci.

A ma famille,

Papa, Maman,

Merci pour vos encouragements depuis le début de ces longues années, d'avoir vécu sans reproche mes sautes d'humeur et la rigueur qu'imposait ces études. Je n'y serai pas arrivé sans vous. Maman, spécial remerciement pour la correction attentive de mes (quelques...) fautes d'orthographe. Je vous aime tellement.

Mamie,

Merci pour ton amour et ton soutien.

Nath,

Merci pour ton soutien et ta générosité.

Ma belle-famille,

C'est un honneur de faire partie de votre famille. Je vous admire tous énormément. Merci pour votre accompagnement, votre intérêt et vos précieux encouragements.

Jean, mon mari, mon amour,

Depuis 10 ans tu es mon pilier dans ces études comme dans la vie. Tu m'as toujours soutenu à travers ces longues années, lors des examens et des stages. Tu m'as donné le courage de continuer dans les moments de doute. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as su me donner et me donne encore. Sache que je suis extrêmement fière et reconnaissante de ce que tu fais pour moi, pour nous, pour nos enfants. Je t'aime tellement.

Léon,

Tu sauras lire ces lignes dans plusieurs années. Ton arrivée parmi nous a été une vague d'amour qui m'a rendu plus forte que jamais. Tes petits et gros câlins, ton évolution et ta curiosité sont un bonheur au quotidien. Je t'aime.

Au prochain arrivant,

L'année 2019 annonce aussi l'agrandissement de notre famille. Tu as été présent une grande partie de la réalisation de ce travail. Nous avons hâte de faire ta connaissance.

Liste des abréviations

| | |
|------|--|
| CUMG | Collège Universitaire de Médecine Générale |
| DES | Diplôme d'Etudes Spécialisés |
| DMP | Décision médicale partagée |
| ECNi | Epreuves Classantes Nationales informatisées |
| IC | Intervalle de Confiance |
| IMG | Interne de Médecine Générale |
| MG | Médecin généraliste |
| OR | Odds Ratio |

Liste des illustrations

Tableaux :

| | | |
|------|---|---------|
| n°1 | Répartition par sexe et promotion des IMG inscrits* en novembre 2017 | Page 6 |
| n°2 | Maternité et paternité depuis 2014 | Page 6 |
| n°3 | Réalisation de l'examen selon le sexe de l'IMG-parent | Page 16 |
| n°4 | Réalisation de l'examen selon l'ancienneté de l'IMG-parent | Page 16 |
| n°5 | Réalisation de l'examen selon la formation en pédiatrie de l'IMG-parent | Page 16 |
| n°6 | Réalisation d'une vaccination selon le sexe de l'IMG-parent | Page 18 |
| n°7 | Réalisation d'une vaccination selon l'ancienneté de l'IMG-parent | Page 18 |
| n°8 | Réalisation d'une vaccination selon la formation en pédiatrie de l'IMG-parent | Page 18 |
| n°9 | Orientation vers un spécialiste par l'IMG-parent d'au moins 1 de ses enfants | Page 19 |
| n°10 | Type de spécialiste auxquels sont adressés les enfants par l'IMG-parents | Page 19 |
| n°11 | Projection des 16 IMG-parents en cas de nécessité de consulter un spécialiste | Page 19 |
| n°12 | Prescription selon le sexe de l'IMG-parent | Page 21 |
| n°13 | Prescription selon l'ancienneté de l'IMG-parent | Page 21 |
| n°14 | Prescription selon la formation en pédiatrie de l'IMG-parent | Page 21 |
| n°15 | Réalisation de l'examen selon le sexe de l'IMG-parent | Page 29 |
| n°16 | Réalisation de l'examen selon l'ancienneté de l'IMG-parent | Page 29 |
| n°17 | Réalisation de l'examen selon la formation en pédiatrie de l'IMG-parent | Page 29 |
| n°18 | Prescription selon le sexe de l'IMG-parent | Page 31 |
| n°19 | Prescription selon l'ancienneté de l'IMG-parent | Page 31 |
| n°20 | Prescription selon la formation en pédiatrie de l'IMG-parent | Page 31 |
| n°21 | Prescription d'un examen complémentaire par l'IMG-parent | Page 32 |

Histogrammes :

| | | |
|------|---|---------|
| n°1 | Niveau du 3 ^{ème} cycle des IMG-parents | Page 12 |
| n°2 | Nombre d'enfants par IMG-parent | Page 12 |
| n°3 | Age des 48 enfants selon leur rang dans la fratrie | Page 14 |
| n°4 | Répartition des naissances selon le cursus de l'IMG-parent | Page 14 |
| n°5 | Type d'examen réalisé par les 16 IMG-parents | Page 15 |
| n°6 | Type de traitements prescrits hors pathologies aiguës par les 21 IMG-parents à leurs enfants | Page 20 |
| n°7 | Projection des 12 IMG-parents concernant leurs enfants n'ayant jamais été malades en cas de survenue d'une pathologie aiguë | Page 27 |
| n°8 | Critères de consultation d'un praticien pour les 24 IMG-parents ayant examinés au moins 1 de leur enfant | Page 28 |
| n°9 | Critères de consultation d'un praticien pour les 7 IMG-parents n'ayant pas examiné leur enfant | Page 28 |
| n°10 | Thérapeutiques prescrites par les 16 IMG selon le rang des enfants | Page 30 |

Secteurs :

| | | |
|-----|---|---------|
| n°1 | Ages des IMG-parents | Page 11 |
| n°2 | Réalisation par l'IMG-parent d'un examen clinique chez au moins 1 enfant lors d'une affection aiguë | Page 27 |

Sommaire

| | | |
|----------|---|----|
| I. | Introduction..... | 1 |
| II. | Matériel et Méthode..... | 4 |
| II.1. | Présentation de l'étude | 4 |
| II.2. | Population cible | 5 |
| II.2.1. | Présentation | 5 |
| II.2.2. | Recrutement des IMG-parents..... | 6 |
| II.3. | Critères d'inclusion | 6 |
| II.4. | Elaboration du questionnaire | 6 |
| II.4.1. | Etude pilote | 6 |
| II.4.2. | Présentation du questionnaire (annexe1) | 6 |
| II.5. | Recueil et analyse des données..... | 8 |
| II.6. | Recherche bibliographique..... | 9 |
| II.6.1. | Bases de données..... | 9 |
| II.6.2. | Choix des mots clés | 9 |
| III. | Résultats..... | 10 |
| III.1. | Présentation de la population | 10 |
| III.1.1. | Profil des 37 IMG-parents réponders..... | 11 |
| III.1.2. | Profil des enfants..... | 13 |
| III.2. | Le suivi médical des enfants | 14 |
| III.2.1. | L'examen clinique du développement..... | 14 |
| III.2.2. | Les vaccinations..... | 16 |
| III.2.3. | L'orientation vers un spécialiste | 17 |
| III.2.4. | La prescription d'un traitement hors pathologie aiguë | 18 |
| III.2.5. | Motivations et freins des internes à intervenir dans le suivi de leurs enfants..... | 20 |
| III.3. | La prise en charge des pathologies aiguës | 25 |
| III.3.1. | L'examen clinique..... | 25 |
| III.3.2. | La prescription d'une thérapeutique | 28 |
| III.3.3. | La prescription d'un examen complémentaire | 30 |
| III.3.4. | Motivations et freins des internes à intervenir dans les pathologies aiguës de leurs enfants..... | 31 |
| IV. | Discussion..... | 37 |

| | |
|--|----|
| IV.1. Validité interne..... | 37 |
| IV.1.1. Choix de la méthode | 37 |
| IV.1.2. Biais de l'étude..... | 37 |
| IV.1.3. Forces de l'étude..... | 38 |
| IV.2. Validité externe : synthèse des résultats et comparaison avec la littérature | 39 |
| IV.2.1. Le suivi systématique de l'enfant..... | 39 |
| IV.2.2. La prise en charge des pathologies aiguës bénignes | 44 |
| V. Conclusions..... | 48 |
| VI. Références bibliographiques..... | 50 |
| VII. Annexes | 54 |
| Annexe 1 - Questionnaire de thèse version 4.0 | 54 |
| Annexe 2 – Lettre d'information concernant l'étude..... | 63 |
| Annexe 3 – Réponses complètes aux questions ouvertes | 65 |
| Annexe 4 - Fiche de thèse..... | 72 |

I. Introduction

La prise en charge de la santé de l'enfant dès sa naissance en soins de premier recours est une des missions de l'offre de soins de l'omnipraticien (1,2).

Depuis janvier 2016, les parents d'enfants de moins de 16 ans sont invités à leur choisir un médecin traitant (3). Sur les 3,5 millions d'enfants suivis par un médecin traitant au 30 juin 2018, 88 % l'étaient par un médecin généraliste, 11 % par un pédiatre, le 1 % restant étant suivi par un médecin d'une autre spécialité ou en établissement de soins (4).

En tant que parent, un médecin généraliste (MG), peut prendre en charge ses propres enfants s'il le souhaite. Aucun support juridique ou déontologique ne vient interdire cette démarche. Selon l'article R4127-7 du Code de Santé Publique, « *le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille (...) ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* » (5). Toutefois le Conseil de L'Ordre des Médecins Généralistes émet des réserves sur le soin aux proches : « *le médecin va soigner un ami, un proche ou une personnalité avec une attention renforcée, des précautions supplémentaires, qui peuvent être aussi bien bénéfiques que nuisibles. L'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs.* » (6).

Dans la littérature, le MG se positionne très souvent comme médecin de son enfant à des degrés divers d'implication (7,8).

Les avantages, enjeux, limites et risques de cette implication ont été de nombreuses fois analysés (9–11). La principale limite soulevée par les MG interrogés est le manque d'objectivité (9), or l'objectivité est gage de qualité des soins. Ces études concluent que les MG ne devraient pas être médecin de leurs propres enfants mais que cela reste inéluctable, la médecine faisant partie intégrante de leur nature.

Malgré ces recommandations, l'implication dans la santé de ses proches et de ses enfants débute dès les études de médecine, principalement l'internat (12–14).

L'interne, notamment celui de médecine générale (IMG), est pourtant un apprenant en cours de professionnalisation. L'article R6153-3 du Code de Santé Publique affirme que « *l'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* » (15). Cependant, aucun cadre n'est clairement établi concernant l'autoprescription ou la prescription à un tiers proche.

Parallèlement, de nombreux facteurs rendent l'internat de médecine propice à la construction d'une vie de famille.

L'âge moyen d'un interne en DES de MG est de 27 ans (16), et celui du premier enfant en France est de 28,5 ans (17).

La profession évolue et se féminise : au 1er janvier 2018, 48.2% des MG en activité régulière sont des femmes (18). Concernant les internes, 63,2% des candidats aux ECNi de 2017 affectés en MG était des femmes (19).

D'autre part, l'IMG, relevant du régime général de protection sociale, peut bénéficier des congés maternité et parental garantis par le Code du Travail et de Santé Public, ainsi que du maintien de salaire (20–22).

Enfin, depuis le décret du 25 mai 2016, l'arrivée d'un enfant au cours de l'internat n'est plus synonyme de déclassement (23).

L'ensemble de ces facteurs est un avancement majeur pour le statut d'interne et favorise la création d'une vie de famille.

En tant que parent et interne, l'étudiant peut être amené à interagir dans la santé de son enfant. Des IMG affirment traiter eux-mêmes « *la santé au quotidien, les viroses et autres joies des jeunes enfants* », d'autres déclarent avoir assuré eux-mêmes le suivi médical de leur enfant (14).

L'implication professionnelle de l'interne dans la santé de son enfant est bien réelle, sans en connaître la proportion ni le mode de prise en charge.

L'objectif principal de cette thèse était d'étudier la pratique des IMG de Lyon envers leurs propres enfants, quant au suivi de la santé et à la prise en charge des pathologies aiguës.

L'objectif secondaire était d'explorer leurs motivations, freins et limites à intervenir.

II. Matériel et Méthode

II.1. Présentation de l'étude

Il s'agissait d'un audit de pratique, étude descriptive transversale monocentrique.

Un questionnaire a été adressé en ligne auprès des IMG de Lyon (facultés Est et Sud).

Question de recherche : Quelle est la pratique médicale de l'IMG quant à la santé de son propre enfant ?

Hypothèse de travail : L'IMG-parent s'impliquerait professionnellement dans la santé de son enfant, de manière ponctuelle concernant les pathologies aiguës et de manière exceptionnelle dans le cadre du suivi.

Objectif principal du travail : Evaluer l'intervention professionnelle des IMG-parents dans le suivi de la santé et la prise en charge des pathologies aiguës de leurs propres enfants.

L'objectif secondaire était d'explorer les motivations, freins et limites des IMG à s'impliquer.

L'étude a reçu un accord de diffusion de la commission de recherche le 07 juillet 2018 ainsi qu'un avis favorable du comité d'éthique de la faculté le 18 septembre 2018. Elle a été inscrite le 18 septembre 2018 au registre de l'établissement sous la référence 2018/034 ainsi qu'au registre public de l'Institut National des Données de Santé (INDS).

II.2. Population cible

II.2.1. Présentation

La population cible était représentée par les internes inscrits en DES de MG à la faculté de Lyon (Est et Sud) et parents d'un ou plusieurs enfants.

L'effectif d'IMG-parents était anonyme.

La population source était l'ensemble des 588 IMG inscrits en DES en novembre 2017.

Tableau n°1 : Répartition par sexe et promotion des IMG inscrits* en novembre 2017 :

| | Promo Nov 2013- Oct 2014 | | | Promo Nov 2014 - Oct 15 | | | Promo Nov 15 - Oct 16 | | | Promo Nov 16 - Oct 17 | | | Promo Nov 17 - Oct 18 | | | TOTAL |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------|----------|----------------------------|-----------|-----------|--------------------------|-----------|------------|--------------------------|-----------|------------|--------------------------|-----------|------------|------------|
| | F | H | TOTAL | F | H | TOTAL | F | H | TOTAL | F | H | TOTAL | F | H | TOTAL | |
| Inscrits en année 2017-2018 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1ère année (semestre 1 & 2) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 45 | 145 | 145 |
| 2e année (semestre 3 & 4) | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 6 | 113 | 61 | 174 | 0 | 0 | 0 | 182 |
| 3e année (semestre 5 & 6) | 5 | 4 | 9 | 38 | 11 | 49 | 139 | 64 | 203 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 261 |
| TOTAL | 5 | 4 | 9 | 39 | 12 | 51 | 143 | 66 | 209 | 113 | 61 | 174 | 100 | 45 | 145 | 588 |

Source : administration Lyon Est. / * inclus IMG parents et non parents

Parallèlement à ces données, nous disposons de l'effectif anonyme des maternités et paternités des IMG de Lyon depuis 2014 (tableau n°2). Il était de 97 internes-parents en fin d'année 2018.

Tableau n°2 : Maternité et paternité depuis 2014 :

| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|----------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Maternité | 9 | 24 | 25 | 21 | 12 | 91 |
| Paternité | 0 | 3 | 1 | 2 | 0 | 6 |
| Total général | 9 | 27 | 26 | 23 | 12 | 97 |

Effectif anonyme, sans distinction père / mère d'un même enfant.

Pas de données socio-démographiques disponibles.

Source : direction des affaires médicales du CHU de Lyon.

II.2.2. Recrutement des IMG-parents

L'assistante du Collège Universitaire de Médecine Générale a adressé le questionnaire par courriel à l'ensemble des 588 IMG inscrits en DES en année 2017-2018.

II.3. Critères d'inclusion

Être inscrits en DES de MG l'année 2017-2018.

Être parent.

II.4. Elaboration du questionnaire

II.4.1. Etude pilote

Une étude pilote avait été réalisée lors du stage chez le praticien de niveau 1 (mai - octobre 2017) dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche. Elle a permis d'optimiser le questionnaire de recueil des données.

Celui-ci a ensuite été testé sur 3 internes-parents, permettant la création de la version définitive 4.0.

II.4.2. Présentation du questionnaire (annexe1)

Il a été mis en forme via le logiciel en ligne Limesurvey® avec accord des comités de recherche et d'éthique. Il était d'emblée anonyme.

Les questions posées étaient évolutives selon les réponses des IMG. Certaines dépendaient du nombre d'enfants, de la survenue de pathologie aiguë ou non, de l'intervention de l'IMG dans telle ou telle situation.

Il comportait 3 parties distinctes :

- 1^{ère} partie : profil des internes.

Age, semestre actuel, nombre d'enfants et expérience à travers la réalisation d'un stage en pédiatrie ou le début de remplacement.

- 2^{ème} partie : implication dans le suivi médical de leurs enfants.

Réalisation d'un examen clinique d'évaluation du développement ou d'une vaccination.

Initiation ou renouvellement d'un traitement de fond.

Orientation vers un spécialiste.

Motivation, freins et limites à leur intervention.

- 3^{ème} partie : implication dans la prise en charge des pathologies aiguës bénignes de leurs enfants.

Réalisation d'un examen clinique.

Éléments orientant l'IMG à consulter le médecin de son enfant.

Prescription d'une thérapeutique ou d'un examen complémentaire.

Motivation, freins et limites à leur intervention.

- ⇒ En cas de réponse positive à la réalisation d'un élément (2^{ème} ou 3^{ème} partie), des questions plus détaillées étaient soumises aux IMG.
- ⇒ Si l'IMG n'était pas concerné par certains éléments, il lui était demandé d'extrapoler sa décision.

II.5. Recueil et analyse des données

Le questionnaire a été diffusé la première fois le 12 octobre 2018 par mail auprès des 588 IMG inscrits en DES de MG l'année 2017, parmi eux 97 apparaissaient sur les fichiers administratifs comme parents.

Toutes les réponses ont été reçues de manière anonyme via le logiciel Limesurvey®. Elles ont été extraites et analysées à l'aide d'un tableur Excel®.

L'analyse était essentiellement descriptive. Par soucis de rigueur, malgré le faible effectif, des tests d'indépendances (Chi2 ou test exact de Fisher) ont été réalisés pour les critères de jugement : sexe de l'IMG, semestre en cours et réalisation d'un stage en pédiatrie. Aucune conclusion n'en sera tirée. Ces tests ont été effectués à l'aide du logiciel en ligne BiostaTGV.

Le seuil de significativité choisis était 5% (soit $p < 0,05$).

II.6. Recherche bibliographique

Elle a débuté en mai 2017. Une veille bibliographique a été mise en place jusqu'au 15 mai 2019, veille de l'impression du travail et consultée régulièrement. Le logiciel Zotero® a permis la mise en page de la bibliographie.

II.6.1. Bases de données

Plusieurs bases de données et différents supports de recherche ont été consultés pour cette étude, particulièrement :

- La base de données en ligne PubMed Medline® :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Le catalogue de thèse SUDOC : <http://www.sudoc.abes.fr/>
- Le site de l'assurance maladie : ameli.fr
- La revue « Exercer »
- Les bibliographies des thèses retenues comme pertinentes et en lien avec le sujet.
- Les moteurs de recherche :
 - Google: www.google.com
 - Google scholar: www.google.com/scholar

II.6.2. Choix des mots clés

II.6.2.1. *Aparté sur PubMed*

La base de données PubMed a été explorée à l'aide de termes Mesh et combinés à l'aide des opérateurs « ET » « OU » « SAUF » ainsi que la troncature (*).

Une vingtaine d'équations de recherche ont été testées sans obtenir d'article en lien direct ou indirect avec le sujet.

La recherche a donc été faite à partir de mots libres, choisis parmi les sources bibliographiques des thèses similaires à notre sujet.

II.6.2.2. *Mots clés retenus*

Sudoc : [internat] ; [enfant] ; [proche] ; [soigner]

PubMed : [physicians] ; [doctor] ; [own children] ; [family]

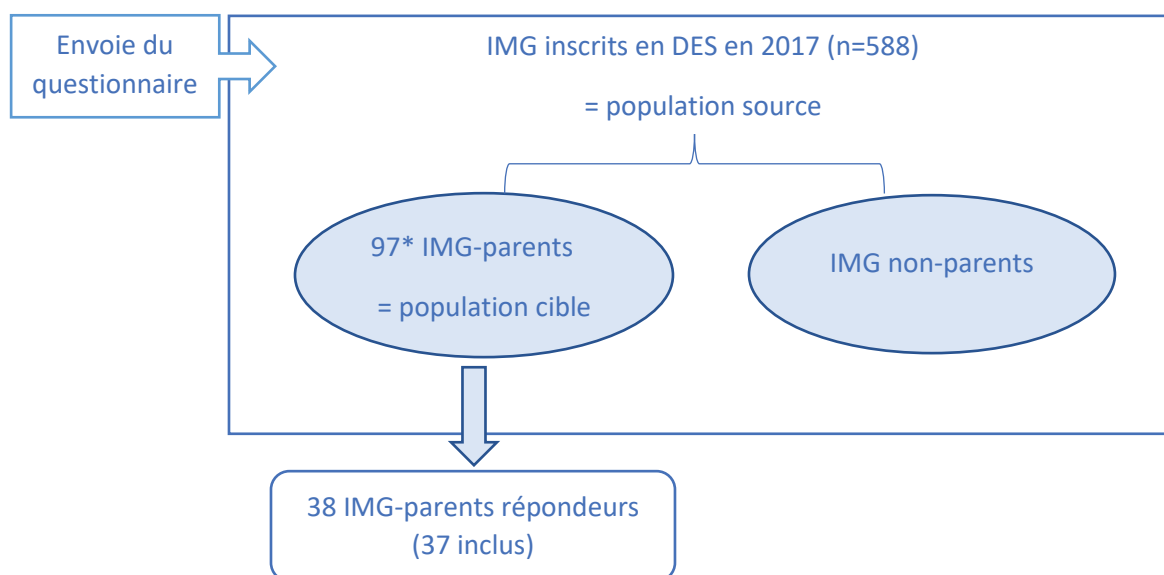
III. Résultats

III.1. Présentation de la population

Après 2 relances, le recueil de données était clos six semaines plus tard, le 6 décembre.

38 questionnaires étaient entièrement renseignés par les IMG-parents, soit 39% (38/97) de répondants. Parmi eux, un n'a pas été inclus (défaut à un critère d'inclusion : non inscrit sur les listes du DES 2017).

37 questionnaires étaient exploitables, soit un taux de réponse final à 38% (37/97).



**extrapolation à partir des données obtenues de la direction des affaires médicales du CHU de Lyon (cf tableau n°2).*

Absence de données socio-démographiques associées.

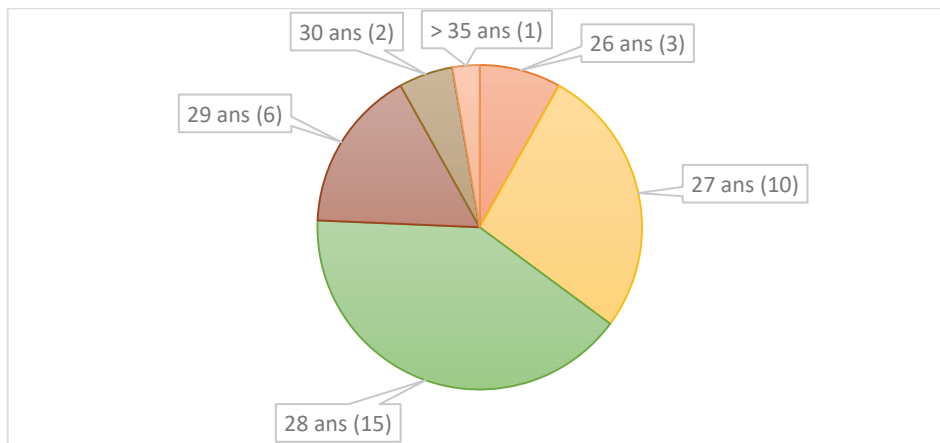
III.1.1. Profil des 37 IMG-parents répondeurs

⇒ Répartition homme / femme

Nous avons 7 IMG-parents hommes pour 30 femmes, soit un ratio de 0,23.

⇒ Age

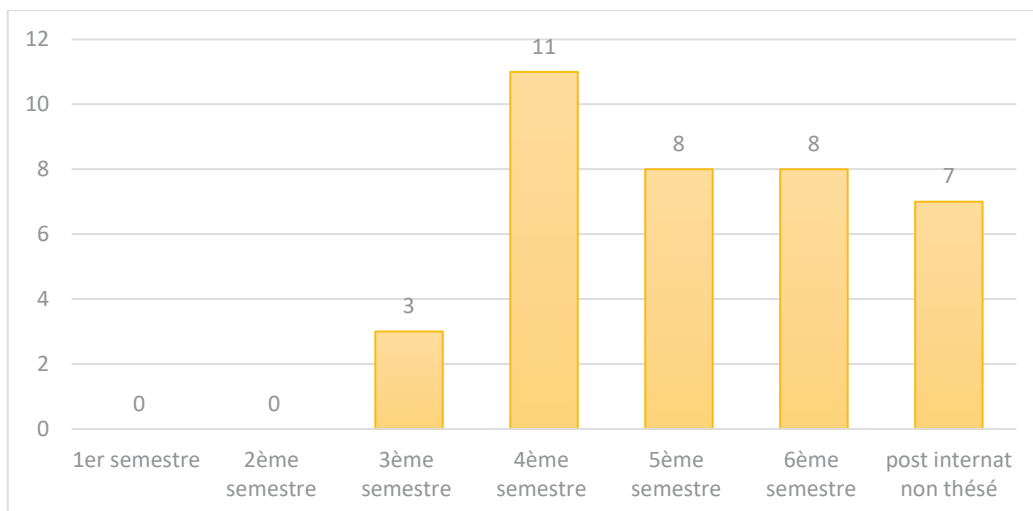
Secteur n°1 : Ages des IMG-parents :



La moyenne d'âge de notre échantillon était de 28,05 ans. Nous ne disposons pas de l'âge des IMG de notre population cible. Les IMG de France sont âgés en moyenne de 26,8 ans avec une médiane de 27 ans (16).

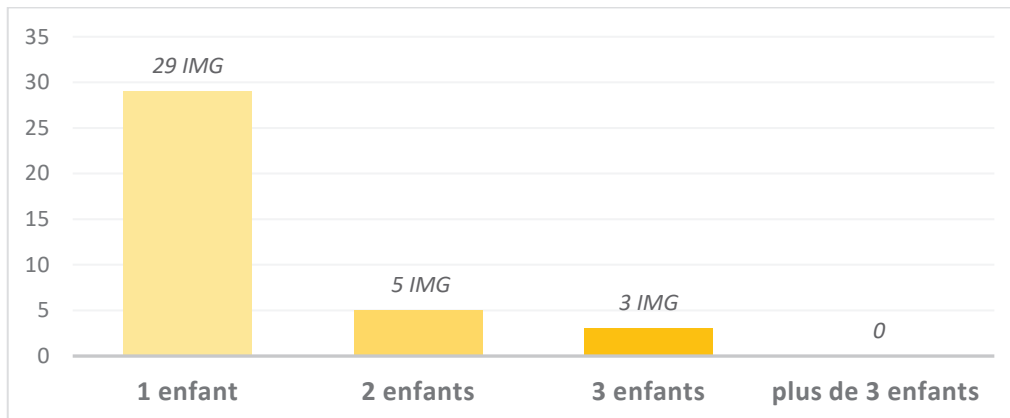
⇒ Niveau du 3^{ème} cycle

Histogramme n°2 : Niveau du 3^{ème} cycle des IMG-parents :



⇒ [Nombre d'enfants](#)

Histogramme n°3 : Nombre d'enfants par IMG-parent :



⇒ [Formation en pédiatrie](#)

18 IMG (soit 49%) avaient réalisé ou étaient en train de réaliser un stage en pédiatrie, principalement au 4^{ème} semestre (9 IMG).

| Réalisation du stage en pédiatrie | Nombre d'IMG |
|-----------------------------------|--------------|
| 1 ^{er} semestre | 2 |
| 2 nd semestre | 2 |
| 3 ^{ème} semestre | 3 |
| 4 ^{ème} semestre | 9 |
| 5 ^{ème} semestre | 2 |
| <i>Total</i> | <i>18</i> |

⇒ [Réalisation de remplacements](#)

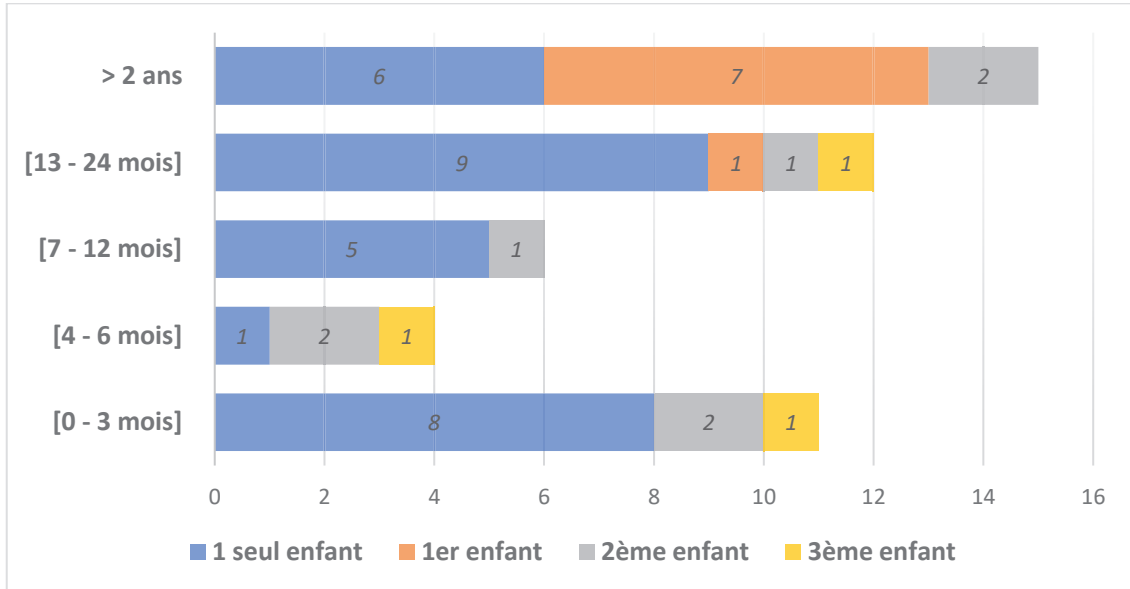
8 IMG (22%) avaient débuté les remplacements, principalement en 6^{ème} semestre (5 IMG).

| Début des remplacements | Nombre d'IMG |
|---------------------------|--------------|
| 4 ^{ème} semestre | 1 |
| 5 ^{ème} semestre | 1 |
| 6 ^{ème} semestre | 5 |
| Post-internat | 1 |
| <i>Total</i> | <i>8</i> |

III.1.2. Profil des enfants

⇒ [Age](#)

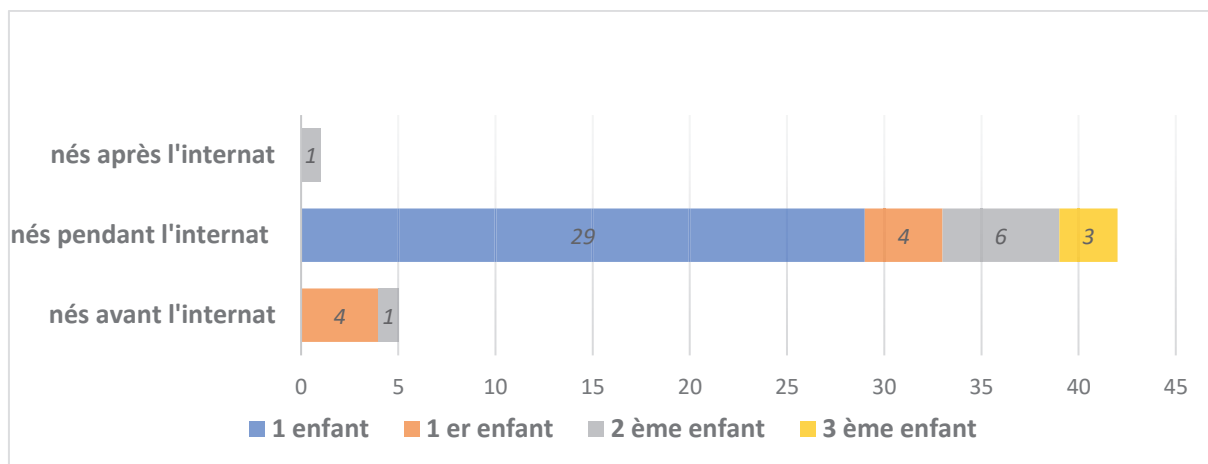
Histogramme n°4 : Age des 48 enfants selon leur rang dans la fratrie :



NB : 1 paire de jumeaux

⇒ [Naissance selon le cursus de l'IMG](#)

Histogramme n°5 : Répartition des naissances selon le cursus de l'IMG-parent :



III.2. Le suivi médical des enfants

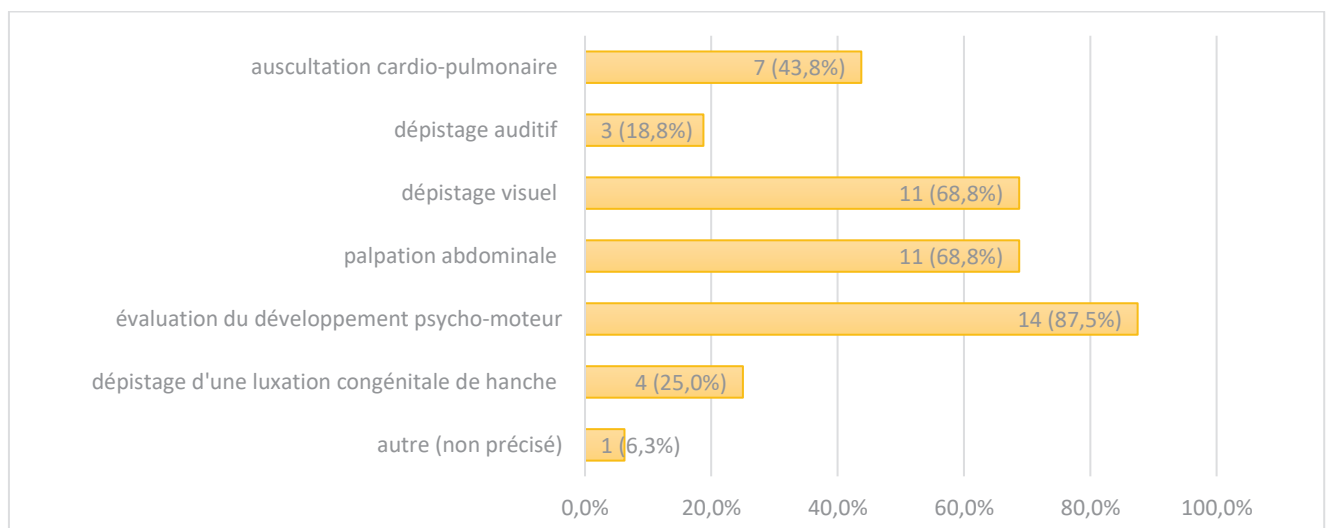
III.2.1. L'examen clinique du développement

III.2.1.1. Analyse descriptive

16 IMG-parents (43%) ont déjà réalisé un examen ou geste clinique à au moins 1 de ses enfants, la moitié d'entre eux ne l'a jamais reproduit. Cet examen n'a jamais remplacé de consultation obligatoire ou recommandée. Un IMG a toutefois précisé ne pas avoir eu le temps d'aller à toutes les consultations de suivi.

Parmi les 8 IMG-parents ayant plusieurs enfants, seuls 2 (hommes) ont examiné au moins un de leur enfant. L'interne n°16 a examiné son premier enfant (âgé de plus de 2 ans), mais pas le 2^{ème} (âgé entre 0 et 3 mois), l'interne n°23 a lui examiné ses 3 enfants (le plus jeune âgé entre 13 et 24 mois).

Histogramme n°6 : Type d'examen réalisé par les 16 IMG-parents :



III.2.1.2. Analyses statistiques d'indépendance

Tableau n°3 : Réalisation de l'examen selon le sexe de l'IMG-parent :

| | Femmes | Hommes | Total | Test exact de Fisher |
|----------|----------|---------|-------|--------------------------------|
| Examen + | 12 (40%) | 4 (57%) | 16 | $p = 0,437$; $OR = 0,5097$; |
| Examen - | 18 | 3 | 21 | $IC\ 95\% : [0,0629 ; 3,6139]$ |
| Total | 30 | 7 | 37 | |

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait d'évaluer le développement de son enfant et le sexe de l'interne.

Tableau n°4 : Réalisation de l'examen selon l'ancienneté de l'IMG-parent :

| | 2 ^{ème} année (S3 & S4) | 3 ^{ème} année (S5, S6 & post internat) | Total | Test Chi2 |
|----------|-------------------------------------|--|-------|-------------|
| Examen + | 8 | 8 | 16 | $p = 0,183$ |
| Examen - | 6 | 15 | 21 | |
| Total | 14 | 23 | 37 | |

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait d'évaluer le développement de son enfant et le niveau d'étude.

Tableau n°5 : Réalisation de l'examen selon la formation en pédiatrie de l'IMG-parent :

| | Stage pédiatrie + | Stage pédiatrie - | Total | Test Chi2 |
|----------|-------------------|-------------------|-------|-------------|
| Examen + | 8 | 8 | 16 | $p = 0,886$ |
| Examen - | 10 | 11 | 21 | |
| Total | 18 | 19 | 37 | |

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait d'évaluer le développement de son enfant et la réalisation d'un stage en pédiatrie.

III.2.2. Les vaccinations

III.2.2.1. Analyse descriptive

4 IMG (soit 11%) ont déjà vacciné une seule fois 1 de leur enfant. Deux IMG-parents avaient un enfant non concerné par la vaccination, l'un ne prévoyait pas de la réaliser lui-même, l'autre ne savait pas.

III.2.2.2. Analyses statistiques d'indépendance

Tableau n°6 : Réalisation d'une vaccination selon le sexe de l'IMG-parent :

| | Femmes | Hommes | Total | Test exact de Fisher |
|---------------|--------|---------|-------|---------------------------|
| Vaccination + | 1 | 3 (43%) | 4 | $p = 0,01$; $OR = 0,041$ |
| Vaccination - | 29 | 3 | 32 | $IC95 [0,0006 ; 0,679]$ |
| Total | 30 | 6 | 36* | |

*exclusion d'un IMG parents ayant 1 seul enfant non concerné par la vaccination

Il y avait un lien significatif entre le fait de vacciner son enfant et le sexe de l'interne. Dans notre étude, les IMG-parents hommes ont vaccinés significativement plus que les IMG-parents femmes.

Tableau n°7 : Réalisation d'une vaccination selon l'ancienneté de l'IMG-parent :

| | 2 ^{ème} année (S3 & S4) | 3 ^{ème} année (S5, S6 & post internat) | Total | Test exact de Fisher |
|---------------|-------------------------------------|--|-------|----------------------------|
| Vaccination + | 3 | 1 | 4 | $p = 0,277$; $OR = 5,445$ |
| Vaccination - | 11 | 21 | 32 | $IC95 [0,385 ; 313,97]$ |
| Total | 14 | 22 | 36 | |

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait de vacciner son enfant et le niveau d'étude.

Tableau n°8 : Réalisation d'une vaccination selon la formation en pédiatrie de l'IMG-parent :

| | Stage pédiatrie + | Stage pédiatrie - | Total | Test exact de Fisher |
|---------------|-------------------|-------------------|-------|----------------------------|
| Vaccination + | 3 | 1 | 4 | $p = 0,602$; $OR = 3,293$ |
| Vaccination - | 15 | 17 | 32 | $IC95 [0,235 ; 188,57]$ |
| Total | 18 | 18 | 36 | |

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait de vacciner son enfant et la réalisation d'un stage en pédiatrie.

III.2.3. L'orientation vers un spécialiste

Tableau n°9 : Orientation vers un spécialiste par l'IMG-parent d'au moins 1 de ses enfants :

| Orientation vers un spécialiste | n (effectif) | % |
|--|---------------------|-------------|
| Oui | 3 | 8,1% |
| Non | 34 | 91,9% |
| Total | 37 | 100,0% |

Tableau n°10 : Type de spécialiste auxquels sont adressés les enfants par l'IMG-parents :

| Quel spécialiste ? | n (effectif) | |
|---------------------------|---------------------|--|
| Pédiatre | 2 | <i>Interne n°11</i> <i>Interne n°14</i> |
| Pneumologue | 1 | <i>Interne n°24 pour son 1er enfant</i> |

Concernant les internes n'ayant pas orienté leur enfant à un spécialiste, 16 (47%) ont précisé qu'au moins un de leur enfant n'en avait jamais eu besoin.

Tableau n°11 : Projection des 16 IMG-parents en cas de nécessité de consulter un spécialiste :

| Orienterez-vous vous-même votre enfant vers le spécialiste ? | n (effectif) | % |
|---|---------------------|--------------|
| Cela dépendra indication | 9 | 56,3% |
| Oui | 3 | 18,8% |
| Non | 2 | 12,5% |
| Ne sait pas | 2 | 12,5% |

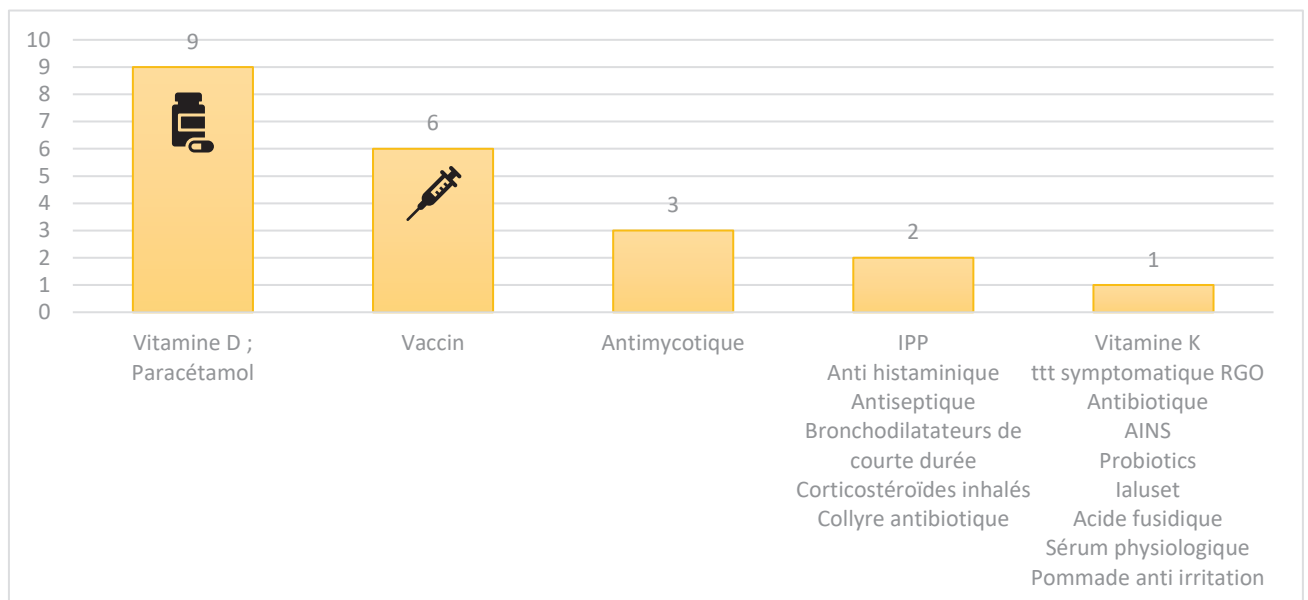
III.2.4. La prescription d'un traitement hors pathologie aiguë

III.2.4.1. Analyse descriptive

21 IMG (57%) ont déjà prescrit un traitement hors pathologie aiguë à au moins 1 de leur enfant, c'était l'unique fois pour 11 d'entre eux.

Parmi ces 21 IMG, 8 (38%) ont cité un traitement pour une pathologie aiguë (exemple : fungizone pour muguet, collyre antibiotique etc.), notamment chez les internes n'ayant prescrit qu'une seule fois un traitement.

Histogramme n°7 : Type de traitements prescrits hors pathologies aiguës par les 21 IMG-parents à leurs enfants :



III.2.4.2. Analyses statistiques d'indépendance

Tableau n°12 : Prescription selon le sexe de l'IMG-parent :

| | Femmes | Hommes | Total | Test exact de Fisher |
|----------------|--------|--------|-------|--|
| Prescription + | 17 | 4 | 21 | $p = 1$; $OR = 0,981$ $IC95 [0,122 ; 6,963]$ |
| Prescription - | 13 | 3 | 16 | |
| Total | 30 | 7 | 37 | |

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait de prescrire un traitement hors pathologie aiguë à son enfant et le sexe de l'interne.

Tableau n°13 : Prescription selon l'ancienneté de l'IMG-parent :

| | 2 ^{ème} année (S3 & S4) | 3 ^{ème} année (S5, 6 & post internat) | Total | Test Chi2 |
|----------------|-------------------------------------|---|-------|------------|
| Prescription + | 10 | 11 | 21 | $p = 0,16$ |
| Prescription - | 4 | 12 | 16 | |
| Total | 14 | 23 | 37 | |

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait de prescrire un traitement hors pathologie aiguë à son enfant et le niveau d'étude.

Tableau n°14 : Prescription selon la formation en pédiatrie de l'IMG-parent :

| | Stage pédiatrie + | Stage pédiatrie - | Total | Test Chi2 |
|----------------|-------------------|-------------------|-------|-------------|
| Prescription + | 11 | 10 | 21 | $p = 0,603$ |
| Prescription - | 7 | 9 | 16 | |
| Total | 18 | 19 | 37 | |

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait de prescrire un traitement hors pathologie aiguë à son enfant et la formation en pédiatrie.

III.2.5. Motivations et freins des internes à intervenir dans le suivi de leurs enfants

Dans ce paragraphe, nous présentons les résultats relatifs aux questions à réponses libres concernant les motivations et freins des internes à s'impliquer dans le suivi de leurs enfants.

III.2.5.1 Motivations

⇒ **Gain de temps** (13 IMG)

| | |
|--|---|
| Retard de suivi, retard vaccinal | Interne n°4 « <i>Pas le temps d'aller à toutes les consultations recommandées, en retard sur les vaccins...</i> » |
| Pour demandes jugées inutiles | Interne n°10 « <i>Je fais toutes les ordonnances que la crèche ou autres structures demandent et qui sont une perte de temps absolue pour un parent</i> » |
| Sur certaines prescriptions | Interne n°16 « <i>Gain de temps pour le renouvellement d'ordonnance</i> » Interne n°19 « <i>je lui ai prescrit des traitements vit D et paracétamol pour gagner du temps</i> » |
| Pathologies jugées faciles à prendre en charge | Interne n°18 « <i>Pour le muguet : gain de temps</i> » |

⇒ **Premier recours** (5 IMG)

| | |
|---------------------------------|--|
| Dépistage | Interne n°18 « <i>Pour auscultation abdominale : éliminer un potentiel constipation avant de conclure à des coliques du nourrisson.</i> » Interne n°21 « <i>Deux choses que je surveillais de près : l'apparition d'une plagiocéphalie et la présence d'un strabisme.</i> » |
| Prise en charge | Interne n°26 « <i>Prise en charge précoce avant aggravation de l'œsophagite</i> » |
| Automédication | Interne n°25 « <i>J'ai acheté un traitement sans ordonnance à la pharmacie : graviscon et polysilane</i> » |
| Limité aux pathologies bénignes | Interne n°34 « <i>Pathologie bénigne et fréquente : le muguet</i> » |

| | |
|--|---|
| Modulé selon l'impact de la prescription | Interne n°21 « <i>Concernant la nécessité d'un traitement de fond, il y a une limite : je me permettrai de prescrire un vaccin, pas (encore) de le faire. De même prescrire la vitamine D n'a pas le même impact qu'un traitement de fond broncho pulmonaire. Je n'hésiterai pas pour le premier cas (prévention commune à tous), j'irai voir un pédiatre dans le 2e (traitement curatif nécessitant suivi et réévaluation) »</i> |
|--|---|

⇒ **Accessibilité aux modes de prescription** (5 IMG)

Interne n°16 « *Accès aux ordonnances* »

⇒ **Désaccord avec la prise en charge du médecin de l'enfant** (2 IMG)

| | |
|--|---|
| Modification de la prescription initiale | <p>Interne n°19 « <i>J'ai également trié une ordonnance d'un médecin car en désaccord avec la prescription</i> »</p> <p>Interne n°20 « <i>Désaccord avec le médecin concernant la vaccination et accès aux ordonnances (auto-prescription du pentavalent au lieu de l'hexavalent par la pédiatre)</i> »</p> |
|--|---|

⇒ **Réassurance de l'interne** (1 IMG)

Interne n°33 « *Pour me rassurer* »

⇒ **Curiosité professionnelle** (1 IMG)

Interne n°21 « *Les quelques examens que j'ai réalisés ont été fait par curiosité professionnelle (les réflexes archaïques "basiques" (grasping, marche automatique) ont quelque chose de fascinant au début).* »

⇒ **Crainte d'importuner** (1 IMG)

Interne n°12 « *Ne pas déranger le médecin traitant. Stage en tant qu'interne du médecin traitant de ma fille* »

⇒ **Confiance en soi / sa pratique** (1 IMG)

| | |
|--|---|
| Recherche de validation ultérieure de la prise en charge | Interne n°16 « <i>Confiance en soi et dans les capacités diagnostiques, validation ultérieure de la prise en charge par le médecin réalisant le suivi obligatoire</i> » |
|--|---|

⇒ **Indisponibilité du médecin référent de l'enfant** (1 IMG)

Interne n°3 « *Médecin non dispo* »

⇒ **Influence extérieure** (1 IMG)

Interne n°1 « *Réflexion des collègues "pourquoi tu ne la vaccines pas toi-même ? "* »

III.2.5.2. Freins

⇒ Distinction des rôles parent / médecin (18 IMG)

| | |
|---|--|
| Différenciation rôle de parent et fonction de médecin | Interne n°14 « <i>Pour différencier la maman du médecin. Pour garder le rôle de la maman qui console après un vaccin par exemple</i> » |
| Rester en retrait | Interne n°13 « <i>Par ailleurs je pense important de garder le rôle du pédiatre au pédiatre</i> ». Interne n°29 « <i>Pour moi, l'idée est d'interférer le moins possible au niveau médical. Je pense que mon jugement est moins précis lorsqu'il s'agit de traiter mon enfant car influencé par mes émotions etc.</i> » |
| Tout en restant vigilant et attentif | Interne n°1 « <i>Cela dit, je reste très Vigilante lorsque ma fille est examinée par un médecin. Malheureusement il est très difficile de trouver un bon médecin pour les enfants...</i> » |
| Transfert de responsabilité | Interne n°19 « <i>J'ai peur de passer à côté de quelque chose et je ne souhaite pas être responsable d'une erreur médicale</i> » |

⇒ Assurer une prise en charge objective (11 IMG)

| | |
|----------------------------------|---|
| Supprimer la charge émotionnelle | Interne n°15 « <i>Je souhaite que le suivi médical de mon enfant soit effectué par un professionnel qui n'a pas de lien affectif particulier avec mon enfant.</i> » Interne n°21 « <i>Je préfère référer à quelqu'un d'extérieur, où l'inquiétude comme la réassurance excessive ne fausseront pas la démarche diagnostique.</i> » |
| Se rassurer | Interne n°19 « <i>Je ne m'estime pas objective lorsqu'il s'agit de la santé de mon enfant et avoir un avis extérieur me rassure en tant que parent</i> ». |
| Manque d'objectivité | Interne n°21 « <i>Je n'ai jamais effectué d'examen clinique complet à mon enfant, par peur de ne pas être suffisamment objective sur l'interprétation que j'en ferais (...).</i> |

⇒ **Relation de confiance avec le praticien de l'enfant** (4 IMG)

| | |
|--------------------------------------|--|
| Confiance dans le professionnel | Interne n°12 « <i>Confiance dans le médecin traitant</i> » |
| Tout en restant vigilant et attentif | Interne n°1 « <i>Cela dit, je reste très Vigilante lorsque ma fille est examinée par un médecin. Malheureusement il est très difficile de trouver un bon médecin pour les enfants...</i> » |
| Avec un regard critique | Interne n°15 « <i>Je garde un esprit critique sur les décisions de mon pédiatre mais pour l'instant je n'ai pas eu de divergence de point de vue avec elle.</i> » |

⇒ **Crainte d'une mauvaise gestion** (4 IMG)

| | |
|-------------------------------|---|
| Eviter de maximiser les faits | Interne n°21 « <i>Je n'ai jamais effectué d'examen clinique complet à mon enfant, par peur (...) de suspecter quelque chose de grave là où il n'y en a pas. (...)</i> » |
| Peur de l'erreur médicale | Interne n°30 « <i>Peur de passer à côté de quelque chose</i> » |

⇒ **Refus d'être associé à la douleur** (3 IMG)

| | |
|-----------------------------|---|
| Du point de vue de l'enfant | Interne n°1 « <i>Je ne veux pas être associée à la douleur et aux gestes des vaccins. Ce n'est pas mon rôle de maman.</i> » |
| Du point de vue du parent | Interne n°7 « <i>Pour les vaccins ça me ferait mal au cœur de lui faire mal</i> » |

⇒ **Défaut de pratique en pédiatrie** (2 IMG)

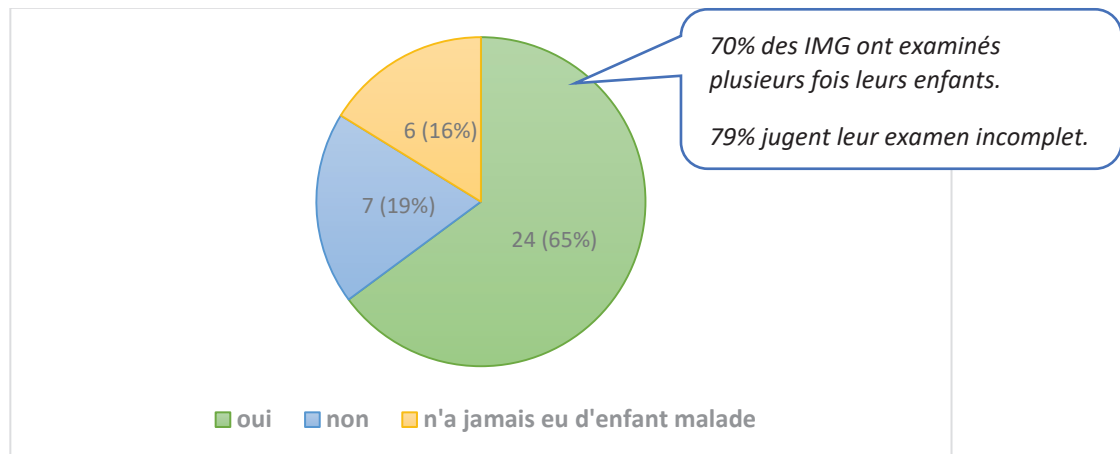
| | |
|--------------------------------|---|
| En lien avec le niveau d'étude | Interne n°16 « <i>Pas d'intervention pour le premier enfant par méconnaissance de la pédiatrie pratique</i> » |
| Hors champ de compétence | Interne n°30 « <i>Pas assez à l'aise en pédiatrie</i> » |

III.3. La prise en charge des pathologies aiguës

III.3.1. L'examen clinique

III.3.1.1. Analyse descriptive

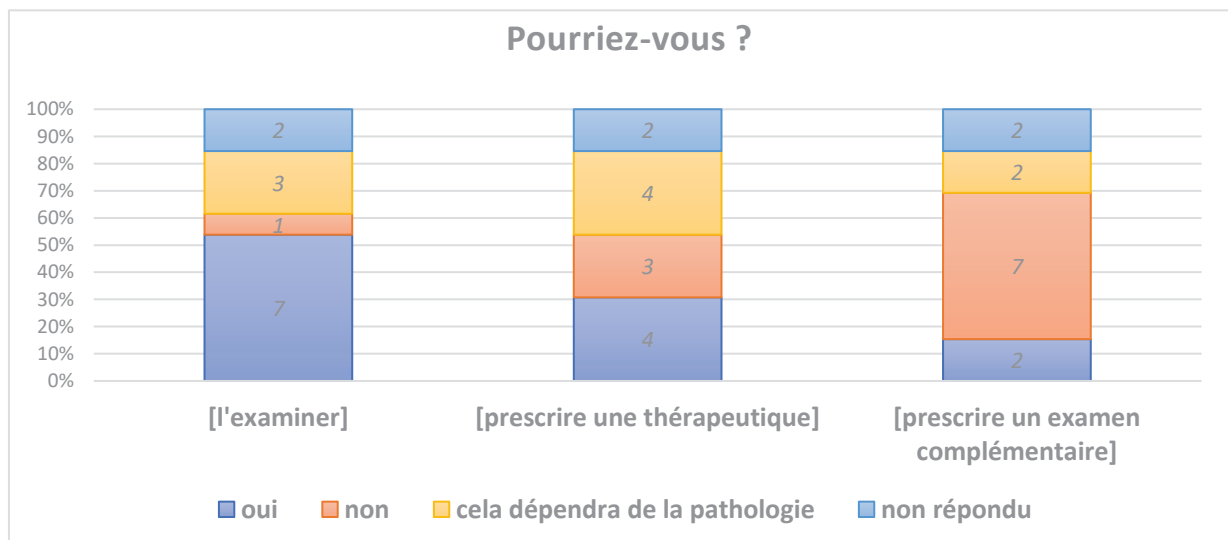
Secteur n°2 : Réalisation par l'IMG-parent d'un examen clinique chez au moins 1 enfant lors d'une affection aiguë :



31 IMG-parents étaient concernés par la survenue d'une pathologie aiguë chez leur enfant. 24 d'entre eux (soit 77%) l'ont examiné.

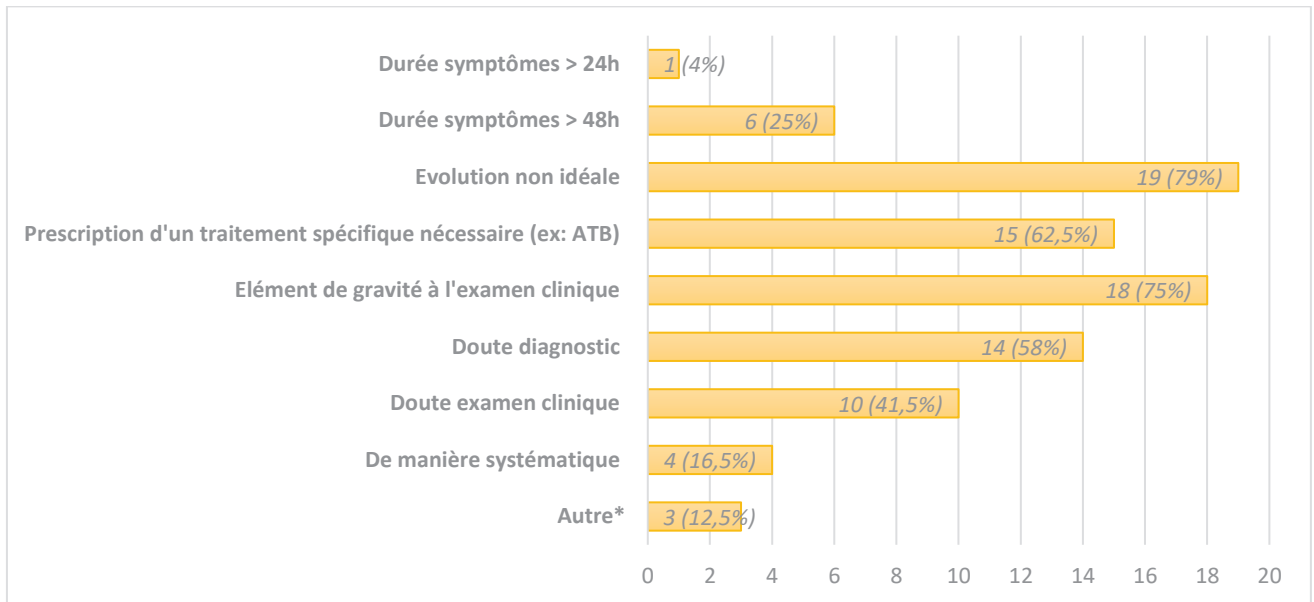
16 enfants uniques parmi les 23 ayant déjà été malades (soit 70%) ont été examinés par leur parent. Chez les enfants issus de fratrie, le taux était de 100%.

Histogramme n°8 : Projection des 12 IMG-parents concernant leurs enfants n'ayant jamais été malades en cas de survenue d'une pathologie aiguë :



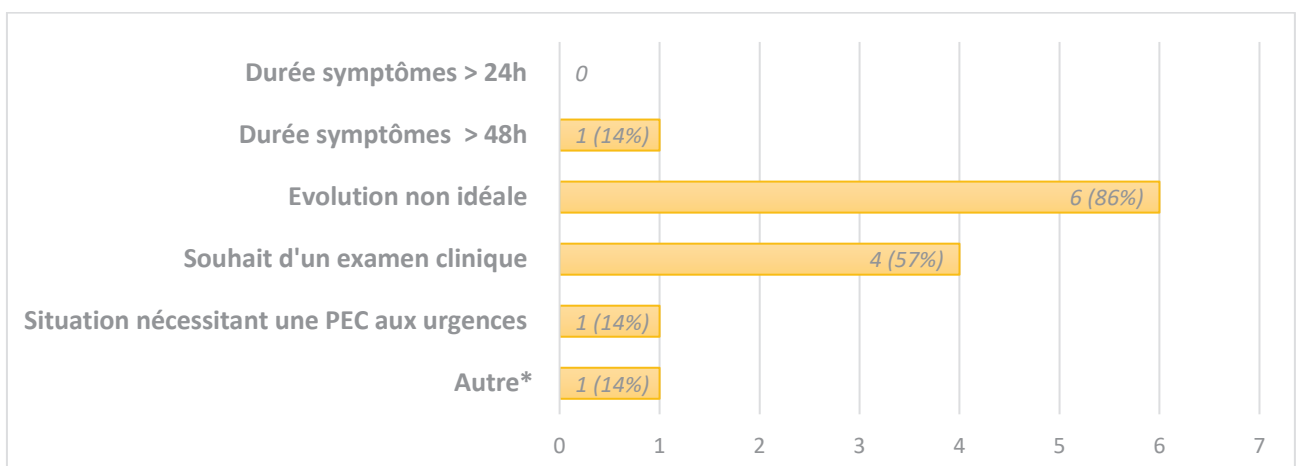
Nous avons demandé ensuite aux 24 IMG ayant déjà eu un enfant malade leurs critères de consultation d'un praticien.

Histogramme n°9 : Critères de consultation d'un praticien pour les 24 IMG-parents ayant examinés au moins 1 de leur enfant :



* Interne n°12 : « fièvre > 48 heures » ; Interne n°10 : « urgence »

Histogramme n°10 : Critères de consultation d'un praticien pour les 7 IMG-parents n'ayant pas examinés leur enfant :



*Interne n°1 : "Besoin d'un certificat pour éviction crèche nounou et présence parentale"

III.3.1.2. Analyses statistiques d'indépendance

Tableau n°15 : Réalisation de l'examen selon le sexe de l'IMG-parent :

| | Femmes | Hommes | Total | Test exact de Fisher |
|----------|--------|--------|-------|----------------------|
| Examen + | 18 | 6 | 24 | $p = 0,293$ |
| Examen - | 7 | 0 | 7 | |
| Total | 25 | 6 | 31* | |

*exclusion des 6 IMG n'ayant jamais eu d'enfant malade (5 femmes, 1 homme)

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait d'examiner son enfant au cours d'une pathologie aiguë et le sexe de l'interne.

Tableau n°16 : Réalisation de l'examen selon l'ancienneté de l'IMG-parent :

| | 2 ^{ème} année (S3 & S4) | 3 ^{ème} année (S5, S6 & post internat) | Total | Test exact de Fisher |
|----------|-------------------------------------|--|-------|---|
| Examen + | 10 | 14 | 24 | $p = 0,372$; $OR = 4,115$ $IC95 [0,397 ; 216,23]$ |
| Examen - | 1 | 6 | 7 | |
| Total | 11 | 20 | 31 | |

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait d'examiner son enfant au cours d'une pathologie aiguë et le niveau d'étude.

Tableau n°17 : Réalisation de l'examen selon la formation en pédiatrie de l'IMG-parent :

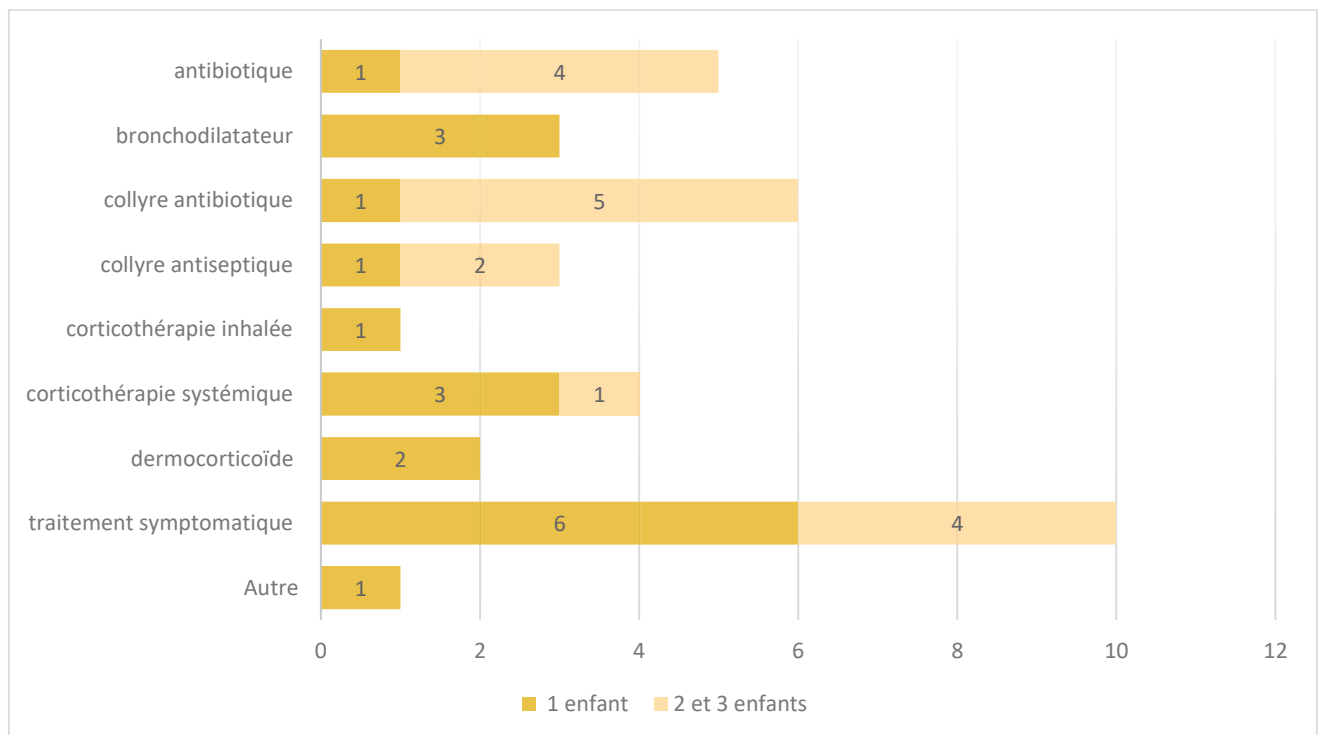
| | Stage pédiatrie + | Stage pédiatrie - | Total | Test exact de Fisher |
|----------|-------------------|-------------------|-------|--|
| Examen + | 13 | 11 | 24 | $p = 0,667$; $OR = 0,484$ $IC95 [0,039 ; 3,724]$ |
| Examen - | 5 | 2 | 7 | |
| Total | 18 | 13 | 31 | |

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait d'examiner son enfant au cours d'une pathologie aiguë et la réalisation d'un stage en pédiatrie.

III.3.2. La prescription d'une thérapeutique

16 IMG sur les 31 ayant eu un enfant malade (soit 52%), ont déjà prescrit une thérapeutique.
12 d'entre eux l'ont effectué plusieurs fois (soit 75%).

Histogramme n°11 : Thérapeutiques prescrites par les 16 IMG selon le rang des enfants :



*autre : antimycotique

III.3.2.2. Analyses statistiques d'indépendance

Tableau n°18 : Prescription selon le sexe de l'IMG-parent :

| | Femmes | Hommes | Total | Test exact de Fisher |
|----------------|--------|--------|-------|---------------------------|
| Prescription + | 14 | 2 | 16 | $p = 0,394$; $OR = 2,47$ |
| Prescription - | 11 | 4 | 15 | $IC95 [0,290 ; 32,121]$ |
| Total | 25 | 6 | 31 | |

*Exclusion de 6 IMG n'ayant jamais eu d'enfant malade (5 femmes, 1 homme)

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait de prescrire une thérapeutique lors d'une affection aigüe à son enfant et le sexe de l'interne.

Tableau n°19 : Prescription selon l'ancienneté de l'IMG-parent :

| | 2 ^{ème} année (S3 & S4) | 3 ^{ème} année (S5, S6 & post internat) | Total | Test Chi2 |
|----------------|-------------------------------------|--|-------|-------------|
| Prescription + | 6 | 10 | 16 | $p = 0,809$ |
| Prescription - | 5 | 10 | 15 | |
| Total | 11 | 20 | 31 | |

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait de prescrire une thérapeutique lors d'une affection aigüe à son enfant et le niveau d'étude.

Tableau n°20 : Prescription selon la formation en pédiatrie de l'IMG-parent :

| | Stage pédiatrie + | Stage pédiatrie - | Total | Test Chi2 |
|----------------|-------------------|-------------------|-------|-------------|
| Prescription + | 11 | 5 | 16 | $p = 0,213$ |
| Prescription - | 7 | 8 | 15 | |
| Total | 18 | 13 | 31 | |

Il n'existait pas de lien significatif entre le fait de prescrire une thérapeutique lors d'une affection aigüe à son enfant et la réalisation d'un stage en pédiatrie.

III.3.3. La prescription d'un examen complémentaire

Les IMG répondeurs n'ont jamais prescrit d'examen complémentaire à leurs enfants.

Tableau n°21 : Prescription d'un examen complémentaire par l'IMG-parent :

| Examen complémentaire | n (effectif) | % |
|-----------------------|--------------|-------------|
| Oui | 0 | 0% |
| Non* | 31 | 100% |
| Total | 31** | 100% |

**inclus les enfants n'en ayant jamais eu besoin ** exclusion de 6 IMG n'ayant jamais eu d'enfant malade.*

III.3.4. Motivations et freins des internes à intervenir dans les pathologies aiguës de leurs enfants

Dans ce paragraphe, nous présentons les résultats relatifs aux questions à réponses libres concernant les motivations et freins des internes à s'impliquer dans la prise en charge des pathologies aiguës de leurs enfants.

III.3.4.1. Motivations

⇒ **Gain de temps** (11 IMG)

| | |
|---|---|
| Difficulté de prise de rendez-vous en lien avec la fonction d'interne | Interne n°17 « <i>Gain de temps ; Impossibilité d'avoir un rdv compatible avec les horaires d'interne</i> » |
| Dépannage | Interne n°36 « <i>Collyre pour conjonctivite averti par la nounou le vendredi après-midi...</i> » |
| Notion d'urgence | Interne n°24 « <i>Pour certaines pathologies j'ai dû intervenir vite (laryngite aiguë en pleine nuit)</i> » |

⇒ **Pathologies jugées faciles à prendre en charge** (10 IMG)

| | |
|-----------------------------|--|
| Pathologie banale | Interne n°4 « <i>Pathologie évidente facilement diagnosticable</i> » Interne n°6 « <i>Pathologies courantes bien connues</i> » |
| Pathologie bénigne | Interne n°6 « <i>Absence de critère de gravité et pathologies courantes bien connues, motifs bénins ne justifiant à mon sens pas de consultation</i> » Interne n°23 « <i>En l'occurrence il s'agit d'une situation très bénigne : rhino</i> » |
| Seul champ d'action reconnu | Interne n°10 « <i>Je traite juste les choses faciles, aiguës</i> » |

⇒ **Premier recours** (9 IMG)

| | |
|---|---|
| Comme tout parent vigilant | Interne n°1 « <i>Paracétamol, sérum physiologique, soluté de réhydratation orale... Pas besoin d'être médecin mais juste un parent vigilant. »</i> |
| Elimination d'un critère de gravité | Interne n°12 « <i>Eliminer un critère de gravité (détresse respiratoire) »</i> Interne n°15 « <i>J'ai évalué rapidement son état général et voyant qu'il était satisfaisant je ne suis pas allé plus loin (pas d'auscultation pulmonaire ni otoscopie). Sur un autre enfant j'aurais fait à titre systématique un examen complet. (...) Je ne sais pas si en cas d'éléments inquiétants je serais allé plus loin, je pense que oui. »</i> Interne n°21 « <i>Pourquoi je n'ai pas consulté : pas d'inquiétude sur l'état de mon enfant (pas de signe de gravité clinique) (...) évolution rapidement favorable »</i> |
| Evaluation en amont des démarches diagnostique et thérapeutique nécessaires | Interne n°12 « <i>Eliminer une indication de traitement / d'examen complémentaire : foyer auscultatoire, otite »</i> Interne n°35 « <i>Je préfère me faire une idée d'abord de sa pathologie avant de le montrer à un collègue (...) »</i> |
| Par crainte de la prise en charge d'autrui | Interne n°35 « <i>(...) j'aurais peur d'une prescription abusive d'antibiotique. Malgré tout j'ai globalement confiance en mes collègues »</i> |
| Orientation vers confrère dans un second temps | Interne n°21 « <i>Il m'est arrivé de consulter une fois devant la persistance des symptômes au-delà de 4jours) »</i> |
| Situation d'urgence clinique | Interne n°24 « <i>Pour certaines pathologies j'ai dû intervenir vite (laryngite aiguë en pleine nuit) (...) »</i> |
| Par facilité | Interne n°24 « <i>(...) plus facile de donner un traitement que de consulter aux urgences (...) »</i> |
| Favorisée par la confiance en soi | Interne n°24 « <i>(...) quand on est sûre de soi (...) »</i> |

| | |
|---|---|
| Et par l'accès aux thérapeutiques au domicile | Interne n°24 « (...) et que le traitement est à la maison » |
|---|---|

⇒ **Confiance en soi et sa pratique** (5 IMG)

| | |
|----------------------------|--|
| Favorisée par l'ancienneté | Interne n°24 « J'ai prescrit une fois des antibiotiques par gain de temps et parce que j'étais sûre de moi mais je finis mon cursus mais à la naissance du 1 ^{er} en 4 ^e semestre je consultais plus souvent » |
|----------------------------|--|

⇒ **Réassurance de l'interne** (4 IMG)

| | |
|---------------------------------------|---|
| Se rassurer sur la situation clinique | Interne n°19 « Je pense que c'est plus pour me rassurer que j'examine mon enfant en cas de fièvre par exemple » Interne n°29 « En l'occurrence il s'agit d'une situation très bénigne : rhino. Un examen rapide pour me rassurer (...) » |
| Rassurer le (la) conjoint(e) | Interne n°29 « (...) et rassurer la maman (...) » |
| Orienter la prise en charge | Interne n°29 « (...) et vérifier justement qu'il n'y avait pas besoin de l'emmener chez son pédiatre. » |
| Éliminer une situation d'urgence | Interne n°31 « Douleur abdo de type colique au début, puis gastro... Pour me rassurer en éliminant une urgence chirurgicale » |

⇒ **Accessibilité aux modes de prescription** (4 IMG)

| | |
|-----------------------------|---|
| Ordonnances faciles d'accès | Interne n°21 « accès facile aux ordonnances +++ » |
| Ordonnances au domicile | Interne n°28 « ordonnance disponible à domicile » |

⇒ **Accessibilité des thérapeutiques au domicile** (2 IMG)

| |
|---|
| Interne n°1 « Eczéma familial. Dermocorticoïde présent dans la pharmacie. » |
|---|

⇒ **Relation avec le praticien de l'enfant non satisfaisante** (2 IMG)

| | |
|-----------------------------------|---|
| Désaccord avec la prise en charge | <i>Interne n°1 « Un médecin m'avait prescrit un antiseptique pour de l'eczéma du nourrisson.... »</i> |
| Vigilance vis-à-vis du confrère | <i>Interne n°4 « Plus confiant en mon discernement qu'en celui d'un confrère »</i> |

⇒ **Accessibilité aux matériels d'examen** (1 IMG)

| | |
|---------------------------------|--|
| Utilisation de matériel médical | <i>Interne n°33 « Accès au matériel (stétho, otoscope) »</i> |
|---------------------------------|--|

⇒ **Sentiment d'illégitimité à consulter face à d'autres patients** (1 IMG)

| | |
|--------------------------|--|
| En lien avec la fonction | <i>Interne n°22 « Pathologies bénignes faciles à traiter ne nécessitant pas de prendre la place d'un autre patient en consultation »</i> |
|--------------------------|--|

⇒ **Distinction entre médecin et parent impossible** (1 IMG)

| | |
|------------------------------------|--|
| Impossibilité de rester spectateur | <i>Interne n°16 « (...) impossibilité de respecter une conduite à tenir attentiste »</i> |
|------------------------------------|--|

III.3.4.2. Freins

⇒ Assurer une prise en charge objective (9 IMG)

| | |
|-------------------------------|---|
| Difficulté à gérer l'affect | Interne n°2 « <i>L'étude montrant que l'on n'est pas bon pour ses proches malgré un sentiment contraire</i> » |
| Maximisation des faits | Interne n°16 « <i>Surestimation du risque médical des symptômes retrouvés (on craint le pire au moindre problème)</i> » |
| Manque d'objectivité | Interne n°34 « <i>Trop peu d'objectivité pour mon enfant quand il s'agit d'une pathologie aiguë</i> » |
| Crainte d'une erreur médicale | Interne n°16 « <i>Au moindre signe de gravité, défaut d'objectivité et envahissement émotionnel, peur de rater quelque chose et de nuire à l'enfant, peur aussi de prescrire en excès</i> » |

⇒ Distinction des rôles parent / médecin (6 IMG)

| | |
|--|--|
| Vis-à-vis de soi-même | Interne n°12 « <i>Rester mère et non pas médecin : l'initiation d'un traitement (surtout Antibio) est laissée au médecin traitant</i> » |
| Vis-à-vis de son enfant | Interne n°35 « <i>Je ne souhaite pas mélanger vie privée et vie professionnelle je ne veux pas que mon enfant me voit comme un médecin mais comme sa maman</i> » |
| Transfert de responsabilité | Interne n°10 « <i>Je ne veux pas être responsable en cas de soucis, dès que j'ai un doute, dès que c'est grave, dès que ça n'évolue pas bien, je consulte</i> » |
| Tout en restant vigilant et attentif | Interne n°13 « <i>Je pense important de garder le rôle du pédiatre au pédiatre. Je sais cependant être patiente et attendre avant de consulter rapidement et notamment je repère les signes de gravité</i> » |
| Selon la possibilité de joindre un confrère | Interne n°29 « <i>En cas de situation aiguë ou il serait difficile d'avoir accès à un médecin je n'hésiterai pas à intervenir quand même mais pour l'instant je n'en ai pas eu besoin.</i> » |
| Selon la situation : adaptation du 1er recours | Interne n°31 « <i>Ma fille est tombée de sa table à langer à 7 mois, je ne l'ai pas emmenée aux urgences mais chez son médecin</i> » |

| | |
|--|--|
| | <i>généraliste le jour même, je suis sa maman et non pas son médecin »</i> |
|--|--|

⇒ **Manque de confiance en soi** (2 IMG)

| |
|--|
| Interne n°11 « <i>Manque de confiance dans mon examen clinique »</i> |
|--|

⇒ **Nécessité d'un spécialiste** (2 IMG)

| |
|--|
| Interne n°4 « <i>Nécessité d'un avis spé, je connais mes limites »</i> |
|--|

⇒ **Relation avec le médecin de l'enfant** (1 IMG)

| | |
|----------------------------|--|
| Confiance et disponibilité | Interne n°12 « <i>Confiance et disponibilité du médecin traitant »</i> |
|----------------------------|--|

⇒ **Réassurance de l'interne** (1 IMG)

| | |
|-----------------------|---|
| Inquiétude maternelle | Interne n°19 « <i>Mon examen est souvent incomplet, peu objectif et je suis inquiète en tant que mère malgré mon statut de médecin j'ai donc le plus souvent consulté un médecin pour me rassurer après 24 à 48h de persistance des symptômes »</i> |
|-----------------------|---|

IV. Discussion

IV.1. Validité interne

IV.1.1. Choix de la méthode

L'objectif de cette thèse était d'élaborer un audit des pratiques des IMG-parents de Lyon dans la santé de leurs propres enfants. Une étude quantitative descriptive à partir d'un questionnaire a été réalisée.

Le choix du questionnaire informatisé permettait une réponse anonyme rapide et simple. L'envoi par l'intermédiaire du secrétariat du DMG permettait de l'adresser à l'ensemble des IMG inscrits en DES et donc aux IMG-parents.

IV.1.2. Biais de l'étude

IV.2.3.1. En lien avec le type d'étude

L'absence d'antériorité d'étude similaire spécifique à l'IMG a été à la fois la principale difficulté et la motivation pour la mise en place de cette étude.

Le sujet touchait à la sphère intime des internes, avec un possible biais de prévarication, limité par l'anonymat des répondeurs.

L'étude avait un niveau de preuve bas en lien avec le faible effectif. Elle n'était pas représentative.

IV.2.3.2. Biais de sélection

Réaliser un tirage au sort n'était pas pertinent devant le faible effectif de notre population cible. L'échantillonnage restait aléatoire. Nous avons accueilli toutes les réponses, sans caractère aléatoire.

IV.2.3.3. Biais d'information

L'étude était construite autour d'un questionnaire déclaratif sur des données passées, il existait un biais de mémorisation.

Certains IMG ont présenté des difficultés de compréhension pour certaines questions (traitement hors pathologie aiguë, critères d'intervention dans le suivi ou la prise en charge des affections aiguës). Ce biais de formulation a été minimisé par la réalisation d'une étude pilote et d'un test sur 3 internes avant la diffusion du questionnaire.

IV.1.3. Forces de l'étude

IV.2.2.1. Etude pilote

Le sujet a été testé en amont grâce à un travail préliminaire réalisé dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche au cours du stage praticien de niveau 1. Cette étude pilote nous avait conforté dans l'idée d'un sujet d'étude intéressant et réalisable. Nous avons pu développer la méthodologie et les premières versions du questionnaire.

IV.2.2.2. Etude originale et bien accueillie

Il n'existe pas d'autre étude quantitative sur ce sujet. Les études qualitatives en lien avec les internes et la parentalité ne ciblent pas l'intervention de l'interne dans la santé de son enfant. Il s'agit d'une étude sur un sujet original.

L'enquête a été bien accueillie avec un taux de réponders à 38,15%. Cela démontre une attractivité du sujet, la population y étant sensible.

IV.2.2.3. En lien avec le questionnaire

L'anonymat des réponders a été conservé tout au long de l'étude.

La diffusion en format électronique permettait aux internes de répondre au moment le plus approprié pour eux et de renforcer le sentiment d'anonymat.

Le questionnaire était évolutif selon les réponses des IMG-parents. Cela permettait de limiter sa longueur et de mieux adapter les questions aux spécificités des réponders.

IV.2. Validité externe : synthèse des résultats et comparaison avec la littérature

IV.2.1. Le suivi systématique de l'enfant

16 IMG-parents (43,2%) déclaraient avoir déjà réalisé un geste clinique sur leur enfant dans le cadre de l'évaluation de leur développement sans effectuer d'examen complet.

Les gestes cliniques pratiqués le plus souvent étaient l'évaluation du développement psychomoteur (14 IMG soit 87,5%), le dépistage visuel (11 IMG soit 68,8%) et la palpation abdominale (11 IMG soit 68,8%).

Cela ne remplaçait pas une consultation recommandée ou obligatoire, laissée aux soins du praticien référent de l'enfant, contrairement à ce que nous pouvions trouver dans la littérature où certains IMG déclarent assurer eux-mêmes le suivi de leur enfant (14).

Nos aînés, MG installés ou remplaçants, sont plus souvent interrogés que les internes pour étudier l'organisation de soins de leurs enfants. Les praticiens se considérant médecins de leurs propres enfants sont différenciés de ceux ne l'étant pas (sur déclaration du praticien). La part de « médecins-parents » est de 60 à 70% (7,8,24). Seuls 40,5% à 60% d'entre eux assurent le suivi systématique du nourrisson (7,8,24), ce taux chute à 2% chez les « parents-non médecins » (7).

Globalement, le MG est réticent à être l'interlocuteur principal pour les examens systématiques de leurs propres enfants, tout comme les IMG-parents.

21 des 37 IMG-parents (57%) déclaraient avoir déjà prescrit un traitement hors pathologie aiguë à leur enfant. Pour 11 d'entre eux (52%), cela ne s'est produit qu'une seule fois. Les thérapeutiques principalement prescrites étaient la vitamine D, le paracétamol et les vaccins, prescriptions relevaient plus du dépannage.

Quant aux vaccinations, seulement 4 IMG (soit 11%) en avaient déjà réalisé. Dans la littérature, la proportion d'enfants vaccinés par leur parent-médecin augmente avec l'âge de l'enfant : 25% des moins de 2 ans contre 75% chez les plus de 7 ans (24). Les praticiens hommes vaccinent plus que les femmes (24).

Ce changement d'attitude dans le suivi, selon l'âge ou le rang de l'enfant est régulièrement décrit. Le premier enfant est moins pris en charge par le parent-médecin car trop petit (moins de 2 ans) ou né avant l'installation du praticien (7,25).

Il existe aussi un lien entre prise en charge des enfants par son parent-médecin et l'ancienneté du MG. Les MG âgés de plus de 50 ans soignent 3,5 fois plus que les médecins plus jeunes, et les médecins installés 5 fois plus que les remplaçants (8,26). Même si d'autres études viennent modérer cette affirmation (27).

Ces éléments expliqueraient la distance des IMG-parents quant au suivi de leur enfant. Ils étaient en début de carrière professionnelle et avaient majoritairement 1 seul enfant.

Une notion non étudiée dans notre travail était le cadre de réalisation de l'examen des enfants. Les MG le réalisent majoritairement au domicile (9). Il semblait peu probable que les IMG examinaient leur enfant dans un cabinet médical. Nous retrouvions également dans les réponses libres des éléments en faveur d'une prise en charge à domicile (Interne n°1 « *Eczéma familial... dermocorticoïde présent dans la pharmacie.* » ; Interne n°24 « *Pour certaines pathologies j'ai dû intervenir vite (laryngite aiguë en pleine nuit) plus facile de donner un traitement que de consulter aux urgences quand on est sûr de soi et que le traitement est à la maison* »).

Les IMG ayant examiné, réalisé une prescription ou vacciné leur enfant ont été principalement motivés par le gain de temps. Ils se substituaient au praticien référent en cas de retard dans le suivi (rattrapage vaccinal ; Interne n°4 « *Pas le temps d'aller à toutes les consultations recommandées, en retard sur les vaccins...* »), pour des demandes jugées inutiles (Interne n°10 « *certificat pour la crèche* »), certaines prescriptions « anodines » (Interne n°19 « *vitamine D et paracétamol* »), la prise en charge de pathologies jugées faciles (Interne n°18 « *muguet* ») ou encore un renouvellement de traitement de fond (Interne n°16 « *gain de temps pour le renouvellement d'ordonnance* »).

Ce comportement, favorisé par l'accessibilité aux modes de prescription, différenciait l'IMG d'un parent classique. Il nécessitait la mise en jeu de ses compétences médicales.

L'accessibilité aux ordonnances des services de stage est un facteur de prescription connu, notamment d'automédication des internes (28).

Parmi les MG, 56% pensent garder une attitude professionnelle et objective face à la santé de leur enfant (7). La disponibilité (88%) (29), la confiance dans leurs compétences (76%) et le gain de temps (75%) sont les principaux éléments orientant le choix d'être « médecin-parent » (8).

Les IMG n'intervenant pas dans le suivi de leur enfant souhaitaient principalement une prise en charge objective dénuée d'affect afin d'éviter le risque d'une mauvaise gestion de leur part. L'objectivité est parasitée par l'affect émotionnel, or elle est gage de la qualité des soins.

Le manque d'objectivité est effectivement le frein majeur à la prise en charge des proches par les MG, pour 83% d'entre eux en ce qui concerne leurs enfants (8,9).

Les IMG étaient également attachés à différencier leur rôle de médecin de leur fonction de parent, permettant aussi de se déresponsabiliser de la santé de leur enfant en confiant à un tiers le soin de le suivre.

Les jeunes « parents-médecins » distinguent bien le rôle de parent et celui de médecin afin d'éviter la confusion des rôles, d'une part par une pression sociétale qui donne une grande importance au rôle de parent, et d'autre part par l'enseignement médico-légal sur les soins des proches (29).

L'attitude en retrait des IMG restait attentive, modulable selon la relation avec le praticien référent de l'enfant et ses décisions. Une relation de confiance avec le professionnel était indispensable à la non-intervention des IMG-parents. Ils pouvaient sinon modifier une prescription en cas d'avis divergent. (Interne n°20 « *Désaccord avec le médecin concernant la vaccination et accès aux ordonnances (auto-prescription du pentavalent au lieu de l'hexavalent par la pédiatre)* »).

Enfin, des IMG évoquaient leur manque de pratique et le souhait de ne pas être associé à un geste douloureux comme le vaccin.

Chez les « parents-non médecins », la confiance dans leur confrère (83%), la crainte de la confusion rôle parent-médecin (75%), la proximité affective (71%), la crainte d'importuner (19%), le manque de neutralité (14.5%), et la crainte d'un désaccord (14%) sont les principaux éléments orientant leur choix (8).

Au sein de la consultation médecin-parent et médecin-soignant, 2 attitudes sont retrouvées chez chacun des intervenants. Le médecin-parent peut mettre en avant son côté médecin ou son côté parent. Le médecin-soignant peut considérer qu'il a en face de lui un parent comme les autres ou un confrère. Ces attitudes sont plus ou moins représentées selon l'investissement du parent et le recul du soignant face à la situation. Le manque d'objectivité du médecin-parent et son anxiété liée à l'affectivité, majorée par l'expérience, sont fréquemment décrits par le praticien consulté. Ces consultations sont difficiles pour le soignant avec beaucoup de facteurs à prendre en compte pour ne pas s'éloigner d'une consultation « classique » (30).

Pour conclure sur le suivi de leurs enfants, les IMG avait une attitude avant tout d'un parent classique, soucieux du développement de son enfant, avec un œil attentif mais plus avisé grâce aux compétences médicales. Les IMG-parents intervenaient de manière ponctuelle sans prendre la place du praticien référent. En cas de désaccord toutefois ils se suppléaient à la décision du praticien.

Cela interroge sur l'élaboration de la décision médicale et sur son caractère partagé. La décision médicale partagée (DMP) correspond « à l'un des modèles de décision médicale, exigé par la loi de 2002. Deux étapes clés sont décrites dans cette relation entre un professionnel de santé et un patient. Ce sont l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient » (31).

Pour les MG, la DMP est issue d'une collaboration entre le médecin et le patient, possible grâce à la délivrance d'une information claire, loyale et appropriée et à la recherche des connaissances du patient (32).

Entre médecin-soignant et médecin-malade, la symétrie des connaissances est à l'origine d'un sentiment de gêne et d'illégitimité à consulter des médecins ou internes malades et d'une relation inappropriée (33–35).

L'intégration des outils de DMP entre 2 experts, l'un consultant, l'autre consulté, n'a pas été étudiée. Pourtant leur relation demande une attention particulière afin d'optimiser la prise en charge des médecins. D'autant plus que le médecin-malade ou l'interne-malade peut éventuellement modifier sa prise en charge à posteriori en cas de désaccord avec la décision médicale, comme nous l'avons soulevé dans notre étude à une autre échelle, entre l'IMG-parent et le médecin consulté.

IV.2.2. La prise en charge des pathologies aiguës bénignes

24 des 37 IMG-parents répondants (65%) déclaraient avoir déjà examiné leur enfant au cours d'une pathologie aiguë. Si l'on exclut les 6 IMG n'ayant eu aucun enfant malade, ce taux montait à 77%. Il n'y avait pas de lien significatif avec le sexe de l'IMG ($p=0,394$), le niveau d'étude ($p=0,809$) ou la formation en pédiatrie ($p=0,213$). 70,8% réitéraient un examen lors de la survenue d'une nouvelle affection. 79% jugeaient leur examen incomplet.

Les critères amenant les IMG à adresser leur enfant chez le praticien référent étaient principalement : l'évolution de l'affection jugée non idéale (19 IMG soit 79%), la présence d'éléments de gravité à l'examen clinique (18 IMG soit 75%) et la nécessité de prescrire une thérapeutique spécifique comme des antibiotiques (15 IMG soit 62,5%).

Dans la littérature, une majorité des IMG affirment traiter eux-mêmes « *la santé au quotidien, les viroses et autres joies des jeunes enfants* », mais passent facilement la main en cas de doute (14).

Chez nos aînés, 92% des MG interviennent au moins 1 fois au cours d'une pathologie courante banale de leur enfant (7). Contrairement au suivi, même les « non-médecins de leur enfant » assurent volontiers (83%) la prise en charge de leurs pathologies aiguës bénignes (8). Par commodité, les MG assurent au-delà de 2 ans la « bobologie », mais passent la main en cas d'urgence ou de pathologie grave (25). Ce sont plus souvent des hommes (24).

Pour les 7 IMG-parents n'ayant jamais examiné leur enfant, les critères les amenant à consulter le médecin référent étaient : l'évolution de l'affection jugée non idéale (6 IMG soit 86%) et le souhait d'un examen clinique (4 IMG soit 57%), comportement se rapprochant d'un parent classique.

Concernant les 12 IMG avec au moins un enfant n'ayant jamais été malade, 7 d'entre eux (soit 58%) envisageraient de les examiner eux-mêmes, 4 (soit 33%) prescriraient une thérapeutique, 2 (soit 16%) un examen complémentaire.

16 IMG-parents (52 %) ont déjà prescrit un traitement lors de la survenue d'une affection aiguë. Il n'y avait pas de lien significatif avec le sexe de l'interne ($p=0,293$), le niveau d'étude ($p=0,372$) ou la réalisation d'un stage en pédiatrie ($p=0,667$).

Les traitements symptomatiques (10 IMG soit 62,5%), les collyres antibiotiques (6 IMG soit 37,5%), les antibiotiques (5 IMG soit 31%) et les corticoïdes systémiques (4 IMG soit 25%) sont les 4 éléments les plus prescrits.

Peu d'études relatent le type de thérapeutiques prescrites par des MG à leurs proches ou leurs enfants. En Champagne-Ardenne, les internes, toutes spécialités confondues, prescrivent fréquemment à leur entourage, principalement pour des pathologies aiguës mineures avec un examen clinique préalable faisant souvent défaut (12).

Outre Atlantique, les médicaments les plus couramment prescrits aux proches sont les antibiotiques, les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antidépresseurs, les hypnotiques et les contraceptifs oraux (36).

Les IMG de notre étude n'ont jamais prescrit d'examen complémentaire à leur enfant. La prescription d'examens complémentaires, autres que la biologie, font partie des actes les moins pratiqués envers les proches (27).

Les IMG-parents examinaient fréquemment leur enfant et prescrivaient facilement la thérapeutique en cas de pathologie aiguë.

Cette démarche était motivée essentiellement par le gain de temps, que ce soit par difficulté d'avoir un rendez-vous (Interne n°17 « *Gain de temps ; Impossibilité d'avoir un rdv compatible avec les horaires d'interne* »), la nécessité d'agir rapidement (Interne n°24 « *Pour certaines pathologies j'ai dû intervenir vite (laryngite aiguë en pleine nuit)* ») ou par dépannage (Interne n°36 « *Collyre pour conjonctivite averti par la nounou le vendredi après-midi...* »).

La plupart des pathologies prises en charge par les IMG étaient jugées faciles et bénignes, justifiant leur intervention. Leur rôle était avant tout d'agir en premier recours, d'éliminer un critère de gravité qui les orienterait alors vers le praticien de l'enfant ou les urgences. Cela leur permettait aussi de se rassurer sur l'état de leur enfant.

La prescription thérapeutique était, comme dans le suivi, favorisée par l'accès aux ordonnances grâce à leur fonction.

Chez nos aînés, la commodité, la possibilité d'une prise en charge sur mesure avec facilité d'accès aux soins ou aux thérapeutiques et une réévaluation au quotidien motivent l'intervention (9,25).

La personnalité de l'IMG était aussi un facteur d'intervention. Les IMG étant intervenus se décrivaient confiants dans leur démarche diagnostique et thérapeutique. Un médecin fort de ses compétences, qui délègue difficilement et ressent le besoin de contrôler les situations, décide plus aisément de soigner ses proches (37).

Cette confiance en soi est en partie acquise par l'entrée dans la parentalité. Les IMG, comme les MG, se sentent plus mûrs dans l'exercice de la pédiatrie, ils se disent plus à l'aise et plus compétents (38,39).

Pour d'autres, le choix de soigner est naturel (40), voire évident. Cela procure une fierté, une satisfaction personnelle et un renforcement de l'identité familiale ou des liens avec le proche. Il permet également d'enrichir la pratique professionnelle, la confiance en leurs propres diagnostics et prises en charge thérapeutiques (41,42).

Levin ES. dans « *The « doctor game »* » décrivait chez les parents-médecins un lien inconscient entre le « jeu du docteur » et les motivations pour les études de médecine ainsi que les pratiques professionnelles futures. Ce lien pourrait expliquer un phénomène de transfert par lequel le parent-médecin revit inconsciemment ce « jeu de docteur » qui le rattache à son enfance, à travers le rôle actif de docteur en soignant son enfant (43).

Le soin envers son enfant reste une situation pourvoyeuse d'angoisse et de stress pour le médecin (25).

Les IMG n'étant pas intervenus lors d'une pathologie aiguë souhaitaient assurer une prise en charge objective. Le manque d'objectivité est reconnu comme proportionnel à l'importance de la pathologie en cause (10,41).

Ils désiraient éviter la confusion de rôle et privilégier leur fonction de parent. Cette attitude de retrait permettait aussi de se déresponsabiliser de la santé de leur enfant (Interne n°10 « *Je ne veux pas être responsable en cas de soucis, dès que j'ai un doute, dès que c'est grave, dès que ça n'évolue pas bien, je consulte* ») et d'éviter une situation anxiogène (26).

D'autres IMG mettaient en avant leur manque de confiance en eux dans le choix de ne pas intervenir (Interne n°11 « *Manque de confiance dans mon examen clinique* »).

Les IMG n'intervenant pas n'étaient toutefois pas passifs. Sans vouloir nécessairement s'impliquer, ils évaluaient la situation d'un œil avisé et agissaient en fonction (Interne n°31 « *Ma fille est tombée de sa table à langer à 7 mois, je ne l'ai pas emmenée aux urgences mais chez son médecin généraliste le jour même, je suis sa maman et non pas son médecin* »). Leur volonté de distinguer le parent du médecin était aussi modulable selon la possibilité de joindre un médecin (Interne n°29 « *En cas de situation aiguë où il serait difficile d'avoir accès à un médecin je n'hésiterai pas à intervenir quand même mais pour l'instant je n'en ai pas eu besoin.* »).

56% des MG pensent qu'il ne faut pas soigner ses proches mais 96% le font quand même. Soigner ses enfants est parfois le prolongement du rôle de parent, mais en tant que médecin, la juste mesure est difficile. Il est recommandé, surtout au moment de l'adolescence, de confier ses enfants à un confrère pour ne pas altérer la relation (25,44).

V. Conclusions



Nom, prénom du candidat : BLANQUART Marie épouse VENET

INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET PARENT : QUID DE LA FONCTION ET DU RÔLE ?

AUDIT DE PRATIQUE SUR L'IMPLICATION PROFESSIONNELLE DES IMG DE LYON AUPRÈS DE LEURS ENFANTS.

CONCLUSIONS

En tant que parent et professionnel de santé, le médecin généraliste est confronté à la dualité entre son rôle de parent et sa fonction de médecin. Cette situation se rencontre également chez l'interne de médecine générale (IMG). Bien qu'étant encore en formation, il est en capacité d'interagir dans la santé de son propre enfant.

Nous souhaitons étudier la pratique médicale des IMG quant à la prise en charge médicale de leurs enfants.

Nous avons réalisé un audit de pratique pour étudier l'intervention professionnelle des IMG dans le suivi médical et la prise en charge des pathologies aiguës de leurs propres enfants. L'objectif secondaire était d'explorer leurs motivations, freins et limites à s'impliquer.

Le questionnaire anonyme a été adressé en ligne à tous les IMG inscrits en DES à Lyon. Parmi les 97 IMG-parents, nous avons eu 38 répondants, 37 ont été inclus, soit un taux de réponse de 38%.

Parmi les 31 IMG-parents ayant eu au moins 1 enfant malade, 24 (soit 77%) agissaient comme professionnel de premiers recours en cas de pathologie aiguë. L'examen clinique était limité à ce problème spécifique pour réaliser une ébauche diagnostique. Selon leur évaluation clinique, 16 d'entre eux (soit 52%) instaurent la thérapeutique jugée adaptée, les autres s'adressaient à un confrère ou restaient dans l'expectative selon la situation.

L'attitude diagnostique et thérapeutique, en aigu, était motivée essentiellement par le gain de temps sur des pathologies jugées faciles à prendre en charge et la confiance en soi.

Les IMG-parents n'assumaient pas le suivi systématique de leur enfant. 16 IMG sur 37 (soit 43%) évaluaient de manière incomplète le développement de leur enfant, laissant le soin à un confrère de



l'effectuer. 21 IMG (soit 57%) réalisaient des ordonnances de dépannage, essentiellement de paracétamol, vitamine D ou vaccin.

Cette démarche était motivée par le gain de temps et l'accessibilité aux modes de prescription.

Les IMG exerçaient leur professionnalisme avant tout dans le cadre du premier recours, alors que cette situation est, paradoxalement, la plus pourvoyeuse d'angoisse et de charge émotionnelle.

Il était essentiel pour les IMG de distinguer leur rôle de parent de la fonction de praticien, principal frein évoqué à intervenir. Cependant, ils déclaraient rester prudents et vigilants lors de la prise en charge de leur enfant par un confrère, pouvant même modifier la décision médicale du professionnel en cas de désaccord, gardant in fine la main sur la prise en charge.

La relation entre ces 2 experts, l'un professionnel installé, l'autre parent en cours de professionnalisation nécessiterait un subtil partage de la décision médicale. Etudier cette relation et l'implication du parent-professionnel dans la décision médicale du soin envers son enfant pourrait être un sujet d'étude complémentaire.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

Nain Fourni

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **24 AVR. 2019**

VI. Références bibliographiques

1. WONCA Europe. Définition européenne de la médecine générale [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. Faculté de Médecine de Toulouse RANGUEIL, Université Paul Sabatier, Département de Médecine Générale. Consultation selon l'âge, de 0 à 6 ans. [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://pediadoc.fr/ages>
3. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Loi de modernisation de notre système de santé - Dossier de presse [Internet]. 2016 janv. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
4. ameli.fr. Un médecin traitant pour le suivi médical de son enfant [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/un-medecin-traitant-pour-le-suivi-medical-de-son-enfant>
5. Code de Santé Publique. Article R4127-7 du Code de santé Publique. [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912868&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>
6. Conseil National de L'ordre des Médecins. Article 7 - Non discrimination [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-7-non-discrimination-231>
7. Joffre Berthommé B. Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ? A propos d'une enquête réalisée auprès de 186 médecins généralistes libéraux du Rhône [Thèse d'exercice de médecine]. Lyon; 2001.
8. Soosaipillai S. Le médecin généraliste face au choix d'être ou de ne pas être le médecin de son enfant. [Thèse d'exercice de médecine]. Paris VI; 2015.
9. Goubet J. Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants : peut-on soigner ses enfants ? [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. Amiens; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370751/document>
10. Dagnicourt P. Soigner ses proches, une attitude raisonnée ? [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. Angers; 2012. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20DAGNICOURT.pdf>
11. Demont épouse Delmas V. Soigner ses proches : une erreur ? Recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins délivrés par un médecin généraliste à ses proches. Etude qualitative auprès de douze médecins généralistes par

- entretiens semi-dirigés. [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. Lyon; 2014. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m6t72fq4>
12. Deforge T. Les habitudes de soins des internes de la région Champagne-Ardenne en 2012 toutes spécialités confondues [Thèse d'exercice de médecine]. Reims; 2012.
 13. Marin Marin L. Positionnement des internes de médecin générale face aux problèmes de santé de leurs proches. Enquête quantitative et qualitative auprès des internes du département de médecine générale de Paris-Diderot [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. Paris VII; 2013. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4541_MARIN_MARIN_these.pdf
 14. Courtaud J. Comment concilier la parentalité et l'internat de médecine générale ? [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. Montpellier; 2018. Disponible sur: http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/tools/print/print_record_with_template.jsp
 15. Code de Santé Publique. Article R6153-3 du Code de Santé Publique s'appliquant aux internes [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006196816&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
 16. ISNAR-IMG. DES de médecine générale [Internet]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/>
 17. Sabrina Volant, Division Enquêtes et Etudes Démographiques, INSEE. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
 18. Conseil National de L'ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale au 1er janvier 2018 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
 19. Centre National de Gestion. Bilan des Epreuves Classantes Nationales informatisées 2017 [Internet]. Disponible sur: https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes%20et%20publications/ECNi_2017_VDT_SI.pdf
 20. ameli.fr. Congé maternité : vos indemnités journalières [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/rhone/assure/remboursements/indemnite-journalieres/conge-maternite#text_9752
 21. ISNAR-IMG. Protection sociale - Grossesse [Internet]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/protection-sociale/grossesse/>
 22. Code du Travail. Article L1225-16 du Code du Travail [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006900896>

23. Code de Santé Publique. Décret n° 2016-675 relatif à la prise en compte de la situation particulière de certains étudiants inscrits en troisième cycle des études de médecine et en troisième cycle long des études odontologiques dans le déroulement de leur formation universitaire en stage [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/5/25/AFSH1604263D/jo/texte>
24. Madec N. La prévention au sein de la famille du médecin généraliste. Description à partir d'une enquête menée auprès de 100 conjoints. [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. Nantes; 2010. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=2474a104-02db-457c-b68e-7b019ada7e52>
25. Leroy M. Le médecin-parent soigne-t-il ses enfants ? : Enquête qualitative menée auprès de médecins généralistes Marnais [Thèse d'exercice de médecine]. Reims; 2017.
26. Huré O. Etre ou ne pas être le médecin de ses enfants. Enquête qualitative réalisée à partir d'entretien semi-dirigés auprès de 20 MG exerçant à Paris. [Thèse d'exercice de médecine]. Paris; 2008.
27. Cousin M. Attitudes des médecins généralistes et des pédiatres du Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis des soins à leur propre famille. [Thèse d'exercice de médecine]. Lille; 2014.
28. Prud'homme A, Richard A. Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'autoprescription ? Etude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble; 2013. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00859879/document>
29. Bouquet-Lautié M-E. Déterminants de la prise en charge de ses proches, en particulier de ses enfants, par le médecin généraliste. Etude qualitative auprès de médecins girondins par focus groupe. [Thèse d'exercice de médecine]. Bordeaux; 2012.
30. Arsicaud A. Soigner l'enfant d'un confrère, une consultation différente ? Entretiens auprès de médecins généralistes et de pédiatres [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. Paris Descartes; 2015. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/52191852.pdf>
31. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée » - Etat des lieux [Internet]. 2013 oct. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
32. Henry M. Définition de la décision médicale partagée chez les médecins généralistes installés [Thèse d'exercice de médecine]. Caen; 2018.
33. Rousseau E. Le médecin généraliste ne consulte pas un confrère pour le suivi de sa santé : explication par une étude qualitative [Thèse d'exercice de médecine]. Reims; 2011.

34. Pesci A. L'interne et sa santé [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. Lyon; 2018. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6qr4w4w>
35. Têtu épouse Tavernier A. Attitude du médecin face à sa propre santé et vécu de son statut de médecin malade : étude qualitative auprès de médecins généralistes de la Somme [Thèse d'exercice de médecine]. Amiens; 2013.
36. Krall EJ. Doctors who doctor self, family, and colleagues. Wis Méd J [Internet]. sept 2008; Disponible sur: http://www.wisconsinmedicalsociety.org/_WMS/publications/wmj/pdf/107/6/279.pdf
37. Peltz-Aïm J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? : enquête qualitative auprès de 22 médecins exerçant en région parisienne [Thèse d'exercice de médecine]. Paris VII;
38. Levecq M. Comment les internes de médecine générale de Lille concilient parentalité et études médicales ? [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. Lille 2; 2015. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/bf6adf4e-7efd-458b-b4b2-dbee3064f534>
39. Nagel-Mottet E. L'entrée en parentalité permet-elle une meilleure prise en charge des consultations en pédiatrie ? [Thèse d'exercice de médecine]. Besançon;
40. Castéra F. Le médecin généraliste, médecin de sa famille ? Enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches. [Thèse d'exercice de médecine]. Tours; 2005.
41. Garand J. Médecin traitant de sa propre famille, quelles sont les difficultés à soigner ses proches (parents, conjoint, enfants) ? Enquête qualitative menée auprès de proches de médecins généralistes ardennais [Thèse d'exercice de médecine]. Reims; 2016.
42. Dusdieker LB, Murph JR, Murph WE, Dungy CI. Physicians treating their own children. Am J Child. févr 1993;147(2):146-9.
43. Levin ES. The « doctor game » revisited: doctor's treatment of their own children. Int J Psychoanal Psychother. 1985 1984;10:505-24.
44. Vallerend V. Quand le médecin généraliste soigne sa famille. [Thèse d'exercice de médecine]. Caen; 2009.

VII. Annexes

Annexe 1 - Questionnaire de thèse version 4.0

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser une enquête de pratique auprès des internes de médecine générale de Lyon actuellement parents.

Cette étude a pour but d'étudier l'intervention professionnelle des IMG-parents dans le suivi médical et la prise en charge des pathologies aiguës de leurs propres enfants.

Ce questionnaire vous concerne si vous avez au moins 1 enfant et que vous êtes inscrit en DES de médecine générale.

Si vous souhaitez participer à l'étude, je vous invite à prendre connaissance de la lettre d'information concernant les données récoltées, disponible en PDF :

</upload/surveys/864635/files/Lettre%20information%20concernant%20l'%C3%A9tude.pdf>

Merci de m'accorder votre temps.

Partie I. A propos de vous

Q1. Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

Q2. Votre âge :

- < 25 ans
- 25 ans
- 26 ans
- 27 ans
- 28 ans
- 29 ans
- > 30 ans

Q3. En quel semestre êtes-vous ?

- 1^{er} semestre
- 2^{ème} semestre
- 3^{ème} semestre
- 4^{ème} semestre
- 5^{ème} semestre
- 6^{ème} semestre
- Autre

Q4. Combien d'enfant(s) avez-vous ?

- 1
- 2
- 3
- Plus de 3 enfants

Q5. Quel âge a votre enfant ? - Quel âge a votre PREMIER / DEUXIEME / TROISIEME enfant ?

- Entre 0 et 3 mois
- Entre 4 mois et 6 mois
- Entre 7 mois et 12 mois
- Entre 13 et 24 mois
- Plus de 2 ans
- Jumeaux

Q6. Avez-vous effectué un stage en pédiatrie ?

- **Je suis en train de le réaliser**
- **Oui**

En quel semestre ?

- 1^{er} semestre
 - 2^{ème} semestre
 - 3^{ème} semestre
 - 4^{ème} semestre
 - 5^{ème} semestre
 - 6^{ème} semestre
 - Autre
- **Non**

Q7. Avez-vous débuté les remplacements ?

- **Oui**

En quel semestre ?

- 3^{ème} semestre
 - 4^{ème} semestre
 - 5^{ème} semestre
 - 6^{ème} semestre
 - Autre
- **Non**

Partie II. Le suivi de votre enfant (vos enfants)

Les prochaines questions ont été posées pour chaque rang d'enfant, selon les réponses obtenues partie I.

Q1. Avez-vous déjà réalisé des gestes cliniques à votre enfant pour EVALUER SON

DEVELOPPEMENT (dépistages etc) *(oui / non)*

- **Oui**

- Combien de fois ?
 - 1 fois
 - Plusieurs fois
- Quel(s) examen(s) clinique(s) avez-vous réalisé ? *(Choix multiples)*
 - Auscultation cardio-pulmonaire (recherche de souffle...)
 - Dépistage auditif (otoscopie, jouets de Moatti...)
 - Dépistage visuel (poursuite oculaire, recherche leucocorie, strabisme...)
 - Palpation abdominale (recherche hépato-splénomégalie...)
 - Evaluation du développement psycho-moteur (recherche réflexes archaïques...)
 - Recherche d'une luxation congénitale de hanche
 - Autre
- Cela a-t-il remplacé une consultation de suivi recommandée ou obligatoire ?
 - Oui
 - Pour quelle(s) consultation(s) ? *(Choix multiples)*
 - 1 mois
 - 2 mois
 - 3 mois
 - 4 mois
 - 5 mois
 - 6 mois
 - 9 mois
 - 12 mois

- 16 mois
 - 20 mois
 - 24 mois
 - Autre
 - Non
- **Non**

Q2. Avez-vous déjà réalisé une vaccination à votre enfant ? *(non concerné / oui / non)*

- **Mon enfant n'est pas encore concerné par les vaccinations**
- Le feriez-vous ? *(non obligatoire)*
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- **Oui**
- Combien de fois ?
 - 1 fois
 - Plusieurs fois
- **Non**

Q3. Avez-vous déjà orienté vous-même votre enfant vers un autre spécialiste que son médecin ? *(non concerné / oui / non)*

- **Mon enfant n'en a jamais eu besoin**
- Le feriez-vous ? *(non obligatoire)*
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
 - Cela dépendra de l'indication
- **Oui**
- Vers quel spécialiste ? *(Choix multiples)*
 - Médecin généraliste

- Pédiatre
- ORL
- Pneumologue
- Gastro-entérologue
- Dermatologue
- Autre
- Combien de fois ?
 - 1 fois
 - Plusieurs fois
- **Non**

Q4. Avez-vous déjà prescrit un traitement de fond à votre enfant ? (à visée bronchopulmonaire, ORL, anti-allergique, cutané, un vaccin etc)

(non concerné / oui / non)

- **Oui**
 - Pour quel traitement ? *(Réponse libre)*
 - Combien de fois (initiation +- renouvellement) ?
 - 1 fois
 - Plusieurs fois
- **Non**

Q5. Si vous avez répondu « OUI » à une des questions concernant le suivi de votre (vos) enfant(s) : pourriez-vous expliquer pourquoi vous êtes intervenu ? *(réponse libre)* (ex : gain de temps, confiance en soi, désaccord avec médecin de votre enfant, sentiment d'objectivité, accès aux ordonnances...)

Q6. Si vous avez répondu « NON » à une des questions concernant le suivi de votre (vos) enfant(s) : pourriez-vous expliquer pourquoi vous n'êtes pas intervenu ? *(réponse libre)* (ex : pour distinguer mon rôle de parent et celui de médecin, peur de mal faire, peur de la découverte d'une maladie grave etc)

Partie III. La prise en charge des pathologies aiguës de votre (vos) enfant(s) (infectieuse, cutanée, traumatique bénigne)

Les prochaines questions ont été posées pour chaque rang d'enfant, selon les réponses obtenues partie I.

Q1. Avez-vous déjà examiné votre enfant vous-même en cas de pathologie aiguë bénigne ?

(non concerné / oui / non)

- **Mon enfant n'a jamais été malade**
 - L'examineriez-vous ? (non obligatoire)
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
 - Cela dépendra de la pathologie
- **Oui**
 - Combien de fois ?
 - 1 fois
 - Plusieurs fois
 - Quels éléments vous amènent à consulter le médecin de votre enfant ? (Choix multiples)
 - Durée des symptômes > 24h
 - > 48h
 - Echec de la première thérapeutique que vous avez mise en place
 - Présence d'un élément de gravité à l'examen clinique
 - Doute sur le diagnostic
 - De manière systématique, même si j'ai examiné mon enfant
 - Autre
- **Non**
 - Quels éléments vous amènent à consulter le médecin de votre enfant ? (Choix multiples)
 - Durée des symptômes > 24h
 - > 48h

- Quand je juge que l'évolution n'est pas idéale
- La situation aiguë nécessitait une prise en charge aux urgences
- Autre

Q2. Vous est-il déjà arrivé de prescrire la thérapeutique nécessaire lors de l'affection aiguë ?

(non concerné / oui / non)

- **Non concerné(e)**

- Le feriez-vous ? *(non obligatoire)*
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
 - Cela dépendra de la pathologie

- **Oui**

- Combien de fois ?
 - 1 fois
 - Plusieurs fois
- Qu'avez-vous déjà prescrit ? *(Choix multiples)*
 - Antibiotiques
 - Bronchodilatateurs
 - Collyre antibiotique
 - Collyre antiseptique
 - Corticothérapie inhalée
 - Corticothérapie systémique
 - Dermocorticoïdes
 - Traitement symptomatique
 - Autres

- **Non**

Q3. Avez-vous déjà prescrit un examen paraclinique en cas d'affection aiguë ?

(non concernée / oui / non)

- **Non concerné(e)**
 - Le feriez-vous ? *(non obligatoire)*
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
 - Cela dépendra de la pathologie
- **Oui**
 - Combien de fois ?
 - 1 fois
 - Plusieurs fois
 - Quel(s) examen(s) paraclinique(s) ? *(Choix multiples)*
 - BU / ECBU
 - Biologie
 - Imagerie
 - Autres
- **Non**

Q4. Si vous avez répondu « OUI » à une des questions concernant la prise en charge des pathologies aiguës de votre (vos) enfant(s) : pourriez-vous expliquer pourquoi vous êtes intervenu ?

(réponse libre) (ex : gain de temps, confiance en soi, désaccord avec médecin de votre enfant, sentiment d'objectivité, accès aux ordonnances...)

Q5. Si vous avez répondu « NON » à une des questions concernant la prise en charge des pathologies aiguës de votre (vos) enfant(s) : pourriez-vous expliquer pourquoi vous n'êtes pas intervenu ?

(réponse libre) (ex : pour distinguer mon rôle de parent et celui de médecin, peur de mal faire, peur de la découverte d'une maladie grave etc)

Merci de votre participation.

Si vous souhaitez avoir accès aux résultats de ce questionnaire ou à ma thèse, n'hésitez pas à m'envoyer vos coordonnées à l'adresse mail : marie.blanquart@etu.univ-lyon1.fr

Annexe 2 – Lettre d’information concernant l’étude

Les données personnelles récoltées :

Afin de disposer de données suffisantes et représentatives de la population étudiée dans le cadre de cette étude, nous souhaiterions pouvoir traiter certaines données à caractère personnel qui vous concernent :

- Données socio-démographiques : âge, sexe
- Situation familiale : nombre d’enfants, âge des enfants
- Données de santé : parcours de soins suivi par l'enfant, examens médicaux et actes de soins réalisés, types de médicaments prescrits

Vos données personnelles seront traitées uniquement par l’interne en médecine générale et pour les finalités de ce projet qui vous ont été indiquées précédemment.

Les données collectées seront conservées au plus tard jusqu’à la soutenance de thèse. Elles seront ensuite détruites.

Si vous refusez que vos données personnelles soient utilisées, conformément à l’article 38 de la loi n°78-17, vous disposez d’un droit d’opposition que vous pouvez exercer, pour des motifs légitimes, en envoyant un courrier électronique à l’adresse suivante : marie.blanquart@etu.univ-lyon1.fr.

Responsabilité et législation :

Le présent traitement est mis en oeuvre sous la responsabilité de l’Université Claude Bernard Lyon 1 (UCBL) qui a désigné un délégué à la protection des données que vous pouvez contacter à l’adresse suivante : donnees.personnelles@univ-lyon.fr.

Le traitement mis en oeuvre est soumis au respect des textes suivants :

- Règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l’égard du traitement des données à caractère personnel.
- Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés.

Le responsable de traitement est autorisé à le mettre en oeuvre car les personnes dont les données à caractère personnel sont collectées consentent à ce traitement (*article 7 de la loi n°78-17*).

Le traitement a fait l’objet d’une inscription au registre de l’établissement sous la référence n°2018/034 ainsi qu’au registre public de l’Institut National des Données de Santé. Le responsable de traitement s’est engagé à le mettre en oeuvre dans le respect de la méthodologie de référence MR-004 homologuée par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Vos droits à l'égard de ce traitement et vis-à-vis des données à caractère personnel me concernant qui sont collectées :

- Droit d'interroger le responsable de traitement : vous pouvez obtenir confirmation que des données personnelles vous concernant font l'objet d'un traitement (*article 39 de la loi n°78-17*).

- Droit d'accès à vos données personnelles : vous pouvez demander au responsable du traitement qu'il vous communique les données personnelles en sa possession vous concernant et obtenir des informations sur ce traitement (*article 39 de la loi n°78-17*).

- Droit de rectification et d'effacement de vos données personnelles si vous estimez qu'elles sont obsolètes, incomplètes ou inexactes (*article 40 de la loi n°78-17*).

- Droit à la limitation du traitement : sous réserve que les conditions de mise en oeuvre soient remplies, vos données ne pourront alors être traitées que de manière restrictive, pour un certain nombre de motifs, jusqu'à la levée de la limitation (*article 18 du règlement européen (UE) 2016/679*).

- Droit à la portabilité de vos données : vous pouvez demander à recevoir les données personnelles que le responsable du traitement possède dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par machine, et les transmettre si vous le souhaitez à un autre responsable de traitement (*article 20 du règlement européen (UE) 2016/679*).

- Droit de définir des directives générales ou particulières à certains traitements : vous pouvez préciser dans ces directives le sort que vous souhaitez réserver après votre décès aux données personnelles vous concernant qui ont été collectées (*article 40-1 de la loi n°78-17*).

- Droit de retirer votre consentement à tout moment pour le traitement de vos données personnelles : vos données ne seront alors plus utilisées à l'avenir mais les traitements effectués avant le retrait du consentement ne seront pas impactés par cette démarche (*article 7 du règlement européen (UE) 2016/679*).

Vous pouvez exercer ces droits en envoyant un courrier électronique à l'adresse suivante : marie.blanquart@etu.univlyon1.fr.

En cas de problème concernant le traitement de mes données personnelles :

- Vous pouvez joindre la personne qui mène ou dirige ce projet afin que les mesures nécessaires soient prises pour mettre fin à cet incident.

- Si vous le jugez opportun ou si le problème persiste, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données de l'Université Claude Bernard Lyon 1.

- Vous disposez par ailleurs du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous estimez que vos données sont traitées en violation du règlement européen (UE) 2016/679.

Les coordonnées et les modalités de saisine de la CNIL peuvent être consultées sur son site internet : www.cnil.fr.

Annexe 3 – Réponses complètes aux questions ouvertes

Le suivi -Traitements prescrits hors pathologie aiguë

| | |
|--------------|---|
| Interne n°1 | « Vaccin ; Dermocorticoïde pour eczéma ; Soins de varicelle ; Doliprane pour rhume » |
| Interne n°2 | « Econazole ; Doliprane ; Vitamine D ; Vaccins » |
| Interne n°3 | « zymaD » |
| Interne n°4 | « Vitamine D, vaccins, doliprane, desloratadine » |
| Interne n°5 | « Paracetamol ; Ialuset » |
| Interne n°6 | « Vitamine D, doliprane » |
| Interne n°10 | <p>1^{er} enfant : « Bepanthen, Mytosyl, Doliprane, Biseptine, Acide fusidique, Primalan, vaccins, vitamines D, collyres, amox, augmentin »</p> <p>2^{ème} enfant : « Bepanthen, Mytosyl, Doliprane, Biseptine, Acide fusidique, Primalan, vaccins, vitamines D, collyres, amox, augmentin »</p> <p>3^{ème} enfant : « Doliprane, Vitamine D et K »</p> |
| Interne n°12 | « ventoline, flixotide » |
| Interne n°14 | « Vitamine D » |
| Interne n°16 | 2 ^{ème} enfant : « Anti acide, pansement gastro oesophagien et épaississant pour RGO » |
| Interne n°17 | « Doliprane ; Ventoline ; Advil ; Probiotics » |
| Interne n°18 | « Muguet Prescription de FUNGIZONE » |
| Interne n°19 | « Vitamine D ; paracetamol » |
| Interne n°20 | « Vaccin » |
| Interne n°21 | « Vaccin » |
| Interne n°23 | <p>1^{er} enfant : « Vitamine D, Doliprane, Serum physiologique »</p> <p>2^{ème} enfant : « Vitamine D, Doliprane, Serum physiologique »</p> <p>3^{ème} enfant : « Vitamine D, Doliprane, Serum physiologique »</p> |
| Interne n°24 | <p>1^{er} enfant : « Flixotide pour asthme du nourrisson ; Vitamine d »</p> <p>2^{ème} enfant : « Vitamine D »</p> |
| Interne n°26 | 2 ^{ème} enfant : « IPP pour un mois sur rgo et oesophagite » |
| Interne n°28 | « Collyre antibiotique » |
| Interne n°34 | « Fungizone » |
| Interne n°36 | 1 ^{er} enfant : « Rifamycine collyre » |

Le suivi – Motivations à intervenir dans le suivi médical

| | |
|--------------|--|
| Interne n°1 | Gain de temps, réflexion des collègues "pourquoi tu ne l'as vaccine pas toi-même ?" Eczéma familiale Doliprane et sérum physiologique... Pas besoin d'ordonnance mais la population l'oublie très souvent. |
| Interne n°2 | Gain de temps et accès aux ordonnances |
| Interne n°3 | Médecin non dispo |
| Interne n°4 | Pas le temps d'aller à toutes les consultations recommandées, en retard sur les vaccins..., Pathologie évidente facilement diagnosticable. Plus confiant en mon discernement qu'en celui d'un confrère |
| Interne n°5 | Gain de temps Accès aux ordonnances |
| Interne n°6 | Gain de temps, motifs bénins ne justifiant à mon sens pas de consultation |
| Interne n°10 | Gain de temps+++ |
| Interne n°12 | - ne pas déranger le médecin traitant - stage en tant qu'interne du médecin traitant de ma fille - ordonnance perdue |
| Interne n°14 | Gain de temps |
| Interne n°16 | Gain de temps, confiance en soi et dans les capacités diagnostiques, accès aux ordonnances, validation ultérieure de la prise en charge par le médecin réalisant le suivi obligatoire. |
| Interne n°17 | Gain de temps |
| Interne n°18 | Pour le muguet : gain de temps Pour auscultation abdominale: éliminer une potentielle constipation avant de conclure à des coliques du nourrisson. Sinon pour le suivi plus poussé je l'emmène chez le pédiatre car je distingue le rôle du médecin et celui de la maman que je suis. |
| Interne n°19 | J'ai toujours consulté un médecin lorsqu'il était malade car j'avais besoin d'être rassurée comme les autres mamans mais je lui ai prescrit des traitements vit D et paracétamol pour gagner du temps / j'ai également trier une ordonnance d'un médecin car en désaccord avec la prescription |
| Interne n°20 | Désaccord avec le médecin concernant la vaccination et accès aux ordonnances (auto-prescription du pentavalent au lieu de l'hexavalent par la pédiatre) |
| Interne n°21 | Les quelques examens que j'ai réalisés ont été fait par curiosité professionnelle (les réflexes archaïques "basiques" (grasping, marche automatique) ont quelque chose de fascinant au début). |

| | |
|--------------|---|
| | Deux choses que je surveillais de près : l'apparition d'une plagiocéphalie et la présence d'un strabisme. Je surveillais de temps en temps la fontanelle (réflexe imparable...) |
| Interne n°23 | Gain de temps, pathologies faciles à gérer, |
| Interne n°24 | Gain de temps Facilité |
| Interne n°26 | Gain de temps, prise en charge précoce avant aggravation de l'œsophagite. |
| Interne n°28 | Gain de temps, pathologie bénigne, ordonnance disponible à domicile |
| Interne n°31 | Douleur abdo de type colique au début, puis gastro... Pour me rassurer en éliminant une urgence chirurgicale |
| Interne n°33 | Pour me rassurer |
| Interne n°34 | Pathologie bénigne et fréquente : le muguet |

Le suivi – Freins et limites à intervenir dans le suivi médical

| | |
|--------------|--|
| Interne n°1 | Je n'examine pas ma fille je ne suis pas son médecin ! Je ne veux pas être associée à la douleur et aux gestes des vaccins. Ce n'est pas mon rôle de maman. Je ne peux être objective. Cela dit, je reste très Vigilante lorsque ma fille est examinée par un médecin. Malheureusement il est très difficile de trouver un bon médecin pour les enfants... |
| Interne n°7 | Distinguer mon rôle de parente et médecin Pour les vaccins ca me ferait mal au cœur de lui faire mal |
| Interne n°9 | J'ai confiance en ma pédiatre et je veux bien distinguer mon rôle de maman de celui de médecin |
| Interne n°10 | Je refuse d'être le médecin de mes enfants, je ne les vaccine pas, je ne les suis pas, je traite juste les choses faciles, aiguës, et je fais toutes les ordonnances que la crèche ou autres structures demandent et qui sont une perte de temps absolue pour un parent |
| Interne n°11 | Manque d'objectivité en tant que parent Enfant suivi par une pédiatre |
| Interne n°12 | Distinguer rôle de parent et rôle de médecin Confiance dans le médecin traitant Manque d'objectivité et de recul quand il s'agit de mon enfant |
| Interne n°13 | Je n'ai pas encore eu de grosse pathologie aiguë. Par ailleurs je pense important de garder le rôle du pédiatre au pédiatre et oui peur de mal faire |
| Interne n°14 | Pour différencier la maman du médecin. Pour garder le rôle de la maman qui console après un vaccin par exemple |

| | |
|--------------|--|
| Interne n°15 | Je souhaite que le suivi médical de mon enfant soit effectué par un professionnel qui n'a pas de lien affectif particulier avec mon enfant. Je garde un esprit critique sur les décisions de mon pédiatre mais pour l'instant je n'ai pas eu de divergence de point de vue avec elle. |
| Interne n°16 | Pas d'intervention pour le premier enfant par méconnaissance de la pédiatrie pratique et à cause de la présence de pathologie aiguë nécessitant un suivi spécialisé. |
| Interne n°19 | Je ne m'estime pas objective lorsqu'il s'agit de la sante de mon enfant et avoir un avis extérieur me rassure en tant que parent. J'ai peur de passer à côté de quelque chose et je ne souhaite pas être responsable d'une erreur médicale. |
| Interne n°21 | Je n'ai jamais effectué d'examen clinique complet à mon enfant, par peur de ne pas être suffisamment objective sur l'interprétation que j'en ferais et de suspecter quelque chose de grave là où il n'y en a pas. Je préfère référer à quelqu'un d'extérieur, où l'inquiétude comme la réassurance excessive ne fausseront pas la démarche diagnostique. Concernant la nécessité d'un traitement de fond, il y a une limite : je me permettrai de prescrire un vaccin, pas (encore) de le faire. De même prescrire la vitamine D n'a pas le même impact qu'un traitement de fond broncho pulmonaire. Je n'hésiterai pas pour le premier cas (prévention commune à tous), j'irai voir un pédiatre dans le 2e (traitement curatif nécessitant suivi et réévaluation) |
| Interne n°22 | Pour avoir un point de vue objectif et garder mon rôle de parent et non de médecin. |
| Interne n°24 | Je ne veux pas être celle qui les vaccine. Je ne veux pas être associé à ce geste qui peut être traumatisant. Il me semble important que le suivi soit fait par quelqu'un d'autre pour plus d'objectivité |
| Interne n°25 | Je n'en ai pas eu l'occasion. J'ai acheté un traitement sans ordonnance à la pharmacie : graviscon et polysilane. |
| Interne n°26 | Distinction rôle parents et médecin. Je préfère laisser le suivi et les vaccinations à un autre. |
| Interne n°27 | Distinction rôle parent/médecin |
| Interne n°29 | Pour moi, l'idée est d'interférer le moins possible au niveau médical. Je pense que mon jugement est moins précis lorsqu'il s'agit de traiter mon enfant car influencé par mes émotions etc. En cas de situation aiguë ou il serait difficile d'avoir accès à un médecin je n'hésiterai pas à intervenir quand même mais pour l'instant je n'en ai pas eu besoin. |
| Interne n°30 | je suis leur maman et pas objective sur leur santé; pour distinguer le rôle maman/médecin; peur de passer à côté de quelque chose; pas assez à l'aise en pédiatrie |
| Interne n°31 | Je ne souhaite pas être le médecin de mon enfant, je ne réaliserai pas moi-même ses vaccins par exemple. Ma fille est tombée de sa table à langer à 7mois, je ne l'ai pas emmenée aux |

| | |
|--------------|--|
| | urgences mais chez son médecin généraliste le jour même, je suis sa maman et non pas son médecin. |
| Interne n°32 | Ne pas être le médecin de mon enfant, peur de ne pas être objective sur son développement et sur ses pathologies. |
| Interne n°33 | Pour distinguer mon rôle de parent et celui de médecin, peur de mal faire. |
| Interne n°35 | Je ne souhaite pas être le médecin de mes enfants, Je réalise un examen très rapide en cas de pathologie infectieuse "bénigne" mais je préfère un œil extérieur lorsque je pense qu'il a besoin d'un antibiotique par exemple. |
| Interne n°36 | Distinction du rôle de parent et de médecin. |

Les pathologies aiguës – Motivations à intervenir en cas de pathologie aiguës

| | |
|--------------|---|
| Interne n°1 | Eczéma familial, dermocorticoïde présent dans la pharmacie. Un médecin m'avait prescrit un antiseptique pour de l'eczéma du nourrisson.... Paracétamol, sérum physiologique, soluté de réhydratation orale... Pas besoin d'être médecin mais juste un parent vigilant. |
| Interne n°4 | Se rassurer |
| Interne n°5 | Gain de temps confiance en moi-même |
| Interne n°6 | J'avais assez confiance en moi pour le faire, gain de temps, absence de critère de gravité et pathologies courantes bien connues |
| Interne n°10 | Gain de temps |
| Interne n°12 | Eliminer un critère de gravité (détresse respiratoire) Eliminer une indication de traitement/d'examen complémentaire : foyer auscultatoire, otite |
| Interne n°14 | Gain de temps, certitude du diagnostic |
| Interne n°15 | Je ne suis pas sûr d'avoir bien rempli le questionnaire. Pour être clair : mon enfant a fait quelques rhinopharyngites et une varicelle. J'ai évalué rapidement son état général et voyant qu'il était satisfaisant je ne suis pas allé plus loin (pas d'auscultation pulmonaire ni otoscopie). Sur un autre enfant j'aurais fait à titre systématique un examen complet. Concernant la varicelle idem : j'ai posé le diagnostic à l'inspection sans faire un examen complet. Je ne sais pas si en cas d'éléments inquiétants je serais allé plus loin, je pense que oui. |
| Interne n°16 | Surestimation du risque médical des symptômes retrouvés (on craint le pire au moindre problème), impossibilité de respecter une conduite à tenir attentiste, gain de temps pour le renouvellement d'ordonnance. |
| Interne n°17 | Gain de temps. Impossibilité d'avoir un rdv compatible avec les horaires d'interne. |
| Interne n°19 | Je pense que c'est plus pour me rassurer que j'examine mon enfant en cas de fièvre par exemple. |

| | |
|--------------|--|
| Interne n°21 | Pourquoi je n'ai pas consulté: pas d'inquiétude sur l'état de mon enfant (pas de signe de gravité clinique), confiance dans mon analyse de la situation, accès facile aux ordonnance +++ , évolution rapidement favorable (il m'est arrivé de consulter une fois devant la persistance des symptômes au delà de 4jours) |
| Interne n°22 | Accès rapide aux ordonnances et pathologies bénignes faciles à traiter ne nécessitant pas de prendre la place d'un autre patient en consultation |
| Interne n°24 | Pour certaines pathologies j'ai dû intervenir vite (laryngite aiguë en pleine nuit) plus facile de donner un traitement que de consulter aux urgences quand on est sûre de soi et que le traitement est à la maison. Par contre une fois j'ai eu des signe de gravité j'ai préféré montrer ma fille a un MG et elle a d'ailleurs été hospitalisée 1 semaine. J'ai prescrit une fois des antibiotiques par gain de temps et parce que j'étais sûre de moi mais je finis mon cursus mais à la naissance du 1 er en 4 e semestre je consultai plus souvent. |
| Interne n°26 | Gain de temps, accord avec mon mari aussi IMG. |
| Interne n°28 | Gain de temps, pathologie bénigne (j'ai dû ne pas bien lire aux questions d'avant car j'ai répondu la même chose désolée) |
| Interne n°29 | En l'occurrence il s'agit d'une situation très bénigne : rhino. Un examen rapide pour me rassurer et rassurer la maman et vérifier justement qu'il n'y avait pas besoin de l'emmener chez son pédiatre. |
| Interne n°30 | Gain de temps difficulté d'avoir un rdv ; pathologie bénigne |
| Interne n°31 | Pour me rassurer |
| Interne n°33 | Accès au matériel (stétho, otoscope), pour me faire une idée avant de l'amener chez son médecin |
| Interne n°35 | Je préfère me faire une idée d'abord de sa pathologie avant de le montrer à un collègue car j'aurais peur d'une prescription abusive d'antibiotique. Malgré tout j'ai globalement confiance en mes collègues et j'estime manquer d'objectivité personnellement donc je préfère souvent avoir un regard extérieur |
| Interne n°36 | Collyre pour conjonctivite averti par la nounou le vendredi après-midi... |

Les pathologies aiguës - Freins et limites à l'intervention en cas de pathologie aiguës

| | |
|-------------|--|
| Interne n°1 | Jamais eu besoin de faire d'examen paraclinique mis à part une BU sur une fièvre à 40 mal tolérée pendant plus de 4jours. Réalisé aux urgences pédiatriques. |
| Interne n°2 | L'étude montrant que l'on n'est pas bon pour ses proches malgré un sentiment contraire. |
| Interne n°3 | Pas objective. |
| Interne n°4 | Nécessité d'un avis spé, je connais mes limites |
| Interne n°9 | Peur de ne pas être objective dans mon examen clinique et peur de faire mal |

| | |
|--------------|--|
| Interne n°10 | Je ne veux pas être responsable en cas de soucis, dès que j'ai un doute, dès que c'est grave, dès que ça n'évolue pas bien, je consulte. |
| Interne n°11 | Manque de confiance dans mon examen clinique. |
| Interne n°12 | Manque de confiance car manque d'objectivité Rester mère et non pas médecin : l'initiation d'un traitement (surtout Antibio) est laissée au médecin traitant. Confiance et disponibilité du médecin traitant. |
| Interne n°13 | Pas concerné par le ttt car pas de nécessité de ttt en aigu en urgence pour le moment et je pense important de garder le rôle du pédiatre au pédiatre. Je sais cependant être patiente et attendre avant de consulter rapidement et notamment je repère les signes de gravité. |
| Interne n°14 | Je préfère laisser rapidement la main pour plus d'objectivité. |
| Interne n°16 | Au moindre signe de gravité défaut d'objectivité et envahissement émotionnel, peur de rater quelque chose et de nuire à l'enfant, peur aussi de prescrire en excès. |
| Interne n°19 | Mon examen est souvent incomplet peu objectif et je suis inquiète en tant que mère malgré mon statut de médecin j'ai donc le plus souvent consulte un médecin pour me rassurer après 24 à 48h de persistance des symptômes. |
| Interne n°23 | Pas de nécessité d'examen paraclinique pour les maladies qu'ils ont eu. |
| Interne n°25 | Je préfère qu'il soit vu par un autre médecin car je ne serai pas objective. |
| Interne n°29 | Pas vraiment eu besoin de prescrire un ttt ou un examen. Mais dans l'idée j'éviterai de le faire (surtout pour prescrire un examen complémentaire). |
| Interne n°30 | Pour les situations plus compliquées peur de faire une erreur. |
| Interne n°31 | Cela ne s'est pas encore présenté. |
| Interne n°32 | Peur de mal faire et de ne pas être objective. |
| Interne n°33 | Je ne voulais pas prendre la décision moi-même du diagnostic ni faire l'ordonnance, pour distinguer mon rôle de parent de celui de médecin, peur de rater quelque chose. |
| Interne n°34 | Trop peu d'objectivité pour mon enfant quand il s'agit d'une pathologie aiguë. |
| Interne n°35 | Je ne souhaite pas mélanger vie privée et vie professionnelle je ne veux pas que mon enfant me voie comme un médecin mais comme sa maman. |

Annexe 4 - Fiche de thèse



FICHE DE THÈSE

Nom et prénom : Blanquart (épouse Venet) Marie

E-mail : marie.blanquart@etu.univ-lyon1.fr **Téléphone :**

Thématique : l'interne de médecine générale lyonnais et la santé de son enfant

Questions de recherche : Les internes de médecine générale interviennent-ils en tant que professionnels dans le suivi médical ou les pathologies aiguës de leurs enfants ? Quelles sont leurs attitudes et décisions face à la santé de leurs enfants ?

Hypothèse de travail : L'interne de médecine générale parent, s'impliquerait professionnellement dans la santé de son enfant de manière ponctuelle concernant les pathologies aiguës et exceptionnelle dans le cadre du suivi.

Objectifs du travail :

- **Primaire** = Définir les pratiques des IMG de la région lyonnaise – parents quant à leur intervention professionnelle dans la santé de leur enfant.
- **Secondaire** = Etudier leurs motivations, leurs freins et limites à intervenir.

Que dit la biblio sur la question que vous souhaitez traiter ?

Aucune donnée bibliographique concernant l'interne de médecine parents.

Mais de nombreuses thèses et articles sur les « parents-médecins »

[Thèse d'exercice – *Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ? A propos d'une enquête réalisée auprès de 186 médecins généralistes libéraux du Rhône - Joffre Berthomme B. - Lyon 2001*]

- 70 % des MG se disaient médecins de leur(s) enfant(s) ; 10 % les confiaient à un autre MG, 8 % à des pédiatres, et 12 % faisaient appel à plusieurs intervenants.
- Les MG s'occupaient d'autant plus de la santé de leur enfant qu'il s'agissait d'une affection aiguë et/ou bénigne
- 49 % des MG avaient diagnostiqué eux-mêmes les affections lourdes ou invalidantes de leur enfant
- Les MG avaient plus tendance à déléguer à un autre MG la gestion d'une affection chronique de leur enfant
- 70 % des MG du Rhône avaient déjà vacciné un de leur(s) enfant(s) et la proportion de vaccinations effectuées augmentait avec le rang de naissance

[Thèse d'exercice- *Attitudes des médecins généralistes et des pédiatres du Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis des soins à leur propre famille – Marie Cousin - Lille 2014*]

- 70 % des MG est MT d'un membre de leur famille, dont 88% leur enfant de moins de 16 ans,
- Les femmes suivent moins leurs enfants que les hommes.
- Plus les médecins avaient d'enfants, plus ils les suivaient
- Pas de lien mis en évidence entre le fait de posséder un diplôme complémentaire en pédiatrie pour les MG et le soin des enfants

[Thèse d'exercice – *Appréciation de sentiment de capacité des internes de MG à suivre un nourrisson de 0 à 2 ans – Fanny Besseau- Angers 2015*]

- Le sentiment de capacité de suivre un nourrisson en fin de DES est différent selon la réalisation du stage de pédiatrie en ambulatoire (SAFE proposé à Angers), versus la réalisation d'un stage de pédiatrie en hospitalier.
- A la fin du cursus, les IMG se sentent globalement tous capables de prendre en charge des nourrissons

[Thèse d'exercice – *Le Médecin généraliste face à la santé de ses enfants : peut-on soigner ses enfants ? – Justine Goubet - Lille 2015*]

- Les enjeux identifiés sont : la praticité au quotidien, la facilité d'accès aux soins, avec une parfaite connaissance du patient, créant une prise en charge sur mesure.
- Les difficultés rapportées sont : un manque de rigueur dans le suivi et l'examen clinique, un retard dans la prise en charge de la pathologie aigue et des responsabilités considérées comme pesantes par crainte de l'erreur médicale. La principale limite est le manque d'objectivité, secondaire à l'affect émotionnel de la parentalité.
- Il n'est pas recommandé de soigner ses enfants. Mais c'est ce que nous ferons tous car la réflexion médicale fait partie intégrante de ce que nous sommes.

[Cadre Juridique]

« Aux termes de l'article R. 6153-3 du Code de la santé publique, l'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève. "Sous la responsabilité..." »

Méthode envisagée (double-cliquez sur la case pour la cocher) :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Approche qualitative | <input type="checkbox"/> Cas cliniques | <input type="checkbox"/> Enquête épidémiologique |
| <input checked="" type="checkbox"/> Enquête de pratiques | <input type="checkbox"/> Production/validation d'outils/de PEC | |
| <input type="checkbox"/> Recherche historique | <input type="checkbox"/> Revue de la littérature non systématique | |
| <input type="checkbox"/> Synthèse méthodique de la littérature | <input type="checkbox"/> Autre | |

Merci de préciser.

Si nécessaire, lien avec la médecine générale :

Directeur de thèse : Professeur DUPRAZ Christian, Docteur LARUE Marie-Françoise

Président :

Merci de préciser les informations suivantes (un seul choix possible – double-cliquez sur la case pour la cocher) :

| Domaine de recherche | Problème de santé concerné (CISP-2) |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amélioration de la qualité des soins | <input checked="" type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> Méthodes de recherche spécifiques à la MG | <input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire |
| <input type="checkbox"/> Problème clinique : diag, pron, ttt, prév | <input type="checkbox"/> Général et non spécifié |

| | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Question de recherche spécifique à la MG <input type="checkbox"/> Recherche sur l'éducation <input type="checkbox"/> Recherche sur le système de santé <input type="checkbox"/> Santé publique <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Grossesse, accouchement et planification familiale <input type="checkbox"/> Métabolique, nutritionnel, endocrinien <input type="checkbox"/> Neurologique <input type="checkbox"/> Œil <input type="checkbox"/> Oreille <input type="checkbox"/> Ostéo-articulaire <input type="checkbox"/> Peau <input type="checkbox"/> Procédures <input type="checkbox"/> Psychologique <input type="checkbox"/> Respiratoire <input type="checkbox"/> Sang, système hématopoïétique <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Système digestif <input type="checkbox"/> Système génital féminin et sein <input type="checkbox"/> Système génital masculin et sein <input type="checkbox"/> Système urinaire <input type="checkbox"/> Autre |
|---|--|

Aide statistique

Un partenariat entre le CUMG et le Service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL a été mis en place pour permettre aux étudiants en cours de thèse d'avoir une aide statistique.

Pour avoir accès à cette aide, il est obligatoire que votre fiche de thèse soit acceptée avec mention manuscrite : étudiant autorisé à postuler en vue d'une aide du service de bio-statistique des HCL. Bien évidemment, à l'issue de cette première autorisation, le service de bio-statistique est le seul habilité à accepter de vous aider ou non.

Si vous postulez à cette aide, les données de votre travail devront être enregistrées sur le logiciel SPSS afin de faciliter l'analyse des données.

Par ailleurs l'étudiant qui bénéficiera de cette aide s'engage à proposer un article dans une revue avec, parmi les auteurs, les membres du service de bio-statistique qui ont participé au travail.

Besoin d'aide statistique : Oui Non

Si oui, merci de justifier :

Vous engagez-vous à faire connaître votre travail ? Oui Non

Si oui, sous quelle forme ? Communication dans un congrès

Publication dans une revue :

Nationale

Internationale

Avis éthique

Afin de vous permettre de répondre sur la nécessité pour votre travail d'obtenir un avis éthique, Veuillez consulter les documents ci-après :

www.dmg-besancon.org/images/fiche-pratique-mg-loi-jarde-1-287a.doc

<https://www.exercer.fr/numero/135/>

Besoin d'un avis éthique ? Oui Non NSP

Si oui :

- Sollicitez-vous la commission d'éthique du CUMG ? Oui Non NSP
- Sollicitez-vous le CPP ? Oui Non NSP
- **Merci de justifier :**

Une éventuelle publication est envisageable.

Pas de données personnelles type nom, adresse mail, date de naissance n'est demandée dans le questionnaire.

Age de l'interne, nombre d'enfant et leurs âges demandés dans le questionnaire.

Avis du CUMG

1) Sur la question de recherche : Oui Non NE PEUT SE PRONONCER

Commentaires :

2) Pour autoriser l'étudiant à postuler pour une aide du service de biostatistique des HCL :

Oui

Non

NE PEUT SE PRONONCER (dans ce cas une demande doit être adressée à la commission recherche du CUMG qui décidera de l'option à donner)

Commentaires :

3) Avis éthique nécessaire :

Oui

Non

NE PEUT SE PRONONCER (dans ce cas une demande doit être adressée à la commission d'éthique du CUMG qui décidera de l'option à donner)

Commentaires :

BLANQUART Marie, épouse VENET

Interne de médecine générale et parent : quid de la fonction et du rôle ?

Audit de pratique sur l'implication professionnelle des IMG de Lyon auprès de leurs enfants.

RESUME

Introduction : Bien qu'étant encore en formation, l'interne de médecine générale (IMG) peut interagir dans la santé de son propre enfant.

Méthodologie : Réalisation d'un audit de pratique dont l'objectif principal était d'étudier l'intervention professionnelle des IMG dans le suivi médical et la prise en charge des pathologies aiguës de leurs propres enfants. L'objectif secondaire était d'explorer leurs motivations, freins et limites à s'impliquer. Le questionnaire anonyme a été adressé en ligne à tous les IMG inscrits en DES à Lyon. Parmi les 97 IMG-parents, nous avons eu 38 répondants, 37 ont été inclus, soit un taux de réponse à 38%.

Résultats : Les IMG-parents n'effectuaient pas le suivi systématique. 16 IMG sur 37 (soit 43%) évaluaient de manière incomplète le développement de leur enfant. 21 IMG (soit 57%) réalisaient des ordonnances de dépannage, essentiellement de paracétamol, vitamine D ou vaccin. Cette démarche était motivée par le gain de temps et l'accessibilité aux modes de prescription.

Parmi les 31 IMG-parents ayant eu au moins 1 enfant malade, 24 (soit 77%) agissaient comme professionnel de premiers recours en cas de pathologie aiguë. L'examen clinique était limité à ce problème spécifique pour réaliser une ébauche diagnostique. 16 d'entre eux (soit 52%) avaient déjà instauré une thérapeutique. Leur attitude était motivée par le gain de temps sur des pathologies jugées faciles à prendre en charge et la confiance en soi. Il était essentiel pour les IMG de distinguer leur rôle de parent de la fonction de praticien, principal frein à intervenir. Cependant, ils déclaraient rester prudents, vigilants voire dubitatifs lors de la prise en charge de leur enfant par un confrère. Ils pouvaient même intervenir et/ou modifier la décision médicale en cas de désaccord.

Conclusion : Les IMG exerçaient leur professionnalisme avant tout dans le cadre du premier recours, en cas de pathologie aiguë. Cette situation est paradoxalement la plus pourvoyeuse d'anxiété de par sa charge émotionnelle.

MOTS CLES

[internat] ; [enfant] ; [proche] ; [soigner] ; [physicians] ; [doctor] ; [own children] ; [family]

JURY

Présidente :

Madame le Professeur Marie FLORI

Assesseurs :

Madame le Professeur Justine BACCHETTA

Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ

Madame le Docteur Marie-Françoise LARUE

Monsieur le Docteur Gilles ALGOUD

DATE DE SOUTENANCE : le 6 juin 2019

EMAIL DE L'AUTEUR : marie.blanquart@etu.univ-lyon1.fr