

2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

**LA CONSULTATION D'UN
ENFANT DE MÉDECIN
GÉNÉRALISTE :
UNE PRISE EN CHARGE
COMME UNE AUTRE ?**

MALCOURONNE Thibaut |

Né le 02/07/1988 à Paris 17^e

BARBIER Thibault |

Né le 14/03/1989 à Cholet (49)

Sous la direction de Mme le Docteur Camille CISLAGHI |

Membres du jury

Monsieur le Professeur Éric CAILLIEZ | Président

Madame le Docteur Camille CISLAGHI | Directeur

Madame le Professeur Catherine de CASABIANCA | Membre

Madame le Professeur Géraldine GASCOIN | Membre

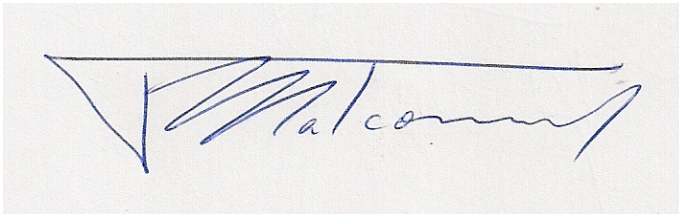
Monsieur le Docteur Bruno DELOBELLE | Membre

Soutenue publiquement le :
4 juin 2020

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

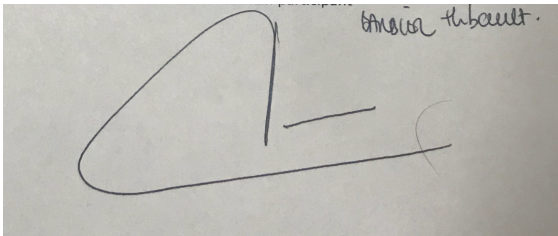
Je, soussigné Thibaut MALCOURONNE
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiant le **10/03/2020**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Thibaut Malcournne', with a stylized, elongated 'M' and 'C'.

Je, soussigné Thibault BARBIER
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiant le **10/03/2020**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Thibault Barbier', with a large, stylized 'T' and 'B'. Above the signature, the name 'Thibault Barbier' is written in a smaller, cursive script.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :
Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Éric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie

DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie

FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER
Dominique CHABASSE
Jean-François SUBRA

Neurochirurgie
Parasitologie et Médecine Tropicale
Néphrologie

Médecine
Médecine
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan
BARBEROUSSE Michel
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
O'SULLIVAN Kayleigh

Anglais
Informatique
Anglais
Économie-Gestion
Anglais
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine
Médecine

Mise à jour au 09/12/2019

REMERCIEMENTS

Remerciements communs :

A Monsieur le Professeur Éric Cailliez,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et merci pour votre implication dans notre formation médicale au sein du Département de Médecine Générale d'Angers. Merci également pour vos précieux conseils, guidages lors de l'élaboration de notre questionnaire et réorientation de dernière minute. Croyez en notre sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Camille Cislaghi,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta volonté de bien faire et pour ta disponibilité, notamment lors des dernières relectures ! Sois assurée de notre reconnaissance.

A Madame le Professeur Catherine de Casabianca, à Madame le Professeur Géraldine Gascoin, à Monsieur le Docteur Bruno Delobelle,

Merci pour l'intérêt que vous avez manifesté pour cette thématique et d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Soyez assurés de notre reconnaissance.

A tous les médecins que nous avons interrogés,

Merci pour votre soutien et le temps que vous avez pris pour notre thèse. Soyez assurés de toute notre gratitude.

A toutes les secrétaires que nous dérangés / harcelés,

Merci de votre coopération. Soyez assurées de notre gratitude.

A Mme Sokhna Dieng,

Merci pour votre aide dans notre étude statistique qui aurait été de bien moins bonne qualité sans vous et pour les longues heures de Skype. Soyez assurée de notre reconnaissance.

Remerciements de Thibaut MALCOURONNE :**A Thibault Barbier,**

Merci pour ce travail commun, merci pour cette complémentarité qui nous permet enfin d'atteindre l'aboutissement de nos études.

A Domitille,

Merci pour tes aides, contact et conseils échelonnés tout au long de cette thèse.

Aux médecins généralistes qui m'ont accueilli lors de ma formation :

Vous m'avez ouvert la porte de vos cabinets et m'avez confié vos patients. Merci d'avoir su participer à ma formation de médecin généraliste, merci pour votre implication dans la transmission du savoir. J'ai particulièrement apprécié la pédagogie du Dr Clotteau (stage prat), la découverte de l'exercice rural avec le Dr Drouin (stage prat), l'équilibre du Dr Lardeux (stage prat), la rigueur du Dr Laforest (stage SAFE), la confraternité du Dr Lhuissier (stage SASPAS).

Aux médecins du service de pneumologie du Centre Hospitalier du Mans et à mes co-internes du moment,

Merci à vous tous pour les 6 mois que j'ai passé dans ce service, vous avez tous été essentiel à ma formation et à l'ambiance de cette période, j'ai pu partager avec vous aussi bien mes difficultés que les bons moments. Ce fut un moment essentiel dans mon apprentissage de médecin généraliste, merci.

A toutes les équipes paramédicales avec qui j'ai pu travailler au cours de mes stages,

Merci de m'avoir fait confiance à mon arrivée dans chacun de vos services, merci pour ces coopérations efficaces pour le bien-être des patients. Merci pour toutes ces enrichissantes et plaisantes échanges essentiels au travail en équipe.

À la maison Jeanne Garnier (Paris 15^e),

Merci pour cette inoubliable expérience de 6 mois comme aide-soignant en soins palliatifs qui m'a apporté une vision humaine et complète de la fin de vie.

Au centre Laennec (Paris 6^e),

Merci pour le soutien, le cadre, l'organisation et les formations dont j'ai pu bénéficier pendant ces nombreuses années.

Aux médecins généralistes que j'ai remplacés et qui m'ont marqué : Dr Delobelle (53), Dr Hulo (53), Dr Prodhomme (53), Dr Diquero (53), Dr Garcia (53), Dr Roux (53), Dr Wahl (53), Dr Bauer (53), Dr Lourdaïs (53), Dr Phelipot (53), Dr Lhuissier (53), Dr Tourtelier (29), Dr Ripoché (72), Dr Leblanc (72), Dr de Col (72).

Merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir confié votre cabinet et vos patients, de m'avoir éclairé de vos expériences et conseils.

Au Dr Bruno Delobelle,

Merci pour ton enthousiasme et ton dynamisme, merci pour la confiance que tu as tout de suite exprimée à mon égard, merci pour ton accueil au sein du cabinet de Changé, merci pour le plaisir que tu m'accordes en faisant partie de mon jury.

A ma belle-famille,

Merci pour votre accueil, merci pour votre sens du dévouement. Merci pour la joie sincèrement éprouvée à chacune de nos retrouvailles.

A mes grands-parents,

Merci à tous d'avoir été de si bons et différents modèles pour moi. Merci pour vos sens du travail et de l'effort. Merci à mamie de continuer à être douce, accueillante et présente.

REMERCIEMENTS

A mes parents,

Merci d'avoir toujours cru en moi, même quand tout portait à croire le contraire. Merci pour votre soutien inébranlable et constant depuis près de 32 ans. Merci pour avoir très majoritairement participé à faire de moi ce que je suis devenu aujourd'hui. Merci pour votre courage et la façon dont vous m'avez aidé à vivre avec mes difficultés de santé depuis 28 ans ce qui a très probablement inspiré mon orientation professionnelle. Je reçois humblement ces présents que vous m'avez offerts et m'efforcerai de les faire fructifier de mon mieux jusqu'à la fin de mes jours.

A mes frères : Guillaume, Arnaud, Vianney et Baudoin,

Merci à chacun pour votre fidélité, votre générosité, votre sens des responsabilités et de la famille qui comptent tant pour moi. Merci notamment à Guillaume pour ton expérience de thésard, pour tes cours de rédaction Word et ta disponibilité constante. Merci également à mes belles-sœurs (Aude, Blandine, Claire) pour la touche féminine que vous apportez.

A Béryl,

Ma fille aînée, origine (avec Marceau) du thème de notre thèse, merci pour le bonheur que tu nous apportes, merci de m'avoir fait devenir *papa*, merci pour ta raison et ton sourire parfois malicieux. Merci pour ta compréhension pendant les très longues heures de « skype » (pour les statistiques ou les relectures) et pour tous les moments de rédactions de thèse.

A Colomban,

Merci pour le tout petit bout que tu es, pour ces éclats de rires et la complicité qui naît déjà avec ta sœur.

A ma femme Yenofa,

Merci ma chérie de m'avoir accepté comme je suis. Merci pour ton soutien et surtout ta patience continue, merci pour ta clairvoyance. Merci pour cet accompagnement et cette complicité tout au long de ces longues années d'études en parallèle. Merci pour tes encouragements, tes remises en selle, ton calme, ton aide pour la rédaction de cette thèse au fur et à mesure des revirements lors des relectures, merci pour ton implication ! Merci ma chérie de toujours avoir su rendre les conditions favorables à cette thèse : calme pendant les périodes de travail, de Skype, de téléphone... Merci pour cette incroyable gestion des enfants.

REMERCIEMENTS

Remerciements de Thibault BARBIER :

A ma future femme Béatrice, qui a su être une oreille attentive, un moteur permanent et une relectrice pertinente, qui me connaît si bien, qui m'a donné un magnifique fils et pour qui j'ai tant d'amour,

A mon Choupi d'amour, qui grâce à ses sourires et ses éclats de rires a su me donner beaucoup de courage mais qui a aussi très bien su comment faire pour me ralentir dans mon travail de rédaction,

A ma Maman Sophie pour ses allers retours à St Stan au son de « le vent nous porteras », pour sa bonne humeur permanente, pour avoir su me transmettre sa curiosité et m'avoir donné tant d'amour,

A mon Papa Laurent, pour son soutien inconditionnel depuis le début de mes études, pour ses attentions depuis mon plus jeune âge et pour les 854 parties de FIFA qu'il m'a si gentiment laissé gagner pour me donner du moral,
A eux deux sans qui rien de tout cela ne serait arrivé,

A ma sœur Morgane pour avoir bien pris soin de son amour de frère, pour sa bonne humeur communicative et pour m'avoir appris qu'il n'était pas possible de traverser une vitre sans casser du verre,

A Nicolas pour sa présence et que je remercie de si bien prendre soin de ma sœur,

A ma Mamoune, pour ses kinders du mardi soir et surtout pour m'avoir transmis beaucoup de valeurs, celle du travail bien fait et de l'empathie, pour avoir su donner avec une si belle pudeur autant d'amour à toute sa famille, tu peux être fière de ce que tu as construit,

A mon parrain et ma marraine qui ont su à leur façon, m'accompagner sur le chemin de la vie,

A toute ma famille, cousins, cousines, oncles et tantes, à ma belle-sœur Adeline pour sa relecture et son mari Hugo qui m'ont fait le beau cadeau de devenir le parrain de cette petite merveille, à ma belle famille,

A mon frerot Jean-Philippe pour toutes ces escapades au fil des ans, ces discussions et ces innombrables coups de téléphone,

A mes maîtres en médecine, ceux que j'ai croisé, ceux avec qui j'ai évolué, ceux qui ont su me transmettre leur savoir, parfois avec bienveillance, parfois sans, parce qu'ils ont fait le médecin que je suis devenu aujourd'hui.

Au Dr Camille Cislighi, pour sa précieuse aide, pour avoir su nous motiver et avoir passé beaucoup de temps à nous corriger pour nous permettre de rendre le travail le meilleur possible,

A tous Merci

LISTE DES ABREVIATIONS

BCG	Vaccin Bilié de Calmette et Guérin contre la tuberculose
DES	Diplôme d'Étude Spécialisé
MG	Médecin Généraliste
MGA	Médecin Généraliste Ayant consulté un enfant de confrère généraliste
MGNP	Médecin Généraliste N'ayant Pas consulté d'enfant de confrère généraliste
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU	Maitre de Stage Universitaire
PM	Parent-Médecin généraliste
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNM	Parent Non-Médecin généraliste
Q	Question

Plan

INTRODUCTION

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Objectifs principal et secondaires de l'étude

2. Choix de la méthode

3. Matériel

3.1. Population étudiée

3.1.1. Critères d'inclusion

3.1.2. Critères d'exclusion

3.1.3. Taille de la population cible

3.2. Élaboration du questionnaire

3.3. Design du questionnaire

3.4. Recueil des données

4. Méthodologie statistique

4.1. Traitement préalable des données

4.2. Analyse statistique

4.2.1. Analyse univariée

4.2.2. Analyse multivariée

RÉSULTATS

1. Population d'étude - Préalable

1.1. Sexe des MG

1.2. Age des MG

1.3. Âge du MGA lors des consultations et âge optimal du MGNP pour ce type de consultation

1.4. Maître de Stage Universitaire

1.5. Conditions d'exercice

1.6. Départements d'exercice

2. Au moins la moitié des médecins a eu en consultation un enfant de confrère MG

3. Différences non significatives entre consultation réelle et imaginée

3.1. Cadre de la consultation

3.2. Contenu de la consultation

3.3. Relation avec le PM

4. Différences significatives entre consultation réelle et imaginée

5. Comparaison entre MGA et MGNP : analyse multivariée

5.1. Descriptions des questions sélectionnées pour comparer les représentations des MGNP versus la réalité vécue par les MGA

5.2. Caractéristiques liées à la différence entre représentations et réalité.

6. Focus sur la réalité de la consultation de l'enfant de confrère MG

6.1. Concernant le cadre de la consultation

6.2. Concernant le contenu de la consultation

6.3. Relation médecin et parent-médecin

7. Commentaires libres des répondants

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

- 1.1. Forces de l'étude
- 1.2. Faiblesses de l'étude

2. Discussion des résultats

- 2.1. Points communs entre la consultation d'un enfant de confrère MG et celle d'un autre enfant et singularités propres à la consultation de l'enfant de confrère MG
 - 2.1.1. Points communs entre les 2 consultations
 - 2.1.2. Spécificités de la consultation de l'enfant de confrère MG
- 2.2. Similitudes et différences entre la réalité vécue par le MGA et les représentations des MGNP
 - 2.2.1. Similitudes notables entre les 2 groupes MGA et MGNP
 - 2.2.2. Différences entre les 2 groupes MGA et MGNP

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

- 1. E-Mail explicatif adressé aux médecins sélectionnés pour participer au questionnaire
- 2. Questionnaire adressé aux médecins généralistes
- 3. Base de données
- 4. Les p-valeurs des tests de Khi2, Fisher exact et de l'analyse uni-variée de toutes les questions selon le statut de la consultation
- 5. Distribution statistique des âges des médecins selon leur statut de consultation d'enfant de confrère
- 6. La description des 19 questions sélectionnées pour expliquer la différence entre représentation et réalité.
- 7. Les réponses associées à la représentation que se font les médecins généralistes qui n'ont pas consulté l'enfant d'un confrère comparé à la réalité de ceux qui l'ont déjà faite : régression logistique multivariée.
- 8. Description des tests validant l'appartenance d'une réponse dans un groupe de médecins généralistes
- 9. Les réponses du questionnaire caractérisant les clusters du cadre réel de la consultation
- 10. Les réponses caractérisant les clusters du contenu réel de la consultation
- 11. Les réponses caractérisant les clusters de la relation réelle médecin et parent de la consultation

RÉPARTITION DU TRAVAIL

Auteurs

Après acceptation par le Dr CISLAGHI de diriger cette thèse, les recherches bibliographiques, le choix de la méthodologie et la rédaction de la fiche de thèse ont été communes.

Pour chacun des trois départements concernés (Sarthe, Mayenne et Maine et Loire), le listing des médecins recrutés a été partagé en deux afin de se répartir le recueil de données.

L'analyse des données ainsi que la rédaction des résultats, la discussion et la conclusion ont été communes.

INTRODUCTION

" J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles "

Serment d'Hippocrate

Le 20ème siècle a connu des avancées majeures en lien avec la santé des enfants telles que le suivi médical rapproché, la découverte de nouveaux vaccins (Vaccin Bilié de Calmette et Guérin contre la tuberculose (BCG) en 1921, Diphtérie en 1923, Tétanos et Coqueluche en 1926), la création de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) (en novembre 1945 sur une ordonnance souhaitée par le ministre de la santé de l'époque : François BILLOUX) et de la sécurité sociale après la 1ère guerre mondiale. En parallèle, le taux de mortalité infantile a été réduit de 151/1000 en 1901 à 3,5/1000 en 2016 (1).

La prise en charge médicale de l'enfant de 0 à 16 ans comprend 3 axes : le suivi médical obligatoire, la prise en charge des pathologies aiguës ainsi que le suivi des maladies chroniques. Il intègre les consultations obligatoires de l'enfant, les 11 vaccins, le suivi et l'évaluation du développement psychomoteur, la surveillance de la croissance staturo-pondérale de l'enfant lors des 20 examens de santé pris en charge par la sécurité sociale (2). Ce suivi médical est assuré de façon courante par 3 entités travaillant de manière isolée ou coordonnée pour assurer l'intégralité de ce suivi : les professionnels de la PMI, le pédiatre et le médecin généraliste (MG).

Le docteur Marie MICHEL en 2013 a constaté une évolution de la prise en charge des enfants en fonction de leur âge : les nourrissons sont suivis par les pédiatres dans 52 % des cas, 35 % le sont par des médecins généralistes et 13 % par la PMI. Un transfert progressif de ce suivi est constaté vers le MG qui suit les enfants de 2 à 6 ans dans 66% des cas, et par

conséquent est observée une diminution du suivi par le pédiatre à 32% et par le médecin de PMI à 2% (3).

La question du suivi médical de ses enfants se pose à chaque parent, qu'il soit médecin ou non.

En France, il n'existe pas de recommandations quant au suivi des enfants de médecins généralistes : chaque parent est libre de suivre lui-même ou de faire suivre son enfant par un confrère. L'assurance maladie ne pose pas de conditions particulières de remboursement à ces consultations.

Selon l'étude du docteur Aude JEAN LOBSTEIN en 2010, 69% des parents-médecins (PM) interrogés étaient les médecins traitants de leurs enfants et 98% avaient soigné leur enfant au moins une fois (4). Il était aussi intéressant de noter que 90% des PM avaient déjà fait appel à un confrère pour une pathologie aigue survenue chez leur enfant (petite traumatologie par exemple).

L'article 7 du code de déontologie médicale français sur la « non-discrimination » tente de préciser l'état d'esprit objectif que doit conserver le médecin vis-à-vis de son patient (5).

Les différentes sociétés savantes qu'elles soient américaines, australiennes ou canadiennes suggèrent de ne pas suivre ses proches (enfants inclus) hormis urgence vitale ou événement bénin, de peur que le jugement neutre nécessaire au bon diagnostic et à la bonne prise en charge ne soit altéré par la relation d'intimité entre les protagonistes (6)(7)(8).

Certains médecins français ont pu témoigner de ces problématiques (9).

De même, des difficultés posées par la prise en charge de ses propres enfants ont pu être mises en évidence : manque d'objectivité, culpabilité accrue en cas d'erreur diagnostic, consultation souvent au domicile avec matériel parfois inadéquat à la consultation (10).

Quelques études se sont intéressées au suivi des enfants de MG.

En 2001, le docteur Bérangère JOFFRE-BERTHOMME s'intéressait au cours de sa thèse aux médecins des enfants de MG. Son étude retrouvait que 70% des PM étaient également le MG de leur enfant, 70% vaccinaient eux-mêmes leurs enfants et 87% prenaient en charge les pathologies de leurs enfants qu'ils jugeaient bénignes (11).

Le docteur Justine GOUBET a étudié (via sa thèse en 2016) les enjeux, intérêts et limites de la prise en charge de ses propres enfants. Parmi les avantages, la praticité et la facilité d'accès au soin créaient une prise en charge sur mesure. Les limites retrouvées étaient le manque d'objectivité ainsi que le manque de rigueur dans le suivi médical de l'enfant. Elle concluait sa thèse en expliquant que le MG ne pouvait être le médecin de son enfant mais qu'il le ferait malgré tout par la force des choses (12).

Dans sa thèse soutenue en 2014, le docteur Fabien MANASTREKI a identifié 3 situations où le suivi des proches paraissait acceptable : l'urgence médicale, l'isolement géographique et les pathologies bénignes (13).

En 2015, le docteur Camille BOUVE s'est intéressée au ressenti des personnes soignées par un médecin proche. Elle retrouvait comme principal moteur à soigner ses proches l'évidence et la proximité affective (14).

En 2016, le docteur Claire WOJTENKA a proposé un protocole pour étudier le suivi de vaccination chez les enfants de MG, qu'ils soient suivis par leur PM ou par un autre médecin, en proposant un auto-questionnaire d'évaluation (15).

Tous ces textes font référence au suivi médical de l'enfant soigné mais peu de bibliographies s'intéressent au point de vue du soignant, hormis la thèse du docteur Aude ARSICAUD publiée en 2016 (16). Cette dernière a étudié cette consultation via des entretiens téléphoniques, questionnant le ressenti des MG qui suivaient ces enfants. Elle retenait comme particularités à ces prises en charge : l'envie de bien faire du côté du médecin sollicité pour le

suivi de l'enfant, une consultation sympathique, un traitement de faveur pour l'enfant et un respect dans la relation qui unit le MG et le PM. Elle soulignait par ailleurs comme principaux éléments négatifs : le manque d'objectivité des PM, des parents qui consultaient moins et la notion de rivalité entre les 2 médecins. Il apparaissait dans son étude que cette consultation était singulière dans la mesure où l'un des interlocuteurs principaux de la consultation de l'enfant était le PM. Il a donc la particularité de posséder le même langage médical, ainsi que de pouvoir voir et interpréter les signes cliniques de son enfant pouvant l'alerter.

L'enjeu est majeur : la qualité des soins apportés à ces enfants. L'objectif de tous est qu'elle soit la meilleure possible.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Objectifs principal et secondaires de l'étude

L'objectif principal de ce travail était de savoir si les MG installés en Mayenne, Maine et Loire et Sarthe suivaient des enfants de confrères MG.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier les spécificités du cadre et du contenu de cette consultation, de mettre en évidence les enjeux de la relation MG/PM et de savoir si les représentations de cette consultation qu'avaient les Médecins Généralistes N'ayant Pas consulté d'enfant de confrère MG (MGNP) étaient en adéquation avec la réalité des consultations vécues par les Médecins Généralistes Ayant consulté un enfant de confrère (MGA).

2. Choix de la méthode

Une étude épidémiologique descriptive mixte a été réalisée car les deux méthodes étaient complémentaires pour répondre à l'objectif principal. La méthode quantitative permettait de recruter un plus grand nombre de médecins et donc d'augmenter la significativité de l'étude. La méthode qualitative permettait quant à elle d'affiner les résultats obtenus et de préciser l'avis des médecins interrogés, en apportant certaines nuances ou certains détails pour lesquels ils n'avaient pas été questionnés par ailleurs.

3. Matériel

3.1. Population étudiée

Une enquête épidémiologique descriptive multicentrique mixte a été réalisée entre le 8 Octobre 2019 et le 16 Janvier 2020.

3.1.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude des médecins généralistes titulaires du DES de médecine générale installés en Mayenne, Sarthe ou en Maine-et-Loire. Ils devaient également être inscrits à l'annuaire de santé AMELI référencant tous les médecins installés exerçant dans l'année (total de 1423 MG).

3.1.2. Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les médecins non installés, remplaçants, non thésés, les internes en médecine générale.

3.1.3. Taille de la population cible

Pour l'année 2019, 1423 médecins généralistes étaient inscrits à l'annuaire de santé AMELI pour l'ensemble des 3 départements.

Compte tenu du mode de recueil de données choisi, les investigateurs estimaient le taux de réponse à 30%. L'objectif fixé étant de recueillir au moins 100 questionnaires pour avoir des résultats exploitables, il était donc décidé de sélectionner et d'inclure environ 300

médecins dans l'étude. Le recrutement était effectué par échantillonnage aléatoire par pas de cinq en partant du cinquième nom de la liste (chiffre tiré au sort) puis le 10^e, puis le 15^e, puis le 20^e, etc. 282 MG ont ainsi été recrutés : 164 étaient installés en Maine et Loire (soit 58% des médecins recrutés), 76 en Sarthe (27%) et 42 en Mayenne (15%).

3.2. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire avait été conçu à partir d'une revue bibliographique préalable incluant des travaux réalisés sur le sujet et différents échanges que les auteurs avaient pu avoir avec les médecins rencontrés lors de leurs parcours d'études médicales respectifs.

Le questionnaire réalisé avait ensuite été testé auprès de confrères MG de l'entourage des auteurs n'ayant pas été tirés au sort pour participer à l'étude. Leurs profils étaient variés et semblaient représentatifs des médecins qui allaient être interrogés (âge, sexe, lieu d'exercice, années d'exercice).

3.3. Design du questionnaire

Le critère de jugement principal était le fait d'avoir consulté ou non un enfant de confrère MG (tous motifs inclus) dans sa période 0-16 ans.

Le questionnaire était composé de 37 questions, tant pour les médecins ayant répondu « Oui » que pour les médecins ayant répondu « Non » à la question 1 (Q1) : « Avez-vous déjà consulté un enfant de confrère MG dans sa période 0-16 ans ? ».

Celui-ci était principalement composé de questions fermées. Toutefois, certaines étaient ouvertes, en vue d'augmenter les possibilités de réponses et ainsi de faire émerger des sujets ou questions n'ayant pas été abordés dans le questionnaire.

La distinction en 2 groupes (MGA et MGNP) était réalisée lors de la Q1 du questionnaire qui comprenait 4 grandes parties (annexe 2) :

- La première partie intitulée « Préalable » avait pour objectif de recueillir les données épidémiologiques des médecins interrogés.
- La deuxième partie du questionnaire interrogeait les médecins sur le « Cadre » de la consultation de l'enfant de confrère MG telle qu'elle était vécue ou envisagée en fonction du groupe (MGA ou MGNP). Les investigateurs ont interrogé les médecins sur la présence ou non du PM lors de la consultation, son paiement, son mode de prise de rendez-vous et son lieu.
- La troisième partie s'intéressait au « Contenu », au degré de consultation en fonction de son motif et aux prescriptions qui en découlaient.
- La quatrième et dernière partie avait pour but d'explorer le « Ressenti » des MG face à cette consultation, la nature de la relation qui les unissait avec le PM et laissait une place à l'expression libre en fin de questionnaire.

3.4. Recueil des données

Chaque MG désigné par le tirage au sort était contacté via son secrétariat. Les auteurs présentaient leur démarche de thèse et introduisaient leur questionnaire de manière téléphonique à chacun (ou à défaut à chaque secrétariat) dans l'idée d'obtenir le meilleur taux de réponse possible chez les médecins interrogés. En effet, chaque appel était individualisé et personnalisé. Ils demandaient ensuite si le MG acceptait de participer au questionnaire.

L'envoi d'un e-mail explicatif de la thèse était proposé (Annexe 1). Celui-ci était adressé en nom propre à chaque MG.

Si le médecin acceptait de participer à l'étude, il avait deux options. Dans le cas où il avait choisi la réponse téléphonique, un rendez-vous était alors convenu avec lui, le médecin était rappelé à cette occasion et l'investigateur recueillait ses réponses. Dans l'autre cas, le médecin remplissait lui-même le questionnaire en ligne via un e-mail explicatif qui lui était envoyé en nom propre contenant un lien LIME SURVEY.

En cas de non réponse ou de non rappel, un appel de relance était réalisé après 10 jours. Après 3 relances, les investigateurs concluaient à un échec de participation.

La possibilité de remplir le questionnaire par voie informatique était une adaptation secondaire des investigateurs à plusieurs contraintes : le manque de temps des MG pour répondre au questionnaire, la difficulté de trouver des créneaux horaires convenant aux 2 parties et enfin pour répondre à la demande de certains MG. Il s'agissait d'une réponse pratique, rapide et simple qui permettait également de recueillir les données de manière sécurisée, celles-ci étaient anonymisées secondairement.

Une fois la réponse du médecin obtenue, un fichier EXCEL était tenu en temps réel par les investigateurs pour suivre le taux de réponse et adapter les relances à chaque médecin.

4. Méthodologie statistique

L'ensemble de ce travail statistique a été réalisé en collaboration avec Mme Sokhna DIENG MSc, MPH, Biostatisticienne. Les choix d'analyses statistiques ont été réalisés en collaboration avec les investigateurs de l'étude.

4.1. Traitement préalable des données

La base de données comprenait initialement 118 répondants. Après vérification, 15 participants n'avaient pas répondu en intégralité au questionnaire (7 MGA, 4 MGNP et 4 s'étaient arrêtés avant même cette première question) : il s'agissait de 8 MG de Maine-et-Loire, 5 MG de Sarthe et 2 MG de Mayenne. Ils ont été retirés de la base de données, leur questionnaire n'étant pas complet. L'analyse a donc été effectuée sur 103 MG ayant répondu intégralement au questionnaire (Annexe 3).

Toutes les valeurs aberrantes ont été corrigées comme le MGNP numéro 70 qui avait déclaré 3065 comme âge optimal pour consulter un enfant de confrère. Une imputation par moyenne a été effectuée pour la corriger.

Pour les MGNP, un âge optimal du médecin pour consulter un enfant de confrère MG était demandé. Pour les MGA, les âges du médecin lors de la première et de la dernière consultation d'un enfant de confrère MG étaient recueillis. Pour exploiter ces informations, une moyenne a été déterminée entre l'âge du MG lors de la première et de la dernière consultation pour chaque MGA. Par conséquent, l'âge optimal donné par les MGNP était pris comme un proxy de l'âge moyen de consultation d'enfant de confrère MG. L'objectif était d'obtenir une représentation de l'âge optimal pour consulter un enfant de confrère MG qu'avaient les MGNP par rapport à la réalité éprouvée par les MGA.

Du fait de certaines possibilités de réponses différentes pour les groupes MGA et MGNP et de certains effectifs de réponses faibles, il a été réalisé une fusion de certaines modalités de réponses quand cela était possible. Le but était d'améliorer la puissance statistique de l'étude et ainsi d'obtenir des résultats plus robustes et concluants. Cela concernait les réponses aux :

- Question 10 à propos de la prise de contact par le PM devenues « Oui » ou « Non » ;

- Question 15 à propos de la disponibilité du MG pour l'enfant devenues « D'accord » « Pas d'accord » ;
- Question 34 à propos de l'aisance du MG lors de la consultation devenues « A l'aise » « Pas à l'aise » ;
- Question 35 à propos du positionnement du PM uniquement en tant que parent devenues « Ne sait pas » « Pas d'accord » « D'accord » ;
- Question 36 à propos du fait que le positionnement du PM uniquement en tant que parent soit un enjeu de la consultation devenues « D'accord » « Ni en accord, ni en désaccord » « Pas d'accord ».

De plus, concernant la question sur la remise en cause du diagnostic par le PM, les modalités de réponses n'étaient pas les mêmes. En effet les MGA avaient quatre possibilités de réponses (« Jamais », « Rarement », « Souvent » et « Toujours ») tandis que les MGNP n'en avaient que deux (« Oui », « Non »). Par conséquent, les possibilités des MGA ont été fusionnées en deux groupes correspondant aux réponses possibles pour les MGNP : « Toujours », « Souvent » et « Rarement » étaient regroupées en « Oui » et la réponse « Jamais » était équivalente à « Non ».

4.2. Analyse statistique

4.2.1. Analyse univariée

Pour comparer les âges des médecins entre les deux groupes (MGA et MGNP) un test de Wilcoxon a été utilisé. Ce test non paramétrique est utilisé quand les conditions d'application du test paramétrique de Student ne sont pas vérifiées.

Pour connaître l'ensemble des questions qui étaient liées à la consultation d'un enfant de confrère MG, un test d'indépendance de Khi-Deux était appliqué entre la Q1 déterminant les groupes MGA et MGNP et chacune des autres questions. Quand les conditions d'application du test de Khi-Deux n'étaient pas réunies, notamment quand le nombre de participants entre le croisement de deux réponses était inférieur à 5, le test exact de Fisher (17) était utilisé. Ensuite, pour chacune des questions dont la p-value avec le test de Khi-deux ou de Fisher exact était inférieure à 0.05, un diagramme en barre était réalisé pour mieux décrire les modalités de réponses.

4.2.2. Analyse multivariée

Dans cette partie, il a été étudié la différence entre les représentations qu'avaient les MGNP par rapport à la réalité vécue par les MGA. Pour cela, il a d'abord été effectué une sélection des questions les plus pertinentes pour mettre en évidence cette différence. La question d'intérêt était la consultation ou non d'un enfant de confrère MG (Q1). La réponse « Oui » était la réponse de référence qui servait de comparaison.

Ainsi pour chaque question, une analyse univariée via une régression logistique (18) avec la variable « consultation » a été réalisée. Si la p-value de cette analyse (test de vraisemblance basé sur la loi de Khi-deux) était inférieure à 0.2, cette question était sélectionnée comme candidate à la régression logistique multivariée. Il s'agit d'une méthode de sélection couramment retrouvée dans la littérature (19). En effet pour des p-value faibles, l'ajustement avec une autre variable peut finalement rendre le résultat significatif ($p \leq 0,05$).

Une fois la sélection des questions faite, une analyse multivariée avec une régression logistique a été réalisée sur l'ensemble de ces questions sélectionnées. Enfin, le modèle final décrivant

le mieux la différence entre les représentations qu'avaient les MGNP et la réalité vécue par les MGA a été obtenu en se basant sur le critère AIC (Akaike Information Criterion) (18).

Sur le tableau du modèle final, il n'a été présenté que les coefficients indiquant le sens des représentations selon leurs signes. En effet, avec le manque de puissance dû au faible nombre de réponses dont la fusion n'a pas été possible, les odd-ratios pouvaient être assez élevés. Si le coefficient accompagnant une réponse était négatif, cela signifiait que les MGNP sous-estimaient la survenue de cet événement par rapport à la réalité. Si ce coefficient était positif, les MGNP surestimaient la survenue de cet événement par rapport à la réalité. L'intervalle de confiance à 95% et la p-value du coefficient ont aussi été donnés pour valoriser la significativité des résultats.

Pour mettre l'accent sur les différents aspects de la réalité de la consultation de l'enfant de confrère tant au niveau du cadre, que du contenu et de la relation MG/PM, une analyse descriptive multivariée a été réalisée au niveau des MGA. Ainsi une analyse en composante multiple (ACM) (20) suivi d'une classification hiérarchique ascendante (CHA) (20) a été effectuée dans chacun des trois thèmes (cadre, contenu et relation) pour chacun des deux groupes de médecins (MGA et MGNP) permettant de préciser certains profils de répondants.

RÉSULTATS

1. Population d'étude - Préalable

Cette analyse a été réalisée sur les réponses de 103 MG. Il s'agissait de 61 MG en Maine et Loire (60% du total des réponses), 24 sarthois (23%) et 18 mayennais (17%). Le taux de réponse global des MG était de 36,5%.

1.1. Sexe des MG

Sur les 103 MG ayant répondu entièrement au questionnaire, il y avait 51 femmes et 52 hommes. Il y avait plus d'hommes que de femmes dans le groupe MGNP (29 vs 21) et plus de femmes que d'hommes dans le groupe MGA (30 vs 23) sans que cette différence ne soit statistiquement significative entre les 2 groupes (Annexe 4).

	MGA	MGNP	Population de l'étude
Femmes	30	21	51
Hommes	23	29	52

Tableau I: Sexe des MG, $p=0.199$

1.2. Age des MG

La moyenne d'âge des 103 MG ayant répondu intégralement au questionnaire était de 47,7 ans avec des valeurs d'âges extrêmes à 28 et 71 ans.

La différence d'âge moyen entre les deux groupes (MGA = 48.4 ans (Écart-Type = 11 ans), MGNP = 46.9 ans (Écart-Type = 12.6 ans)) n'était pas significative d'après le test de Wilcoxon ($p=0.5545$) (Annexe 5).

1.3. Âge du MGA lors des consultations et âge optimal du MGNP pour ce type de consultation

L'âge moyen des MGA lors de ces consultations d'enfants de confrères généralistes était de 38,5 ans avec comme valeurs extrêmes 27,5 et 60 ans.

Bien que le test de Wilcoxon ait montré que l'âge de consultation entre les deux groupes était lié (Annexe 5), les indicateurs statistiques montraient que cette question n'était pas bien comprise par tous les participants et principalement par certains MGNP. En effet, 25% d'entre eux avaient donné un âge optimal entre 0 et 1 an comme étant l'âge optimal que devrait avoir le médecin pour la consultation de l'enfant de confrère MG. Or il s'agissait probablement d'une confusion entre l'âge optimal de l'enfant consulté et l'âge optimal du MG pratiquant la consultation. Pour la suite de l'analyse, cette question n'a donc pas été prise en compte.

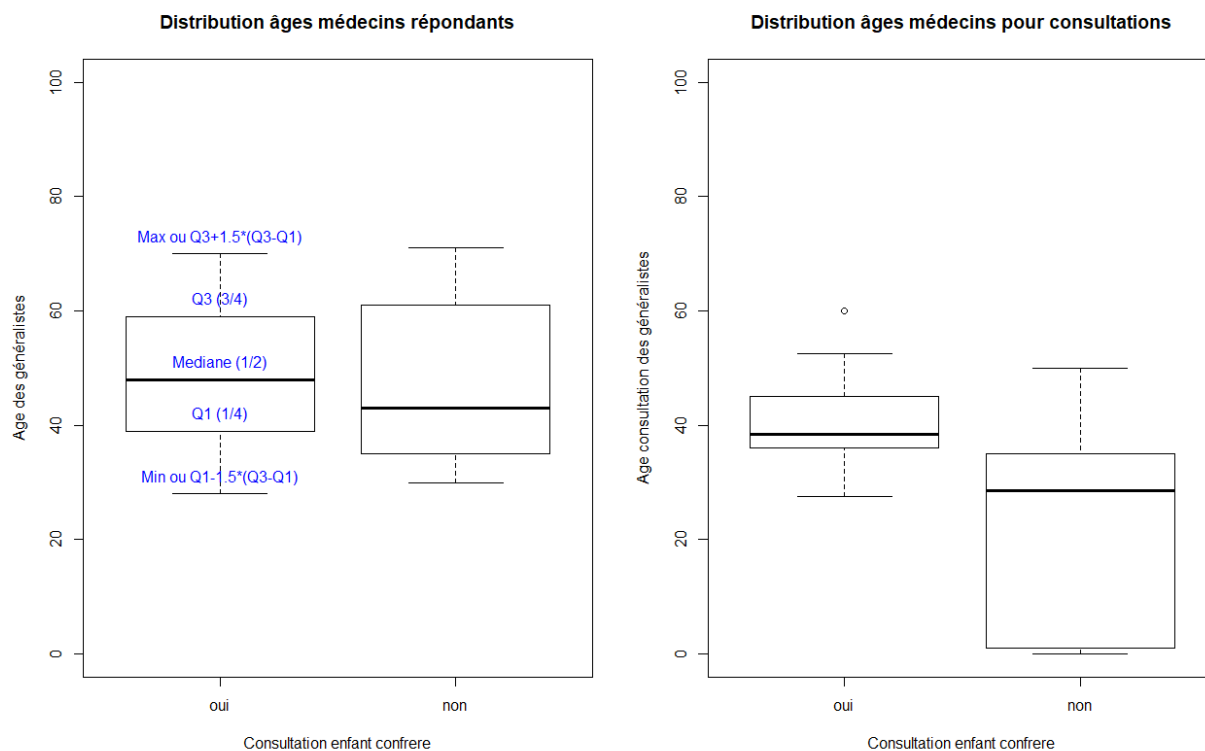


Figure 1: Croisement entre le statut de consultation d'enfant de confrère et les âges des médecins : à gauche, la distribution statistique des âges des médecins par groupe, à droite celle des âges moyens lors de leur consultation d'enfant de confrère pour les MGA et les âges optimaux imaginés par les MGNP.

1.4. Maître de Stage Universitaire

La répartition des Maîtres de Stage Universitaire (MSU) entre les deux groupes n'était pas significativement différente. Il y avait 36% de MSU dans le groupe MGNP (n=18) et 34% dans le groupe MGA (n=18) ($p = 0.992$).

1.5. Conditions d'exercice

Sur les 103 MG ayant répondu entièrement au questionnaire, une majorité exerçait en milieux semi-rural et urbain.

	MGA	MGNP	Population de l'étude
Rural	13	13	26
Semi rural	20	21	41
Urbain	20	16	36

Tableau II: Conditions d'exercice, $p=0.8262$

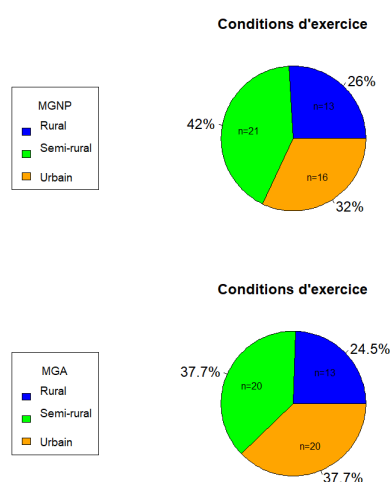


Figure 2: Répartition des conditions d'exercice des MG dans chacun des groupes

1.6. Départements d'exercice

Soixante et un questionnaires ont été recueillis en Maine et Loire (sur les 164 recrutés), 24 en Sarthe (sur les 76) et 18 en Mayenne (sur les 42), soit respectivement des taux de réponse dans chaque département de 37,2%, 31,6% et 42,9%.

2. Au moins la moitié des médecins a eu en consultation un enfant de confrère MG

Parmi les 103 MG ayant répondu intégralement au questionnaire, 53 MG (51,5%) avaient déjà consulté l'enfant d'un confrère MG (MGA) et 50 (48,5%) n'en avaient jamais fait l'expérience (MGNP).

Les MGNP donnaient comme principale explication au fait de n'avoir jamais consulté un enfant de confrère MG, de ne pas en avoir eu l'occasion (47 MG sur 50). Deux MG précisait que leur principale activité était la pratique de l'angiologie et que dans ce cadre-là, ils n'avaient pas non plus eu l'occasion d'en consulter. Cinq praticiens précisait qu'ils consultaient cependant des enfants de confrères d'autres spécialités médicales (radiologue, pharmacien). Trois répondants déclaraient que si on leur en faisait la demande, ils accepteraient de suivre un enfant de confrère. Aucun refus de consulter un enfant de confrère MG n'a été noté.

3. Différences non significatives entre consultation réelle et imaginée

3.1. Cadre de la consultation

De la prise de contact du PM avec le médecin consulté

	MGA	Fusion	MGNP	Fusion
Oui, avant	9		3	
Oui, après	2	14	15	22
Oui, avant et après	3		4	
Non	39	39	28	28

Tableau III: Contact du PM, p=0.0961

MGA et MGNP s'accordaient pour dire que le PM ne contactait majoritairement pas le MG consulté. A noter tout de même que 15 MGNP avaient imaginé être contacté après la consultation.

De la consultation de l'enfant seul avec le médecin consulté et de la similitude du cadre

	MGA	MGNP
Plus rarement	11	4
Plus souvent	4	4
Aussi fréquemment	38	42

Tableau IV: Consultation de l'enfant seul, $p=0.1843$

	MGA	MGNP
Oui	36	33
Non	17	17

Tableau V: Similitude de cadre, $p=1$

MGA et MGNP s'accordaient à penser qu'ils ne changeaient pas leur habitude de consultation concernant le fait de voir l'enfant seul, de même qu'ils considéraient majoritairement le cadre comme similaire.

Des discussions préalables aux consultations

	MGA	MGNP	p-value
Conditions de prise de rendez-vous	28,3%	36%	0.5316
Délai de consultation	13,2%	18%	0.6899
Accès facilité à la consultation	26,4%	38%	0.2946
Rémunération du praticien	22,6%	10%	0.1438

Tableau VI: Discussions avant la consultation (les pourcentages représentent les discussions ayant eu lieu)

Il y avait peu d'échanges préalables entre le PM et le MG consulté.

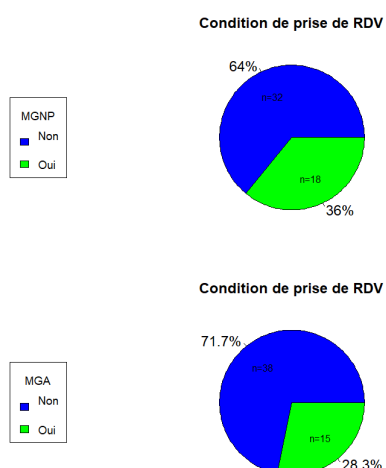


Figure 3: Discussion des conditions de prise de rendez-vous

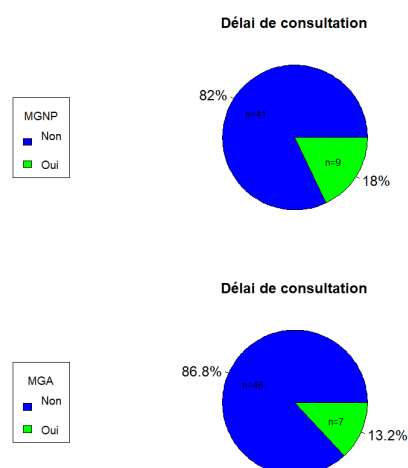


Figure 4: Discussion du délai de consultation

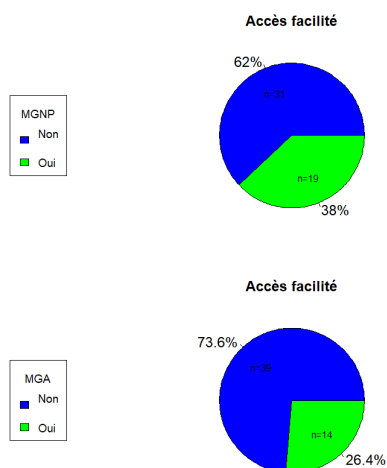


Figure 5: Discussion de l'accès facilité à la consultation

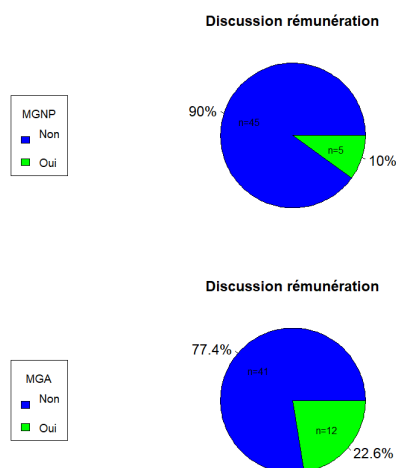


Figure 6: Discussion de la rémunération

De la disponibilité du MG

	MGA	Fusion	MGNP	Fusion
Pas du tout d'accord	15	31	7	23
Pas d'accord	16		16	
D'accord	20	22	24	27
Tout à fait d'accord	2		3	

Tableau VII: Disponibilité du MG, $p=0.2841$

Il est intéressant de noter que les MGNP pensaient être plus disponibles pour l'enfant d'un confrère MG que pour un autre enfant, alors que dans la réalité la majorité des MGA ne le pensait pas.

Prise en charge en dehors des habitudes

	MGA	MGNP	p-value
En visite à domicile en dehors des créneaux habituels	7,5%	14%	0.4589
Au domicile du MG	15%	12%	0.8647
Au cabinet sur un créneau supplémentaire	47,2%	64%	0.1288

Tableau VIII: Prise en charge en dehors des habitudes (les pourcentages représentent les réponses positives)

Le mode majoritaire d'adaptation des habitudes était la consultation au cabinet sur un créneau supplémentaire, la visite à domicile et la consultation au domicile du médecin restant marginales.

Conditions de prise de rendez-vous

	MGA	MGNP
Prise de rendez-vous habituelle	38	43
Directement par le MG	15	7

Tableau IX: Conditions de prise de rendez-vous, $p=0.1261$

La plupart des PM passaient par la prise de rendez-vous habituelle comme imaginé par les MGNP, malgré tout 28,3% des MGA signalaient un contact direct avec eux.

De la rémunération de la consultation

	MGA	MGNP
Oui, toujours	28	23
Oui, parfois	15	9
Non, jamais	10	18

Tableau X: Rémunération, $p=0.1229$

Peu de MGNP imaginaient ne jamais être rémunéré, ce qui était confirmé dans la réalité.

3.2. Contenu de la consultation

A propos des motifs de consultation

	MGA	MGNP	MGA	MGNP	MGA	MGNP
Toujours	1	0	6	6	5	2
Souvent	3	3	38	37	21	12
Rarement	37	29	8	6	26	34
Jamais	12	18	1	1	1	2

Tableau XI: Fréquence des consultations pour les **pathologies aiguës jugées bénignes**, $p=0.3787$; pour les **pathologies aiguës jugées préoccupantes**, $p=0.9757$; pour le **suivi médical habituel**, $p=0.1677$

Les PM consultaient peu pour les pathologies aiguës jugées bénignes, comme imaginé par les MGNP. Ils consultaient cependant beaucoup plus pour les pathologies aiguës jugées préoccupantes. Quant au suivi médical habituel les MGA étaient mitigés, alors que les MGNP avaient tendance à penser qu'il se faisait rarement chez le MG.

	MGA	MGNP	MGA	MGNP	MGA	MGNP
Plus	0	0	5	2	2	0
Autant	4	4	34	30	17	11
Moins	49	46	14	18	34	39

Tableau XII: Fréquence des consultations pour les pathologies aiguës jugées bénignes par rapport aux autres parents, $p=1$; pour les pathologies aiguës jugées préoccupantes par rapport aux autres parents, $p=0.3772$; pour le suivi médical habituel par rapport aux autres parents, $p=0.17$

Les PM consultaient moins que les autres parents pour les pathologies aiguës jugées bénignes, tout comme pour le suivi médical habituel. En revanche, ils consultaient autant pour les pathologies aiguës jugées préoccupantes.

A propos de la communication entre le PM et le MG consulté

	MGA	MGNP
Très facilitant	8	4
Facilitant	21	29
Sans conséquence	15	11
Complexifiant	9	6

Tableau XIII: Parler le même langage médical, $p=0.2904$

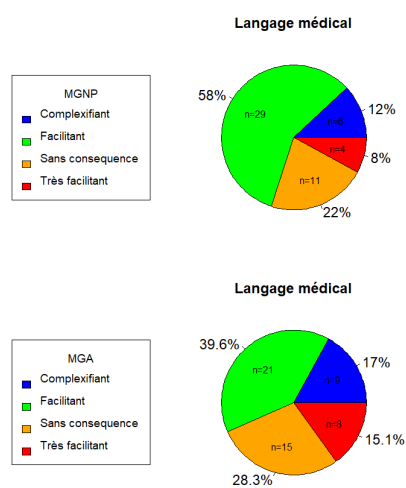


Figure 7: Parler le même langage médical

Tant pour les MGA que les MGNP, parler le même langage semblait favorisant pour la communication.

	MGA	MGNP
Plus	4	0
Les mêmes	35	34
Moins	14	16

Tableau XIV: Conseils, p=0.1311

Les conseils avaient tendance à être identiques par rapport à ceux délivrés aux autres parents dans les deux groupes.

Paramètres de la consultation

	MGA	MGNP	p-value
Plus complet	4	2	0.7284
Plus ciblé	5	9	0.327
Le même	43	39	0.881
Moins exhaustif	1	1	1

Tableau XV: Examen clinique

	MGA	MGNP
Plus longtemps	18	12
Le même temps	34	36
Moins longtemps	1	2

Tableau XVI: Durée de consultation, p=0.4713

L'examen clinique et la durée de consultation étaient globalement les mêmes que pour un autre enfant dans les deux groupes.

Prescriptions et avis à l'issue de la consultation

	MGA	MGNP	MGA	MGNP	MGA	MGNP
Plus	1	0	1	4	3	9
Autant	38	36	47	45	48	40
Moins	14	14	5	1	2	1

Tableau XVII: Prescription de médicaments, $p=0.6165$; Prescription d'examens complémentaires, $p=0.1093$; Sollicitation d'avis spécialisé, $p=0.1369$

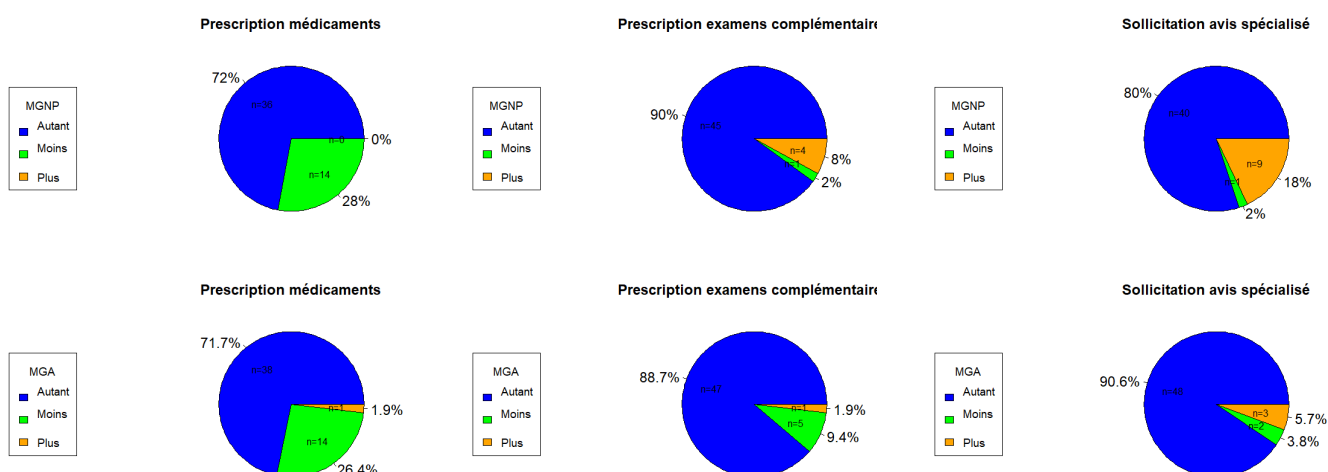


Figure 8: Prescription de médicaments à l'issue de la consultation

Figure 9: Prescription d'examens complémentaires à l'issue de la consultation

Figure 10: Sollicitation d'avis spécialisé à l'issue de la consultation

Il n'y avait pas de changement majeur de pratique rapporté, ni par les MGA, ni par les MGNP, concernant les demandes d'avis spécialisés, les prescriptions médicamenteuses et d'examens complémentaires.

3.3. Relation avec le PM

Utilisation des compétences médicales du PM

66% des MGA et 62% des MGNP utilisaient l'analyse du PM pour mener leur consultation ($p = 0.8248$).

64,1% des MGA et 72% des MGNP comptaient sur la réévaluation médicale du PM après la consultation ($p = 0.5209$).

Remise en cause du diagnostic

	MGA	Fusion MGA	MGNP
Toujours	2		
Souvent	2	42	31
Rarement	38		
Jamais	11	11	19

Tableau XVIII: Remise en cause du diagnostic, $p=0.0876$

Une majorité des MGA pensaient que le PM remettrait en cause leur diagnostic tout comme les MGNP.

Ressenti du MG consultant

	MGA	MGNP
Très anxiogène	0	3
Assez anxiogène	20	21
Peu anxiogène	18	21
Pas anxiogène du tout	15	5

Tableau XIX: Caractère anxiogène de la consultation, $p=0.0636$

Cette consultation pourrait être anxiogène pour les deux groupes, à noter une proportion plus importante de MGA à la considérer « pas anxiogène du tout ».

La moitié des MGNP estimait que cette consultation serait source d'une plus grande peur d'être jugé, alors que dans la réalité seulement 39,6% des MGA avaient ce ressenti ($p = 0.3895$).

	MGA	Fusion	MGNP
Très à l'aise	6	37	1
Plutôt à l'aise	31		33
Plutôt mal à l'aise	16	16	14
Très mal à l'aise	0		2

Tableau XX: Aisance lors de la consultation, $p=1$

La majorité des MGA se sentaient à l'aise lors de cette consultation, ce qui correspond à la représentation que s'en faisaient les MGNP.

Difficulté ressentie par le MG en fonction du motif de consultation

	MGA	MGNP	MGA	MGNP
Plus facile	3	5	1	2
Équivalente	41	38	18	21
Plus difficile	9	7	34	27

Tableau XXI: Consultation pour une cause bénigne, $p=0.678$;

Consultation pour une cause grave, $p=0.527$

La consultation pour une cause bénigne paraissait largement être de difficulté équivalente pour les MGA, tout comme supposé par les MGNP. En revanche lors de la consultation pour une cause grave, celle-ci était considérée soit plutôt équivalente, soit plus difficile. Pour les MGA, la difficulté liée à la confraternité semblait être soulignée.

Positionnement uniquement en tant que parent et enjeu dans la consultation

	MGA	Fusion	MGNP	Fusion
Pas du tout d'accord	2		4	
		23		23
Pas d'accord	21		19	
		20		22
Ne sait pas	20	20	22	22
Tout à fait d'accord	10	10	5	5

Tableau XXII: Positionnement uniquement en tant que parent, $p=0.4326$

	MGA	Fusion	MGNP	Fusion
Pas du tout d'accord	3	8	4	9
Pas d'accord	5		5	
Ni en accord, ni en désaccord	25	25	14	14
D'accord	15	20	24	27
Tout à fait d'accord	5		3	

Tableau XXIII: Le positionnement uniquement en tant que parent est un enjeu de cette consultation,
 $p=0.1275$

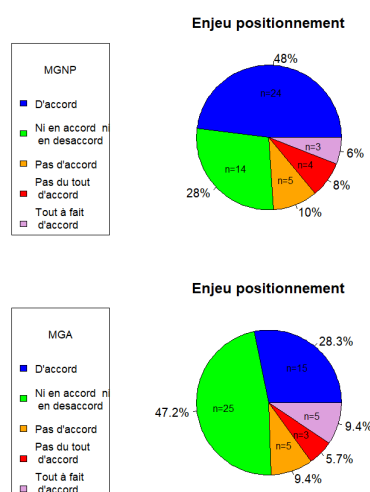
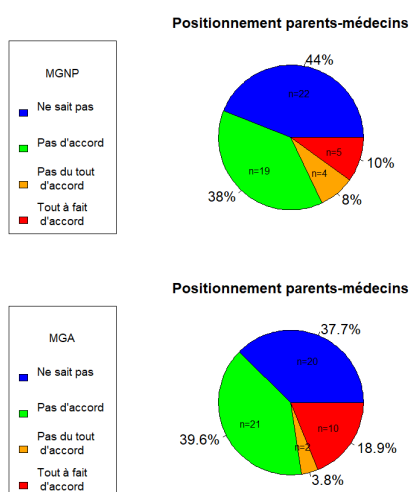


Figure 11: Positionnement du PM uniquement en tant que parent

Figure 12: Positionnement du PM uniquement en tant que parent
 = enjeu ?

Les MGA trouvaient majoritairement que le PM n'arrivait pas à se positionner uniquement en tant que parent lors de cette consultation ou qu'ils ne pouvaient le déterminer, comme l'imaginaient les MGNP. Pour autant, ils s'accordaient largement à dire qu'il s'agissait soit d'un enjeu de cette consultation, soit qu'ils ne semblaient pas l'avoir envisagé.

4. Différences significatives entre consultation réelle et imaginée

Les tests d'indépendance ont montré qu'il y avait 4 questions sur 50 (Annexe 4) qui montraient une différence significative entre MGNP et MGA (Figure 13) : les circonstances de cette consultation, l'accompagnant de l'enfant, la présence du PM lors de celle-ci et la discussion préalable sur la manière dont le PM souhaiterait être considéré.

	MGA	MGNP
Problème aigu	15	8
Suivi médical courant	7	1
Les deux	31	41

Tableau XXIV: Circonstance de suivi,
p=0.0189

	MGA	MGNP
PM	13	9
PNM	20	8
Les deux	15	20
Autre	5	13

Tableau XXV: Accompagnement de l'enfant en
consultation, p=0.0181

	MGA	MGNP
Toujours	7	11
Souvent	16	23
Rarement	18	13
Jamais	12	3

Tableau XXVI: Présence du PM, p=0.0407

	MGA	MGNP
Oui	12	22
Non	41	28

Tableau XXVII: Considération du PM en
consultation, p=0.0362

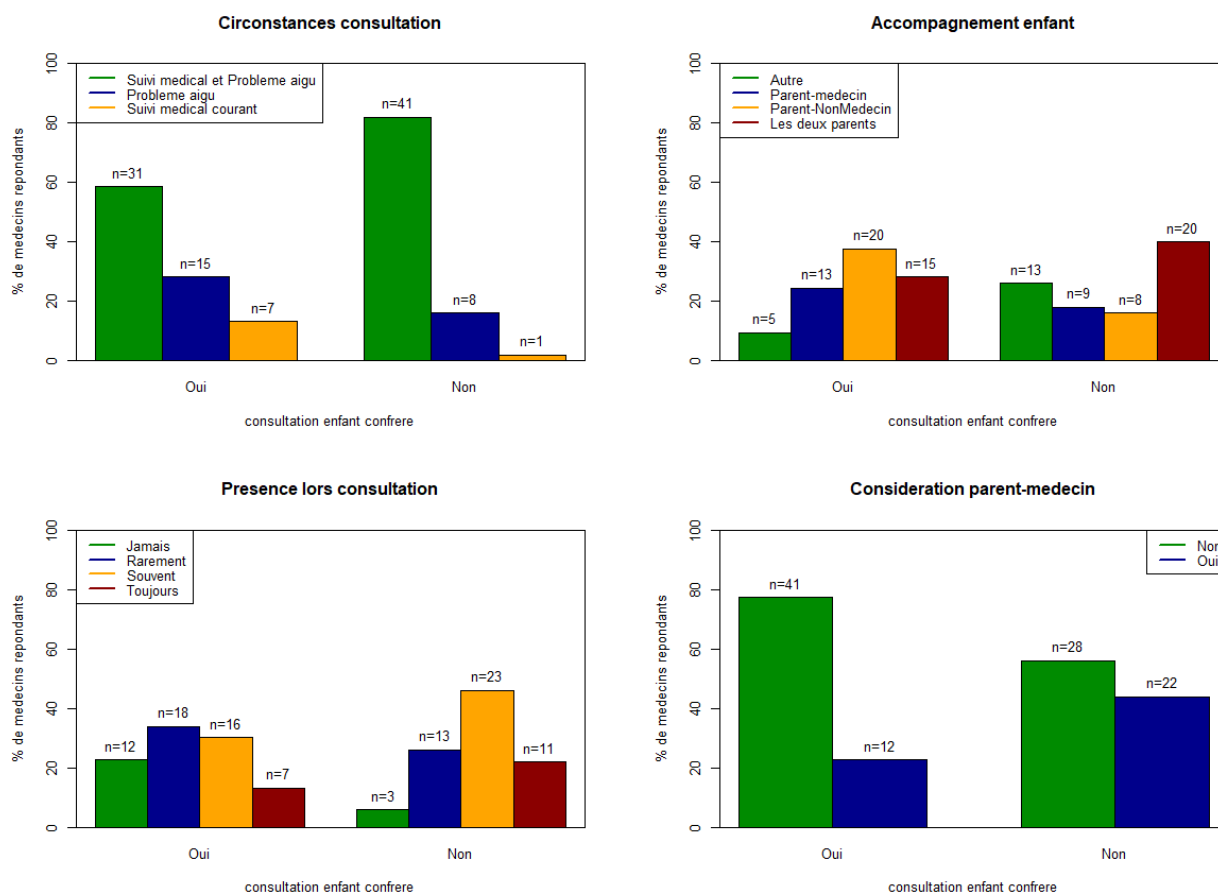


Figure 13: Croisement entre le statut MGA/MGNP et les questions sur les circonstances de consultation de l'enfant de MG, l'accompagnement de l'enfant lors de la consultation, la présence du PM lors de la consultation et de la discussion préalable sur la manière dont le PM souhaitait être considéré pendant cette consultation.

Selon les MGNP et comparativement aux MGA, le PM consulterait plus conjointement pour le suivi médical et la prise en charge des problèmes aigus de son enfant (82%) ($p=0.0189$). Les MGA considéraient quant à eux des motifs de consultation plus variables.

Les MGNP pensaient que l'enfant serait majoritairement amené par les 2 parents à la consultation (40%) alors que pour les MGA, le Parent Non Médecin (PNM) l'accompagnait le plus souvent (37,7%) ($p=0.0181$).

Les MGNP envisageaient que le PM serait plutôt présent à la consultation (68%) alors qu'en réalité il était plus souvent absent (56,6%) ($p=0.0407$).

Pour 56% des MGNP, il n'y aurait pas de discussion préalable à propos de la considération du parent comme un autre parent versus 77,4% des MGA ($p=0.0362$).

5. Comparaison entre MGA et MGNP : analyse multivariée

5.1. Descriptions des questions sélectionnées pour comparer les représentations des MGNP versus la réalité vécue par les MGA

La sélection des questions candidates pour comparer les représentations que se faisaient les MGNP et la réalité vécue par les MGA, a donné 19 questions (incluant les 4 questions qui étaient significativement liées avec un test de Khi-2 ou Fisher exact). Un tableau descriptif a été réalisé pour les décrire (Annexe 6).

5.2. Caractéristiques liées à la différence entre représentations et réalité.

Il a été comparé les représentations des MGNP par rapport à la réalité de cette consultation pour les MGA via un modèle de régression logistique multivariée (Annexe 7). La réponse « Oui » à la Q1 (MGA) était la référence de l'analyse. Elle permettait alors, en intégrant plusieurs composantes, de démontrer une significativité de certaines variables ($p \leq 0,05$).

Ainsi elle montrait que :

- le rapport nombre d'hommes/nombre de femmes était plus important dans le groupe MGNP que dans le groupe MGA ;
- les MGNP pensaient plus discuter de la manière dont le PM souhaitait être considéré par rapport à la réalité ;
- les MGNP envisageaient plus que le PM prenne rendez-vous par le mode habituel que directement par le médecin lui-même ;
- pour le suivi médical habituel, les MGNP surestimaient la réponse « rarement » par rapport aux MGA.

En revanche, ils sous estimaient :

- le fait que ce soit le PNM qui accompagne l'enfant en consultation ;
- la réponse « plus rarement » quand il s'agissait de voir les enfants de confrère seuls en consultation ;
- d'envisager de discuter de la rémunération avec le PM ;
- que le PM puisse remettre en cause leur diagnostic ;
- que la consultation d'enfant de confrère ne soit pas du tout anxiogène.

6. Focus sur la réalité de la consultation de l'enfant de confrère MG

Cette analyse multivariée complémentaire nous a permis d'identifier différents groupes de médecins pour chaque thème du questionnaire (Annexes 8, 9, 10 et 11). Le but était d'identifier les principaux aspects du cadre, du contenu et de la relation MG/PM de cette consultation.

6.1. Concernant le cadre de la consultation

- **« Un cadre habituel »**

Pour un premier groupe composé de 23 médecins, le PNM accompagnait l'enfant et le PM était rarement présent à cette consultation. Ils discutaient des conditions de prise de rendez-vous mais pas de l'accès facilité à la consultation. Ils ne pensaient pas non plus être plus disponibles pour l'enfant d'un confrère que pour les autres enfants. Ils n'ouvraient pas de créneaux supplémentaires pour les enfants de confrères MG. Ils étaient toujours rémunérés lors de ces consultations.

- **« Une relation privilégiée »**

Dans un deuxième groupe composé de 11 médecins, le PM accompagnait l'enfant et était toujours présent à la consultation. Ils voyaient ces enfants aussi souvent seuls en consultation que les autres enfants. Ils ne discutaient pas au préalable avec le PM de la manière dont celui-ci souhaitait être considéré lors de la consultation de son enfant et étaient d'accord pour être plus disponibles pour ces enfants que pour les autres. Ils effectuaient des consultations à leur domicile et au domicile des PM.

- **« Un cadre pensé »**

Dans un troisième groupe composé de 19 médecins, les deux parents accompagnaient l'enfant à la consultation et le PM était souvent présent lors de celle-ci. Ils voyaient l'enfant de confrère seul plus rarement par rapport aux autres enfants. Ils discutaient d'un accès facilité à la consultation et discutaient au préalable de la rémunération de celle-ci. Ils effectuaient des consultations dans leur cabinet sur des créneaux horaires supplémentaires.

6.2. Concernant le contenu de la consultation

- **« Un contenu habituel »**

Ce premier groupe était composé de 36 médecins. Lors des consultations pour des pathologies aiguës que le PM jugeait préoccupantes, ce dernier consultait autant que les autres parents. Ces MG avaient l'impression que leur examen clinique était le même que pour les autres enfants. Ils pensaient que la durée de cette consultation était la même que celle d'un autre enfant. Enfin, ils considéraient prescrire autant de médicaments, d'examens complémentaires et de solliciter autant d'avis spécialisés que pour les autres enfants.

- **« Un contenu adapté au statut du PM »**

Ce deuxième groupe était composé de 14 médecins. Lors des consultations pour des pathologies aiguës que le PM jugeait préoccupantes, celui-ci consultait moins que les autres parents. Concernant le suivi médical habituel, il consultait rarement et globalement moins que les autres parents. Ces MG avaient l'impression que parler le même langage médical que le PM était complexifiant pour la consultation. Ils avaient l'impression que leur examen clinique était plus ciblé que pour les autres enfants. Ils estimaient prescrire moins de médicaments et d'examens complémentaires que pour les autres enfants.

- **« Un contenu dans la réassurance »**

Ce dernier groupe était composé de 3 médecins. Lors des consultations pour des pathologies aiguës que le PM jugeait bénignes, ce dernier consultait souvent et autant que les autres parents. Pour des pathologies aiguës que le PM jugeait préoccupantes, il était plus sollicité que par les autres parents. Ces médecins avaient l'impression que leur examen clinique était plus complet que pour les autres enfants.

6.3. Relation médecin et parent-médecin

- **« Une relation habituelle »**

Ce premier groupe était composé de 32 médecins. Ils trouvaient que cette consultation était peu ou pas du tout anxiogène et qu'elle n'entraînait pas une plus grande peur d'être jugé chez eux. La consultation pour une cause bénigne ou grave était équivalente à une autre consultation en termes de facilité à leurs yeux. Ils n'utilisaient pas l'analyse médicale du PM pour élaborer leurs diagnostics. Ils étaient à l'aise lors de cette consultation et avaient l'impression de ne pas savoir si le PM arrivait à se positionner uniquement en tant que parent lors de celle-ci.

- **« Une relation déstabilisante »**

Ce deuxième groupe était composé de 21 médecins. Ils trouvaient que cette consultation était assez anxiogène et entraînait une plus grande peur d'être jugé chez eux. La consultation pour une cause bénigne ou grave était plus difficile qu'une autre. Ils utilisaient l'analyse médicale du PM pour mener leur consultation. Lors de celle-ci, ils étaient mal à l'aise, pensaient que le PM n'arrivait pas à se positionner comme un autre parent et ils s'accordaient sur le fait que le PM se positionne uniquement comme un parent lors de cette consultation était un enjeu important pour eux.

7. Commentaires libres des répondants

Les commentaires intéressaient la relation unissant le MG au PM :

« De mon point de vue, mon attitude ne change pas entre l'enfant d'un confrère ou un autre enfant. J'ai répondu au questionnaire en considérant le parent comme un parent uniquement et non pas comme un confrère. » MGNP 1

« Je crois que la place du parent-médecin consultant dépend de sa personnalité, de sa relation avec son enfant et de la relation qu'il a avec le confrère qui réalise la consultation (s'ils se connaissent ou non). Personnellement, je me sentirai peut-être plus à l'aise pour évoquer mes hypothèses diagnostiques si je connais le parent-médecin et si on est en bons termes. » MGNP 2

« Très intéressant comme sujet. Je suis intéressé par la diffusion des résultats. Un élément à prendre en compte est l'expérience. Je suis installé depuis 4 ans et ne prends en charge qu'un seul enfant de médecin. Les toutes premières consultations étaient plus difficiles, le temps de trouver nos repères... finalement comme avec tout patient. Plus le temps passe et plus cela est simple. Il y a évidemment un jeu de miroir puisque je suis également père de 2 enfants de 4 ans et de 15 mois. Le fait d'avoir parlé de cet effet a beaucoup aidé à l'ajustement de l'information à donner aux parents-médecins. Par contre, en tant que père, j'avoue fuir toutes les consultations de mes enfants chez leur médecin généraliste par anticipation de ces problématiques... Leur suivi est différent, c'est certain. Toutes les consultations systématiques sont scrupuleusement réalisées et je vérifie leur temporalité et les vaccinations, mais en cas de pathologie aiguë, je les examine et prescris par « la force des choses » : exemple encore ce samedi, lorsque je rentre des consultations à 13h et que je vois mon fils qui a une laryngite, je ne vais pas consulter le médecin de garde pour confirmer mon examen, ou encore mon fils qui a été vu pour une bronchite et qui présente une ré-ascension thermique quelques jours

plus tard : l'examen clinique permet d'entendre le foyer pulmonaire le soir même et c'est plutôt bénéfique... Mais je suis moins à l'aise pour examiner mes fils que les enfants de parents-médecins. Notre métier fait naître finalement chez nos enfants un risque médical théorique (en n'étant pas tiers). De plus, la nécessité peut contraindre un parent-médecin à prendre un risque médical qu'il ne souhaiterait pas prendre pour ses propres enfants. Prendre en charge les enfants de mes confrères m'investit, par les éléments sus-cités, d'un rôle de tiers que je prends très à cœur... Au moins pour soulager ces parents dont la profession ne devrait pas être une particularité pour la santé de leurs enfants. » MGA1

« Le ressenti lors de la consultation dépend du comportement des parents. Le mal être arrive s'ils se positionnent en tant que médecin et non plus en tant que parent. Pour ma part, notre consœur reste dans son rôle de maman. » MGA 2

Mais aussi le statut de l'enfant consulté :

« Je pense qu'il ne faut pas se prendre la tête, certes prendre en compte l'expertise du Parent médecin, mais ça reste un patient comme les autres. » MGNP 3

« J'oublie que l'enfant est celui d'un confrère. Cela est peu important. Le dialogue est avec le parent. » MGA 3

« Dans tous les cas, les enfants de médecins confrères suivis étaient également des amis. » MGA 4

Tout en insistant bien sur l'importance de donner un cadre à cette consultation :

« Je n'accepte le suivi que si je peux considérer l'enfant comme une consultation habituelle (mêmes tarifs, prise de rdv et déroulé de consultation habituelle), sinon je refuse (comme pour les enfants d'amis trop proches), mais c'est plus l'affectif qui peut me gêner dans la consultation, plutôt que l'aspect médecin du parent » MGA 5

Et en précisant les spécificités de celle-ci :

« Je pense que l'état d'esprit de prise en charge est très dépendant du relationnel que l'on entretient avec le parent-médecin (Collègue de cabinet ou non, ami ou connaissance), mais aussi de la motivation de ce parent-médecin à se tourner vers nous (demande de sa part ? de son conjoint ? de l'enfant ? type de pathologie ou suivi régulier ? Spécialisation éventuelle de ce parent-médecin qui diffère de la prise en charge pédiatrique ? Problème psychologique ou comportemental ?? » MGNP 4

« Jusque-là, je n'ai suivi des enfants de confrères généralistes que dans leur petite enfance, et toujours des enfants de consœurs. Je continue à suivre des enfants plus grands d'une consœur d'une autre spécialité. J'ai reçu pour une ou quelques consultations des ados de confrères généralistes et ce peut être plus compliqué que pour d'autres ados. » MGA 6

« J'en ferais plutôt plus. Il se trouve que c'est souvent le conjoint non-médecin qui amène l'enfant, peut être car le parent médecin se met dans ma peau et n'ose pas interférer avec moi, mais je sais que quand je m'adresse à la mère, c'est comme si je m'adressais au parent-médecin car tout lui est répété ; je soigne plutôt mieux l'observation dans le carnet de santé car je sais qu'elle va être lue... » MGA 7

Tout en essayant de donner quelques conseils aux PM et aux consultants :

« Je pense qu'il faut encourager les parents-médecins à ne pas suivre eux même leurs enfants. » MGNP 5

« Je soigne ma famille comme mes patients et comme les familles de confrères » MGA 8

Et nous orientaient vers un probable changement de paradigme :

« Je pense qu'il y a sans doute une différence entre la prise en charge d'un enfant de confrère jeune et celui d'un confrère plus âgé ? En effet, dans mon entourage, il me semble que les confrères de la jeune génération tendent plus à faire suivre leurs enfants par un autre confrère alors que les confrères plus âgés ont peut-être plus tendance à suivre leurs enfants eux même (peut-être plus de gêne à consulter pour leur enfant alors qu'ils sont eux même médecin ?). » MGA 9

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. Forces de l'étude

Une étude novatrice

A notre connaissance et d'après les recherches réalisées dans les bases de données médicales, cette étude était la première à s'intéresser à la consultation de l'enfant de MG du point de vue du soignant grâce à une méthode mixte. Une seule thèse qualitative analysait cette perspective, il s'agissait de la thèse du Dr Aude ARSICAUD (16).

Elle était aussi la première à étudier les différences entre la manière dont elle était envisagée par les MGNP et celle dont elle était effectivement vécue par les MGA. Cette étude avait également pour objectif de discuter les « idées préconçues » sur la consultation de l'enfant de confrère MG et ainsi d'alerter les praticiens spécialistes en MG sur les différents enjeux et spécificités de cette consultation.

Un questionnaire mixte

Les investigateurs ont opté pour une méthode quantitative, d'une part pour étudier au plus près les différentes pratiques en MG et d'autre part en vue d'obtenir les résultats les plus significatifs possibles. En effet, ce choix de méthode a permis d'obtenir un large panel de médecins, exerçant dans 3 départements limitrophes comportant chacun des particularités en termes de démographie médicale.

En complément de cette méthode quantitative, il a été ajouté une partie qualitative via les Q1 et Q37 pour les MGNP et via la Q37 pour les MGA. Cet ajout a permis d'explorer la raison pour laquelle les MGNP n'avaient pas pris en charge d'enfant de confrère MG ; elle

correspondait également à la volonté des investigateurs d'ouvrir la discussion pour ne pas méconnaître certains aspects spécifiques de cette consultation.

Une population de MG hétérogène...

L'art médical tel qu'il est enseigné aujourd'hui s'appuie sur un socle scientifique commun à tous les médecins (Evidence Based Médecine : Médecine fondée sur les preuves). Chaque médecin oriente ensuite sa pratique en fonction de ses différentes expériences, des patients rencontrés et des situations vécues. Cette pratique peut être également influencée par les différents maîtres de médecine côtoyés durant leur cursus médical.

Les MG interrogés étaient des hommes, des femmes, de tous âges, MSU ou non, exerçant en rural, semi rural ou en urbain, en cabinet de groupe, Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ou bien seuls. La réalisation de cette étude sur 3 départements a donc permis d'étudier un large ensemble de pratiques et de praticiens.

... et représentative de la démographie médicale des 3 départements

L'âge moyen des médecins interrogés dans l'étude était de 47,7 ans, soit d'environ de 3 ans inférieur à l'âge moyen des médecins en France en 2018 qui était de 51 ans (21).

Sur les 103 répondants, 51 étaient des femmes (49,5%) et 52 des hommes (50,5%), quand, dans la population médicale française la répartition est de 46% de femmes versus 54% d'hommes. Cette différence peut s'expliquer par le fait que la population des médecins répondants était plutôt jeune et que les femmes sont majoritaires parmi les médecins de moins de 60 ans (52%) (21).

La répartition des réponses de chaque département suivait celle du nombre de médecins interrogés avec respectivement : la Mayenne qui représentait 17% des réponses vs 16% des interrogés, le Maine-et-Loire 60% des réponses vs 58% des interrogés et la Sarthe 23% des

réponses vs 26% des interrogés. La population interrogée paraissait donc relativement représentative des 3 départements et plus globalement de la démographie médicale nationale.

Adaptation de la méthodologie de recueil

Les médecins ont été démarchés en nom propre, par voie téléphonique via leur secrétariat, les e-mails explicatifs étaient nominatifs et ils avaient la possibilité de répondre au questionnaire soit par téléphone, soit en ligne. La conjonction de ces modalités a permis d'obtenir un taux de réponse de l'ordre de 36,5% (103 répondants sur 282 médecins démarchés) alors que le taux de réponse initialement attendu était d'environ 30 %. Il est possible que cette adaptation de la méthodologie mise en place par les investigateurs pour obtenir une meilleure adhésion des médecins interrogés au projet de thèse ait permis d'obtenir un meilleur taux de réponse.

Limitation du biais de sélection par la méthode de recrutement

La stratégie d'échantillonnage à partir de l'annuaire AMELI des praticiens en médecine générale des 3 départements limitait le biais de sélection.

1.2. Faiblesses de l'étude

Biais de compréhension/réponse

Certains médecins contactés par téléphone n'avaient pas dans l'idée de répondre au questionnaire s'ils n'avaient pas consulté d'enfants de confrères.

Pour anticiper au mieux ce risque de biais, les investigateurs ont dû préciser leurs attentes vis-à-vis des médecins interrogés dans un e-mail. Dans celui-ci et la relance adressés aux médecins, les investigateurs insistaient sur l'importance de leur réponse, qu'ils aient ou non

suivi des enfants de confrères MG (Annexe 1). Malgré tout, certains médecins ont pu mal comprendre l'objectif de l'étude et ne pas se sentir concernés.

Parmi les médecins interrogés, 15 MG avaient commencé le questionnaire mais ne l'avaient pas fini. Une des explications possibles est que la longueur du recueil ait pu rebuter certains MG à le finir. Il est cependant intéressant de noter que parmi ceux ne l'ayant pas terminé, il y avait une majorité de MGA. Ce résultat paraît étonnant dans la mesure où il était attendu que ce soit plutôt les MGNP qui n'y répondent pas entièrement car il concernait une consultation hypothétique qu'ils n'avaient pas vécue.

Des médecins ont pu aussi mal comprendre certaines réponses demandées dans le cas où ils avaient choisi de répondre au questionnaire en ligne, situation qui ne pouvait se présenter lors des recueils de données téléphoniques. Dans la question concernant l'âge optimal du MG pour consulter un enfant de confrère, certaines réponses aberrantes étaient retrouvées notamment plusieurs réponses situaient cet âge optimal entre 0 et 1 an. L'hypothèse est que certains MG ayant répondu au questionnaire en ligne auraient compris qu'ils étaient interrogés sur l'âge optimal de l'enfant à consulter et non pas l'âge optimal du MG les prenant en charge. Ce phénomène ne s'est pas retrouvé dans le recueil téléphonique car l'investigateur pouvait préciser sa pensée directement auprès du MG lorsque celui-ci semblait donner une réponse erronée.

Biais de tendance centrale

Étant donné les échelles de réponses (Likert) utilisées pour certaines questions, les répondants ont pu hésiter à donner des valeurs extrêmes (« toujours », « jamais », « pas du tout d'accord », « totalement d'accord »). Les questions comportant ce type d'échelle de réponses ont donc pu entraîner une tendance à répondre de manière « neutre » à la question.

Fusion des résultats

Du fait de la multiplication des possibilités de réponses, certains effectifs étaient faibles ce qui a eu une conséquence sur la puissance statistique des analyses et des tests effectués ; ces résultats n'étaient finalement que peu pertinents. Une fusion des modalités de réponses a été effectuée et a pu entraîner des difficultés d'analyse et d'interprétation pour les auteurs. Par exemple, à la question « Pensez-vous que le PM remet en cause votre diagnostic ? », 38 MGA répondaient « Rarement » à cette question. La réponse « Rarement » a été fusionnée en « Oui ». Cependant, quelqu'un qui remet rarement en cause le diagnostic ne peut ni être considéré comme le remettant tout le temps en cause (« Oui »), ni être considéré comme ne le remettant jamais en cause (« Non »). Les résultats de ces réponses ont donc dû être interprétés et pondérés à la lumière de cette analyse.

2. Discussion des résultats

2.1. Points communs entre la consultation d'un enfant de confrère MG et celle d'un autre enfant et singularités propres à la consultation de l'enfant de confrère MG

2.1.1. Points communs entre les 2 consultations

68% des MGA considéraient que le cadre de la consultation était le même pour un enfant de confrère MG que pour un autre enfant.

Les MG interrogés consultaient aussi fréquemment seuls les enfants de confrères MG que les autres. Ce résultat conforte cependant le fait que le cadre de la consultation tend à être le même pour tous les enfants.

Plus de 58% des MGA ne se déclaraient pas plus disponibles pour les enfants de confrères MG que pour les autres.

Ce résultat est analysé de 2 manières : Dans un premier temps, il paraît plutôt satisfaisant d'un point de vue déontologique et éthique de constater qu'il n'existe pas de tendance majoritaire au traitement de faveur lié au statut d'enfant de PM. Dans un deuxième temps, qu'il s'agit donc du PM qui s'adapte au MG consulté et non pas l'inverse. Cependant, il est possible qu'il soit plus difficile de refuser un rendez-vous pour un enfant de confrère que pour un autre enfant dans le cas où le PM juge que ce rendez-vous est nécessaire. Il faut donc pondérer ce résultat car il est probablement biaisé par une volonté de neutralité de la part du MG interrogé. Les MGNP considéraient qu'au cas où ils consulteraient un enfant de confrère MG ils seraient plus disponibles pour eux : cela démontre leur volonté de bien faire, l'implication qu'ils mettraient dans cette relation et leur adaptabilité pour se mettre à la disposition de ces enfants.

Le PM n'avait pas tendance à contacter directement le MG consulté. En cela, son attitude n'est pas différente du comportement habituel des autres parents. Pour obtenir des informations sur le contenu de la consultation de son enfant, il se référerait à l'accompagnant (cf verbatim MGA 7), consulterait le carnet de santé (cf verbatims MGA1 et MGA8) et prendrait note des différentes prescriptions réalisées par le MG.

Un peu plus de la moitié des MGA trouvaient que le fait de parler le même langage que le PM était facilitant pour la consultation. Les résultats étaient néanmoins inférieurs à ceux attendus. L'idée première est de se dire que parler le même langage que quelqu'un est très facilitant. En effet, tout médecin a déjà fait face aux difficultés engendrées par la barrière de la langue : les difficultés de compréhension et les contresens que cela peut provoquer, aussi bien dans le sens Patient/MG que MG/Patient. En parlant le même langage que l'interlocuteur, la discussion est plus fluide, la compréhension et les attentes de l'autre plus précises, les signes

cliniques mieux interprétés, le diagnostic plus facilement posé et la prise en charge ainsi que les thérapeutiques proposées mieux comprises et ainsi réalisées de manière optimale. Comme rapporté par le MGA3, une des hypothèses serait que le MG oublie qu'il s'agit de l'enfant d'un confrère et de ce fait la discussion n'est plus d'ordre technique mais plutôt humaine et donc le langage médical est assez peu utilisé lors de ces consultations. Aude ARSICAUD (16) rapportait d'ailleurs que certains PM se plaignaient d'un discours trop médical de la part du MG consulté.

81 % des MGA estimaient que leur examen clinique était le même pour tous les enfants, 64% que la durée de la consultation était également identique. Ils étaient 72% des MGA à prescrire autant de médicaments, 88% à prescrire autant d'examen complémentaires et 90% adressaient aux spécialistes autant les enfants de confrères MG que les autres enfants. Ces résultats tendent à montrer que le contenu et l'analyse médicale afférente à cette consultation resteraient habituels. L'épargne médicamenteuse peut tout de même se discuter car dans le cas de pathologies aiguës de type otite, la réévaluation médicale du PM peut parfois permettre de s'affranchir d'antibiotiques et donc ainsi d'épargner certaines prescriptions médicamenteuses superflues comme décrites par les recommandations (22). Il est à noter que 64% des MGA comptaient sur la réévaluation médicale du PM.

« Je respecterais toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leur conviction. »

Serment d'Hippocrate

« Il y a évidemment un jeu de miroir puisque je suis également père de 2 enfants de 4 ans et de 15 mois. Le fait d'avoir parlé de cet effet a beaucoup aidé à l'ajustement de l'information à donner aux parents-médecins » MGA 1.

Les conseils qui peuvent être donnés aux parents lors d'une consultation d'enfant sont primordiaux. En effet, les MG font partie intégrante de la prévention qui est un objectif majeur de la médecine générale comme le précise le Dr RAZAFIMANANTSOA dans sa thèse de 2016 (23) :

« La prise en charge médicale comporte l'accès aux soins primaires, donc le médecin généraliste qui en est l'acteur principal a son propre rôle à jouer dans la gestion de la prévention »

La prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire permet d'obtenir une diminution majeure et durable des pathologies ayant une cause étiologique évidente (tabagisme passif dans les bronchiolites, allergies alimentaires avec éviction de l'allergène, conseils aux parents pour éviter la plagiocéphalie...). Cette information délivrée doit évidemment être adaptée à chaque parent, à ses facultés de raisonnement, à son niveau socio-économique ainsi qu'à son métier. Dans l'étude, 2/3 des MGA donnaient autant de conseils aux PM qu'aux autres parents et qu'1/3 donnait moins de conseils qu'aux autres parents (cette part était cependant sous-estimée du fait qu'il s'agissait du PNM qui accompagnait le plus souvent l'enfant à la consultation). Ce résultat s'explique en partie par le sentiment qu'ont les MG que le PM a les mêmes connaissances qu'eux. Or on constate que certains conseils pratiques délivrés par les MGA peuvent avoir une importance dans la vie quotidienne du PM et de son enfant. Ces MG ont été choisis par les PM pour leur connaissance du suivi de l'enfant et pour la confiance que le PM place en eux. Nous ne saurions qu'insister sur l'importance de continuer à dispenser ces conseils et nous estimons qu'il est important qu'ils soient les mêmes que pour les autres parents.

La distribution des réponses concernant l'anxiété générée par la consultation de l'enfant de confrère MG était relativement homogène. Il n'est donc pas possible de conclure sur le

caractère anxiogène ou non car elle dépend en réalité de multiples éléments : motif, degré d'urgence, contenu, relation unissant le PM et le MG, confiance entre les différents protagonistes, gravité du diagnostic évoqué, attitude du PM lors de la consultation... Celle-ci serait donc la même lors d'une consultation habituelle pour un autre enfant.

« Le ressenti lors de la consultation dépend du comportement des parents. Le mal être arrive s'ils se positionnent en tant que médecin et non plus en tant que parent. » MGA 2

2.1.2. Spécificités de la consultation de l'enfant de confrère MG

L'hypothèse initiale des chercheurs était que les MG ne faisaient pas régler la consultation de leur confrère. Contrairement à ce qui était attendu, on constatait que 56% des MGA étaient rémunérés de manière systématique. Il n'y a donc pas de consensus sur le sujet. Comme pour toute autre consultation d'enfant, il est nécessaire de poser un cadre à celle-ci, condition *sine qua non* à un maintien d'une bonne relation entre MG et PM, comme explicité par le MGA 5. Il peut cependant paraître légitime de se faire rémunérer pour cet acte dans la mesure où le MG consulté engage sa responsabilité tant dans le diagnostic qu'il pose que dans les examens qu'il demande et dans la prise en charge secondaire à cette consultation. Par ailleurs, le remboursement par l'assurance maladie n'est soumis à aucune réglementation particulière, hormis la déclaration du médecin traitant aux 16 ans de l'enfant. Ceci permet au MG une souplesse importante pour lui dans le choix de faire payer cette consultation ou non. Le serment d'Hippocrate est une explication possible au fait que certains praticiens ne veulent pas faire payer les confrères tant pour eux que pour leur famille.

« J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité »

Serment d'Hippocrate

Le MG consulté peut également décider de ne pas faire payer la consultation. Il peut s'agir pour lui d'un moyen de faire la démonstration d'une vertu morale et éthique. Le paiement ou non de l'acte est donc laissé libre à chacun et il paraît logique de ne pas légiférer sur ce point, tout en insistant sur l'importance d'en discuter au préalable avec le PM pour ne pas créer de quiproquo.

On constatait que dans la réalité, 25% des PM passaient directement par le MG pour la prise de rendez-vous. Cela peut s'expliquer par les liens intimes unissant souvent le PM et le MG (amis, confrère du cabinet). Ce contact direct pouvait être également l'occasion pour le MG consulté de jauger le degré d'urgence, de donner des conseils pratiques aux PM ou de demander au PM de dispenser certains premiers soins à l'enfant en attendant la consultation. On remarquait également qu'environ 50% des MGA consultaient l'enfant de confrère sur un créneau horaire supplémentaire. On peut de manière censée dire qu'il s'agissait d'une adaptation du MG consulté au fait que l'enfant consulté soit celui d'un confrère MG, élément retrouvé dans la thèse d'Aude ARSICAUD (16) qui résume ce phénomène :

« Il donne son numéro de téléphone, accepte des horaires de consultation inhabituels, coordonne les prescriptions qu'il fait, tout cela, ils le disent, dans le but de garder une bonne ambiance. »

On constatait que les PM étaient moins assidus à la consultation pour le suivi médical habituel que les autres parents. D'une part car les PM sont souvent équipés au domicile pour réaliser ce suivi eux même (balance, toise, connaissance du développement de l'enfant), d'autre part parce que les PM consultent la plupart du temps un MG pour se rassurer eux-mêmes comme l'explique le Dr Aude ARSICAUD (16) dans sa thèse. Ce besoin de réassurance intervient surtout quand ils ont l'impression qu'il y a une anomalie dans le développement de

leur enfant. D'autre part, le suivi médical habituel mensuel de la première année est ponctué de gestes invasifs pour l'enfant : on imagine donc que le PM a plutôt tendance à consulter pour la réalisation des vaccins que pour la réalisation de la courbe staturo-pondérale ...

« Mais en cas de pathologie aigue, je les examine et prescris par « la force des choses » MGA 3

On constatait que les PM consultaient également moins que les autres parents pour les pathologies qu'ils jugeaient bénignes. Ce résultat s'explique probablement par plusieurs phénomènes : la volonté du PM de ne pas « déranger » le MG consulté, la facilité d'accès aux outils nécessaires à la consultation (stéthoscope, thermomètre, tensiomètre, otoscope), la facilité de prescription et l'absence de « peur » du PM d'engager sa responsabilité diagnostique quand ce diagnostic paraît simple. Il est cependant important de préciser qu'une consultation initialement pour une cause bénigne n'est pas forcément simple et peut nécessiter une expertise d'une personne « neutre ». Le fait que les PM consultent moins pour les pathologies aiguës qu'ils estiment bénignes était également retrouvé par le Dr Aude ARSICAUD (16) dans sa thèse et expliqué par le Dr Camille BOUVE dans la sienne (14) :

« Globalement, les parents médecins consultaient moins que les autres parents, notamment pour les pathologies aiguës qui étaient gérées à la maison. » A. ARSICAUD

« Cette « évidence », est bien souvent, confirmée par le médecin (...) l'ensemble des contenus laisse suggérer un nombre conséquent d'épisodes qui s'inscrivent dans le quotidien. » C. BOUVE

Lors de toute consultation médicale, l'interrogatoire tient une place importante dans l'élaboration du diagnostic par le MG. Il est à séparer en 2 parties distinctes : la première est constituée des signes cliniques dits « objectifs » relatés par le PM lors de cette consultation

(fièvre, constantes, signes de détresse respiratoire, anorexie, etc.). L'autre partie se résume plus à l'impression clinique du parent, des signes plus « subjectifs » et donc plus empreints d'affects. Ne dit-on pas que ceux qui connaissent le mieux les enfants sont leurs parents ? Une attitude inhabituelle de l'enfant, un signe clinique en apparence bénin mais non présent habituellement peuvent alerter le parent. On constatait que 66% des MGA utilisaient l'analyse médicale du PM pour mener leur consultation et élaborer leur diagnostic et 64% comptaient sur la réévaluation médicale du PM après la consultation.

Il paraît néanmoins important de réaliser un examen clinique complet pour conforter, voir même pour établir ce diagnostic. L'analyse médicale du PM paraît donc importante à prendre en compte tout en étant confrontée à l'examen clinique réalisé lors de la consultation de l'enfant de confrère MG.

« Certes prendre en compte l'expertise du Parent médecin, mais ça reste un patient comme un autre. » MGNP 3

2.2. Similitudes et différences entre la réalité vécue par le MGA et les représentations des MGNP

2.2.1. Similitudes notables entre les 2 groupes MGA et MGNP

Il était attendu une part plus importante de MSU dans le groupe MGA que dans le groupe MGNP car les auteurs pensaient que les PM voulaient plutôt confier leurs enfants à des confrères très au fait des recommandations récentes sur le suivi de l'enfant et par une plus grande proximité des jeunes PM avec les MSU. Or il a été constaté qu'il n'existait pas de différence significative dans la composition des 2 groupes. Ce résultat pourrait être expliqué par un manque de puissance de l'étude.

Une remarque d'un des MGA a cependant interrogé les auteurs sur un changement d'habitude des médecins concernant la prise en charge médicale de leurs enfants.

« Je pense qu'il y a sans doute une différence entre la prise en charge d'un enfant de confrère jeune et celui d'un confrère plus âgé ? En effet, dans mon entourage, il me semble que les confrères de la jeune génération tendent plus à faire suivre leurs enfants par un autre confrère alors que les confrères plus âgés ont peut-être plus tendance à suivre leurs enfants eux même (peut-être plus de gêne à consulter pour leur enfant alors qu'ils sont eux même médecin ?). »

MGA 9

On assisterait donc plus globalement à une transition de dogme entre une pratique médicale « à l'ancienne » qui consistait à prendre en charge ses propres enfants (médecine paternaliste) et une médecine « moderne » basée sur la décision partagée, consistant à placer ses enfants « entre les mains » d'un confrère, dans le but d'obtenir un avis extérieur moins empreint d'affects, phénomène bien décrit dans la thèse du Dr JOFFRE-BERTHOMME (11).

L'étude des résultats retrouve que les MGA avaient commencé à consulter un enfant de confrère MG relativement jeunes (en moyenne à l'âge de 38,5 ans). Il est possible qu'ils avaient des amis de leur âge et suivaient probablement leurs enfants. Cependant notre population de MG étudiée était plus jeune de 3 ans que la population médicale française et il faudrait donc relativiser ce résultat. En effet il est possible que cela ait entraîné un biais.

2.2.2. Différences entre les 2 groupes MGA et MGNP

Il était constaté une plus grande proportion de MG exerçant en urbain dans le groupe MGA (37,7% groupe MGA vs 32% groupe MGNP) et une plus grande proportion de MG exerçant en rural dans le groupe MGNP (26% dans le groupe MGNP vs 24,5% dans le groupe MGA) sans

pour autant que les différences soient statistiquement significatives ce qui peut également s'expliquer par un manque de puissance de l'étude. Cette tendance dans les résultats peut être la conjonction de 2 phénomènes : La moyenne d'âge des MG exerçant en urbain a tendance à diminuer et celle de ceux exerçant en rural et en semi-rural a tendance à augmenter (24), d'une part, les MG jeunes feraient plutôt suivre leurs enfants quand les MG plus âgés les suivraient eux-mêmes, d'autre part.

Les MGNP envisageaient plutôt une prise en charge globale de l'enfant incluant le suivi médical courant (développement staturo-pondéral, psychomoteur, suivis obligatoires et vaccinations) et la prise en charge des pathologies aiguës. Or, les PM consultaient en réalité selon des modes plus variés.

Cela s'explique par une probable « idéalisation » d'une prise en charge globale de l'enfant par les MGNP. Dans la réalité des faits, il est fréquent que ce soit le PM qui prenne en charge lui-même les pathologies aiguës comme décrit précédemment : rapidité de l'examen clinique, facilité d'accès à la consultation, prescription de médicaments possible par le PM lui-même. Cette prise en charge par le PM de son propre enfant est confortée par les résultats retrouvés par le Dr Aude-Jean LOBSTEIN (4) dans sa thèse, qui retrouvait que 98% des PM avaient déjà soigné leur enfant.

Dans la réalité vécue par les MGA, l'enfant était le plus souvent amené à la consultation par le PNM (37,7%). Les MGNP pensaient quant à eux que l'enfant était plutôt accompagné à la consultation par une personne autre pour 25% des interrogés (grands-parents, assistante maternelle...) ou bien par les deux parents simultanément (39%).

Les MGNP pensaient que le PM était souvent, voir toujours présent à la consultation ce qui n'était pas confirmé par les MGA qui observaient au contraire que le PM était souvent voir toujours absent à la consultation de son enfant.

Ces résultats peuvent être expliqués par plusieurs choses :

- Le PM a une amplitude horaire importante au niveau de son travail et le PNM a probablement une amplitude horaire de travail moins grande lui permettant une plus grande disponibilité pour amener l'enfant à la consultation sur les créneaux horaires ouverts du MG consulté.
- Le PM ne veut pas interférer dans la consultation de son enfant. S'il a décidé de confier son enfant à un autre MG ce n'est pas sans intérêt et notamment celui de se « décharger » de la responsabilité de la pose du diagnostic et de la prise en charge. On pourrait parler de se délester d'une charge mentale (16). Ses résultats sont aussi renforcés par plusieurs analyses des médecins interrogés :

« Par contre, en tant que père, j'avoue fuir toutes les consultations de mes enfants chez leur médecin généraliste par anticipation de ces problématiques... » MGA 1

« Il se trouve que c'est souvent le conjoint non-médecin qui amène l'enfant, peut être car le parent médecin se met dans ma peau et n'ose pas interférer avec moi, mais je sais que quand je m'adresse à la mère, c'est comme si je m'adressais au parent-médecin car tout lui est répété. » MGA 7

- Le PM s'intéresse à la consultation mais essaye de prendre du recul avec celle-ci. Il garde cependant un regard critique.

« je vérifie leur temporalité et les vaccinations » MGA 1

« je soigne plutôt mieux l'observation dans le carnet de santé car je sais qu'elle va être lue... » MGA 7

- Ces résultats sont à nuancer car les auteurs n'ont pas pris en compte le fait que les 2 parents de l'enfant pouvaient être MG.

Moins d'un tiers des PM discutaient de ces différents sujets avec le MG avant la consultation :

- Conditions de prise de rendez-vous
- Délai de consultation
- Accès facilité à la consultation
- Rémunération du praticien
- De la manière dont il souhaitait être considéré en consultation

Il s'agit ici d'un point important de l'étude : plus de la moitié des MGNP pensaient parler avant la consultation avec le PM de la manière dont celui-ci souhaitait être considéré en consultation, alors que dans la réalité ils n'étaient que 22% à en avoir effectivement parlé avec le PM. Finalement la relation unissant le PM et le MG pose implicitement les bases de ces consultations et les rôles sont bien prédéfinis par chacun de manière naturelle et instinctive : d'un côté le soignant, de l'autre le parent de soigné. Enfin il est à noter que le contexte de la consultation ne se prête pas toujours à cette discussion préalable. En effet, elle pourrait avoir lieu dans le cadre d'un suivi médical courant de l'enfant mais elle paraît moins possible lors d'une consultation pour pathologie aiguë de celui-ci.

On constate que 80% des MGA pensaient que le PM remettait en cause le diagnostic qu'ils ont porté suite à la consultation, tout en nuancant fortement ce résultat car 66% des MGA considéraient que les PM ne remettaient en cause leur diagnostic que « rarement ». Les MGNP pensaient également la même chose mais dans une moindre proportion sans pour autant que cette différence ne soit significative entre les 2 groupes. Cela s'explique évidemment par un esprit critique exacerbé chez le PM mais prouve également que le fait de se positionner en tant que parent uniquement lors de cette consultation reste difficile. Se détacher de son rôle de médecin est complexe d'autant plus lorsque ce diagnostic concerne un proche : une fois encore

il est donc essentiel d'avoir conscience de l'importance de l'affect dans la relation triangulaire complexe entre le MG, l'enfant de PM et le PM.

Les 2 groupes s'accordaient pour dire que le PM n'arrivait pas à se positionner uniquement comme parent lors de cette consultation ou qu'ils ne pouvaient pas juger de ce positionnement. Les 2 groupes MGA et MGNP étaient également d'accord pour dire que le positionnement du PM en tant que parent uniquement était un enjeu de cette consultation ou qu'ils ne l'avaient pas envisagé en tant que tel.

Ces résultats soulignent l'importance pour le MG consulté que le PM arrive à se positionner uniquement comme un parent tout en insistant sur la difficulté que cela représente dans la réalité. En effet, pour réussir à faire cela, il doit se détacher de ses connaissances, de son statut social de médecin et de son implication affective lors de cette consultation. Certains médecins semblent agir avec ce parent sans l'enfermer dans un rôle.

Ces résultats confirment les résultats de plusieurs études mentionnées dans la thèse du Dr Aude ARISCAUD (16) dans lesquelles les investigateurs retrouvaient une volonté chez le PM de ne pas mélanger leur rôle de médecin et celui de parent malgré les difficultés que cela comportait. Bien qu'empreints de leurs expériences, de leurs études et de l'idée qu'ils se faisaient de la médecine, ils essayaient néanmoins de garder un recul nécessaire à un certain esprit critique. L'idée étant de rester parent avant médecin.

« Souvent, le médecin qui emmenait son enfant se posait avant tout en parent et souhaitait donc être considéré comme les autres parents. » Aude ARSICAUD (16).

Le parent qui consulte un confrère pour la prise en charge de son enfant le fait par choix : il fait le choix de ne plus être dans un rôle de PM mais il se positionne uniquement en tant que parent. Il se déleste d'un poids, le poids de poser un diagnostic, le poids de risquer de se

tromper, le poids de la responsabilité comme relaté dans sa thèse par Aude ARSICAUD (16) et expliqué par le MGNP 2 :

« Je crois que la place du PM consultant dépend de sa personnalité, de sa relation avec son enfant et de la relation qu'il a avec le confrère qui réalise la consultation (s'il se connaissent ou non). »

Dans les expressions libres, les MG insistaient sur l'importance de cette relation unissant le PM et le MG :

« Pour ma part, notre consœur reste dans son rôle de maman. » MGA 2

« J'ai répondu au questionnaire en considérant le parent comme un parent uniquement et non pas de comme un confrère » MGNP 1

Du positionnement du PM découle donc la simplicité de la consultation et sa « fluidité » : la confiance instaurée entre le MG et le PM, l'angoisse générée par la consultation pour le MG, l'élaboration facilitée du diagnostic aidée de l'analyse médicale du PM dans un jeu de transferts et contre-transferts multiples, source d'adaptation pour les deux parties.

Grâce à l'analyse multivariée effectuée, il a pu être mis en perspective les résultats obtenus avec la théorie de l'attachement en sociologie (25) qui met en évidence 3 grands types de liens affectifs entre parent et enfant (sécure, insécure-ambivalent/anxieux et insécure évitant) comme nous mettons en évidence 3 grands profils de MG consultant ou ne consultant pas les enfants de confrères MG :

- Le premier profil de médecin est assimilé à l'attachement sécure : La relation est simple, fluide, les relations entre le PM et le MG sont saines et franches, le PM met entre les mains du MG son enfant et ne remet pas en cause le diagnostic. La consultation est

rémunérée, la prise de RDV habituelle et il n'y a pas de « passe-droit » particulier car il s'agit de l'enfant d'un confrère. Le médecin est sûr de lui, de son diagnostic et s'appuie sur l'analyse médicale du PM mais surtout sur sa propre analyse clinique.

« Face à un médecin qui savait se montrer sûr de lui et en qui il avait confiance, l'anxiété cédait rapidement. » Dr Aude ARSICAUD (16).

- Le deuxième profil de médecin s'apparente à la théorie l'attachement inséculaire-ambivalent/anxieux. Ce MG essaye de s'adapter au parent médecin mais il ne s'agit pas d'une relation naturelle pour lui. Il fait parfois régler la consultation mais pas toujours, il adapte des créneaux supplémentaires pour consulter l'enfant de confrère qu'il peut parfois d'ailleurs prendre en charge au domicile du PM ou chez lui, cette consultation entraîne une plus grande angoisse et une peur d'être jugé mais il se sent d'un autre côté très important pour le PM et très investi dans cette tâche qui lui est confiée.
- Le troisième et dernier profil de médecin est celui s'apparentant à l'attachement inséculaire évitant. Nous avons trouvé assez peu de médecins ayant ce profil car comme l'adjectif « évitant » le souligne, ces médecins essayent de fuir au maximum ces consultations qui sont difficiles à vivre pour eux et source de grand stress.

La façon d'être de chaque MG lors de ces consultations varie aussi en fonction de la relation unissant le PM et le MG, des attentes du PM envers les MG consulté, du cadre posé par ce dernier pour la consultation de l'enfant et des pathologies de l'enfant.

Il pourrait être intéressant d'étudier à l'avenir l'avis des enfants de MG sur leur suivi par un autre personne que leur parent, étudier les conséquences sur leur santé et leurs vaccinations et ainsi observer l'évolution des pratiques. Il pourrait également être de bon aloi de proposer des recommandations sur le suivi des proches de MG en s'inspirant de celles effectuées par les sociétés savantes anglo-saxonnes tout en les adaptant aux spécificités du système de santé français. Ces recommandations pourraient permettre aux enfants de MG et d'autres

spécialistes de bénéficier d'un suivi médical optimal emprunt de neutralité et d'objectivité, tout en respectant la liberté de chaque parent.

CONCLUSION

Que les médecins généralistes suivent ou non des enfants de confrères, le rappel des bases d'une confiance mutuelle répond à l'impérieuse nécessité d'un respect entre toutes les parties de cette consultation : confiance, cadre et confraternité.

Les différentes recherches effectuées sur cette consultation particulière s'accordent à dire qu'il s'agit d'une consultation pour un enfant comme les autres mais qui a cette particularité d'avoir un parent singulier malgré le fait que ça ne soit pas lui qui l'ait décidé. Ce PM peut intervenir dans les relations entre le MG et l'enfant ou bien être très neutre et laisser la relation se créer entre ces derniers.

Les MG interrogés tendent à suivre ces enfants comme les autres.

Il paraît important pour le MG de faire abstraction ou de s'adapter à ce statut particulier de ce parent pour prendre en charge l'enfant de manière optimale.

Pour être traité comme tout parent, il faut savoir se plier aux modalités de consultation qu'ont les autres parents : prise de rendez-vous habituelle, paiement de la consultation, consultation sur les créneaux habituels au cabinet du médecin.

Cette attitude nous semble être la clé de voute d'une relation de confiance entre MG et PM.

Il est important de penser aux bénéfices pour son enfant qui doit rester le centre de cette consultation.

Il en est l'objet, le sujet et le déterminant. L'intérêt de l'enfant doit toujours primer.

Et qui de mieux que les MG pour mettre en évidence les choses à retenir :

« Je pense qu'il faut encourager les parents-médecins à ne pas suivre eux même leurs enfants. » MGNP 5

« Au moins pour soulager ces parents dont la profession ne devrait pas être une particularité pour la santé de leurs enfants. » MGA 1

BIBLIOGRAPHIE

1. La mortalité infantile est stable depuis dix ans après des décennies de baisse - Insee [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560308>
2. 20 examens de 0 à 16 ans - AMELI. :1.
3. Thèse: Marie Michel - Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées [Internet]. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/200/1/2013TOU31074.pdf>
4. Jean-Lobstein A. Thèse: Aude Jean Lobstein : Audit sur le suivi médical des enfants de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2010.
5. Article 7 - Non discrimination | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-7-non-discrimination-231>
6. Code de déontologie - EU [Internet]. American Medical Association. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/treating-self-or-family>
7. Medical Board of Australia - Bonnes pratiques médicales: un code de conduite pour les médecins en Australie [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.medicalboard.gov.au/codes-guidelines-policies/code-of-conduct.aspx>
8. Code de déontologie des médecins - CANADA. C M. :19.
9. Article: 10 avril 2011 - Juste après dresseuse d'ours [Internet]. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.jaddo.fr/2011/04/10/>
10. Soigner ses proches, une bonne idée ? [Internet]. Le Généraliste. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/installation/article/2019/04/19/soigner-ses-proches-une-bonne-idee-_318336
11. JOFFRE BERTHOMME B. Thèse: BERANGERE JOFFRE BERTHOMME - QUELS MEDECINS POUR LES ENFANTS DE MEDECINS GENERALISTES ? A PROPOS D'UNE ENQUETE REALISEE AUPRES DE 186 MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX DU RHONE [Thèse d'exercice]. [France]; 2001.
12. Goubet J. Thèse: Justine Goubet - Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants: peut-on soigner ses enfants? :84.
13. Manasterski F. Thèse: Fabien Manasterski - Étude des leviers et des freins dans la prise en charge par un médecin généraliste de membres de sa famille: enquête auprès de médecins généralistes de Meurthe et Moselle. :30.

14. Bouve C. Thèse: Camille BOUVE. Soigner ses proches : Quelle résonnance chez les soignés ? Etude du ressenti des proches par enquête qualitative. :73.
15. Wojtenka C. Thèse: Claire WOJTENKA - Le suivi des vaccinations chez les enfants de médecins généralistes: étude pilote. :75.
16. Thèse: Aude Arsicaud - Soigner l'enfant d'un confrère, une consultation différente? [Internet]. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/52191852.pdf>
17. Test de Fisher exact [Internet]. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.duclert.org/r-tests-statistiques/test-fisher-exact-R.php>
18. pratique_regression_logistique.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: http://eric.univ-lyon2.fr/~ricco/cours/cours/pratique_regression_logistique.pdf
19. Sanharawi ME, Naudet F. Sélection des variables candidates avec $p < 0.2$ en analyse univariée. /data/revues/01815512/v36i8/S0181551213002490/ [Internet]. 5 oct 2013 [cité 25 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/842576>
20. Analyse en composante multiple ACM et classification hiérarchique ascendantes CHA Husson, F., Le, S. and Pages, J. (2010). Exploratory Multivariate Analysis by Example Using R, Chapman and Hall.
21. dossier_presse_demographie.pdf [Internet]. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf
22. Otite : consultation et traitement [Internet]. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/otite-moyenne-aigue-enfant/consultation-traitement-evolution>
23. Razafimanantsoa - Place de la démarche préventive dans la pratique d.pdf [Internet]. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413478/document>
24. cnom_atlas_2018_0.pdf [Internet]. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
25. Caroline. La théorie de l'attachement : les 3 types d'attachement construits dans l'enfance et leurs répercussions à l'âge adulte [Internet]. Apprendre à éduquer. 2017 [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: <https://apprendreaeducer.fr/la-theorie-de-lattachement-les-3-types-attachement/>

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Croisement entre le statut de consultation d'enfant de confrère et les âges des médecins : à gauche, la distribution statistique des âges des médecins par groupe, à droite celle des âges moyens lors de leur consultation d'enfant de confrère pour les MGA et les âges optimaux imaginés par les MGNP.	17
Figure 2: Répartition des conditions d'exercice des MG dans chacun des groupes	18
Figure 3: Discussion des conditions de prise de rendez-vous.....	21
Figure 4: Discussion du délai de consultation.....	21
Figure 5: Discussion de l'accès facilité à la consultation.....	22
Figure 6: Discussion de la rémunération	22
Figure 7: Parler le même langage médical.....	25
Figure 8: Prescription de médicaments à l'issue de la consultation.....	27
Figure 9: Prescription d'examens complémentaires à l'issue de la consultation	27
Figure 10: Sollicitation d'avis spécialisé à l'issue de la consultation	27
Figure 11: Positionnement du PM uniquement en tant que parent.....	31
Figure 12: Positionnement du PM uniquement en tant que parent = enjeu ?	31
Figure 13: Croisement entre le statut MGA/MGNP et les questions sur les circonstances de consultation de l'enfant de MG, l'accompagnement de l'enfant lors de la consultation, la présence du PM lors de la consultation et de la discussion préalable sur la manière dont le PM souhaitait être considéré pendant cette consultation.....	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Sexe des MG, $p=0.199$	15
Tableau II: Conditions d'exercice, $p=0.8262$	18
Tableau III: Contact du PM, $p=0.0961$	19
Tableau IV: Consultation de l'enfant seul, $p=0.1843$	20
Tableau V: Similitude de cadre, $p=1$	20
Tableau VI: Discussions avant la consultation (les pourcentages représentent les discussions ayant eu lieu).....	21
Tableau VII: Disponibilité du MG, $p=0.2841$	22
Tableau VIII: Prise en charge en dehors des habitudes (les pourcentages représentent les réponses positives)	23
Tableau IX: Conditions de prise de rendez-vous, $p=0.1261$	23
Tableau X: Rémunération, $p=0.1229$	24
Tableau XI: Fréquence des consultations pour les pathologies aiguës jugées bénignes, $p=0.3787$; pour les pathologies aiguës jugées préoccupantes, $p=0.9757$; pour le suivi médical habituel, $p=0.1677$	24
Tableau XII: Fréquence des consultations pour les pathologies aiguës jugées bénignes par rapport aux autres parents, $p=1$; pour les pathologies aiguës jugées préoccupantes par rapport aux autres parents, $p=0.3772$; pour le suivi médical habituel par rapport aux autres parents, $p=0.17$	25
Tableau XIII: Parler le même langage médical, $p=0.2904$	25
Tableau XIV: Conseils, $p=0.1311$	26
Tableau XV: Examen clinique	26
Tableau XVI: Durée de consultation, $p=0.4713$	26

Tableau XVII: Prescription de médicaments, $p=0.6165$; Prescription d'examens complémentaires, $p=0.1093$; Sollicitation d'avis spécialisé, $p=0.1369$	27
Tableau XVIII: Remise en cause du diagnostic, $p=0.0876$	28
Tableau XIX: Caractère anxiogène de la consultation, $p=0.0636$	29
Tableau XX: Aisance lors de la consultation, $p=1$	29
Tableau XXI: Consultation pour une cause bénigne, $p=0.678$;	30
Tableau XXII: Positionnement uniquement en tant que parent, $p=0.4326$	30
Tableau XXIII: Le positionnement uniquement en tant que parent est un enjeu de cette consultation, $p=0.1275$	31
Tableau XXIV: Circonstance de suivi, $p=0.0189$	32
Tableau XXV: Accompagnement de l'enfant en consultation, $p=0.0181$	32
Tableau XXVI: Présence du PM, $p=0.0407$	32
Tableau XXVII: Considération du PM en consultation, $p=0.0362$	32

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	2
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	6
1. Objectifs principal et secondaires de l'étude.....	6
2. Choix de la méthode	6
3. Matériel	7
3.1. Population étudiée.....	7
3.1.1. Critères d'inclusion	7
3.1.2. Critères d'exclusion	7
3.1.3. Taille de la population cible.....	7
3.2. Élaboration du questionnaire.....	8
3.3. Design du questionnaire.....	8
3.4. Recueil des données	9
4. Méthodologie statistique.....	10
4.1. Traitement préalable des données	11
4.2. Analyse statistique	12
4.2.1. Analyse univariée.....	12
4.2.2. Analyse multivariée	13
RÉSULTATS.....	15
1. Population d'étude - Préalable.....	15
1.1. Sexe des MG	15
1.2. Age des MG.....	15
1.3. Âge du MGA lors des consultations et âge optimal du MGNP pour ce type de consultation	16
1.4. Maître de Stage Universitaire	17
1.5. Conditions d'exercice	18
1.6. Départements d'exercice	18
2. Au moins la moitié des médecins a eu en consultation un enfant de confrère MG.....	19
3. Différences non significatives entre consultation réelle et imaginée.....	19
3.1. Cadre de la consultation.....	19
3.2. Contenu de la consultation	24
3.3. Relation avec le PM	28
4. Différences significatives entre consultation réelle et imaginée.....	32
5. Comparaison entre MGA et MGNP : analyse multivariée.....	34
5.1. Descriptions des questions sélectionnées pour comparer les représentations des MGNP versus la réalité vécue par les MGA	34
5.2. Caractéristiques liées à la différence entre représentations et réalité.	34
6. Focus sur la réalité de la consultation de l'enfant de confrère MG.....	35
6.1. Concernant le cadre de la consultation	35
6.2. Concernant le contenu de la consultation.....	36
6.3. Relation médecin et parent-médecin	37
7. Commentaires libres des répondants	38

DISCUSSION	41
1. Forces et faiblesses de l'étude	41
1.1. Forces de l'étude.....	41
1.2. Faiblesses de l'étude.....	43
2. Discussion des résultats	45
2.1. Points communs entre la consultation d'un enfant de confrère MG et celle d'un autre enfant et singularités propres à la consultation de l'enfant de confrère MG.....	45
2.1.1. Points communs entre les 2 consultations.....	45
2.1.2. Spécificités de la consultation de l'enfant de confrère MG.....	49
2.2. Similitudes et différences entre la réalité vécue par le MGA et les représentations des MGNP	52
2.2.1. Similitudes notables entre les 2 groupes MGA et MGNP.....	52
2.2.2. Différences entre les 2 groupes MGA et MGNP	53
CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE	62
LISTE DES FIGURES.....	64
LISTE DES TABLEAUX	65
TABLE DES MATIERES.....	67
ANNEXES	I
1. E-Mail explicatif adressé aux médecins sélectionnés pour participer au questionnaire	I
2. Questionnaire adressé aux médecins généralistes	II
3. Base de données	X
4. Les p-valeurs des tests de Khi², Fisher exact et de l'analyse uni-variée de toutes les questions selon le statut de la consultation.....	XII
5. Distribution statistique des âges des médecins selon leur statut de consultation d'enfant de confrère.....	XIV
6. La description des 19 questions sélectionnées pour expliquer la différence entre représentation et réalité.	XV
7. Les réponses associées à la représentation que se font les médecins généralistes qui n'ont pas consulté l'enfant d'un confrère comparé à la réalité de ceux qui l'ont déjà faite : régression logistique multivariée.....	XVII
8. Description des tests validant l'appartenance d'une réponse dans un groupe de médecins généralistes	XIX
9. Les réponses du questionnaire caractérisant les clusters du cadre réel de la consultation	XX
10. Les réponses caractérisant les clusters du contenu réel de la consultation	XXI
11. Les réponses caractérisant les clusters de la relation réelle médecin et parent de la consultation	XXII

ANNEXES

1. E-Mail explicatif adressé aux médecins sélectionnés pour participer au questionnaire

Cher Dr ...,

Comme convenu au préalable avec votre secrétaire, nous vous invitons à répondre au questionnaire de notre thèse.

"Questionnaire sur le suivi des enfants de confrères généralistes par un médecin généraliste"

Nous sommes deux internes en médecine générale, Thibaut Barbier et Thibault Malcouronne effectuant des remplacements depuis 2 ans. Nous nous sommes intéressés dans le cadre de notre thèse à la prise en charge médicale des enfants de confrères généralistes par d'autres médecins généralistes et notamment aux singularités de ces consultations. Nous sommes encadrés par le Dr Cislighi pour ce travail. Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes installés en Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne. Que vous suiviez ou non un ou plusieurs enfants de confrères, votre avis nous intéresse.

Deux manières de répondre à ce questionnaire : convenir ensemble d'un rdv téléphonique pour que je recueille vos réponses ou bien cliquer sur le lien ci-dessous pour répondre à celui-ci via le site LIME SURVEY par smartphone, tablette ou ordinateur.

Par avance merci pour votre précieuse aide.

Pour plus d'informations, je suis joignable au

Bien cordialement.

Thibault BARBIER et Thibault MALCOURONNE

2. Questionnaire adressé aux médecins généralistes

2.1. Préalable

Avez-vous déjà pris en charge l'enfant d'un confrère généraliste dans sa période 0-16 ans ?

-Oui -> Questionnaire OUI

-Non : Pourquoi ? -> Questionnaire NON

2.2. QUESTIONNAIRE OUI

2.2.1. Praticien

2) Vous êtes ?

Un Homme / Une Femme

3) Quel âge avez-vous ?

Réponse chiffrée :

4) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez effectué votre toute première consultation d'enfant de confrère généraliste :

Réponse chiffrée :

4bis) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez effectué votre toute dernière consultation d'enfant de confrère généraliste :

Réponse chiffrée :

5) Êtes-vous maître de stage universitaire ?

Oui / Non

6) Dans quelles conditions exercez-vous ?

Rural /Semi rural / Urbain

7) Dans quelles circonstances avez-vous pris en charge ce/ces enfants de confrères :

- Problème aigu
- Suivi médical courant (consultations obligatoires et suivi annuel, vaccinations...)
- Les deux

Nous allons maintenant parler de votre pratique en général, sans penser à un cas particulier, l'idée est de coller au plus près à votre pratique réelle et non pas à une pratique souhaitée.

2.2.2. Cadre de la consultation

8) Quand vous suivez l'enfant d'un confrère, qui vous l'amène le plus souvent en consultation ?

- Le parent médecin généraliste
- Le parent non médecin généraliste
- Les deux
- Autre

9) Le parent médecin généraliste est-il présent lors de ces consultations ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

10) Lorsque le parent médecin généraliste est absent de ces consultations vous contacte-t-il directement :

- Oui avant la consultation
- Oui après la consultation
- Oui avant et après la consultation
- Non

11) Par rapport aux consultations avec les autres enfants, voyez-vous les enfants de médecins généralistes seuls ?

- Plus rarement
- Plus souvent
- Aussi fréquemment

12) Le cadre de ces consultations vous semble-t-il le même que pour les autres enfants ?

Oui / Non

13) Avez-vous discuté des points suivants avec le parent-médecin avant de débiter le suivi de son enfant ?

- Conditions de prise de rendez-vous Oui/Non
- Délai de consultation Oui/Non
- Accès facilité à la consultation Oui/Non
- Rémunération du praticien Oui/Non

14) Avez-vous discuté avec le parent-médecin de la manière dont il souhaitait être considéré en consultation (comme tout autre parent ou bien différemment) ?

Oui / Non

15) Avez-vous l'impression d'être plus disponible pour l'enfant d'un confrère que pour un autre enfant ?

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

16) Vous arrive-t-il de prendre en charge ces enfants en dehors des lieux ou horaires habituels de vos consultations ?

- Consultation en visite à domicile en dehors des créneaux habituels Oui / Non
- Consultations à votre domicile Oui/Non
- Consultations en cabinet sur un créneau supplémentaire Oui/Non

17) Pour la prise de rendez-vous le parent-médecin passe généralement par :

- Prise de rendez-vous habituelle (secrétaire, internet, etc.)
- Directement par vous

18) Êtes-vous rémunéré lors de ces consultations ?

- Oui toujours
- Oui parfois
- Non jamais

2.2.3. Contenu de la consultation

19) Trouvez-vous que pour les pathologies aiguës qu'ils jugent bénignes de leurs enfants les parents-médecins consultent ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

19-bis) Trouvez-vous que dans ce cas, ils consultent ?

- Plus que les autres parents
- Autant que les autres parents
- Moins que les autres parents

20) Trouvez-vous que pour les pathologies aiguës qu'ils jugent préoccupantes de leurs enfants les parents-médecins consultent ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

20-bis) Trouvez-vous que dans ce cas, ils consultent ?

- Plus que les autres parents
- Autant que les autres parents
- Moins que les autres parents

21) Trouvez-vous que pour le suivi médical habituel les parents médecins consultent ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

21-bis) Trouvez-vous que dans ce cas, ils consultent ?

- Plus que les autres parents
- Autant que les autres parents
- Moins que les autres parents

22) Avez-vous l'impression que de parler le même langage médical que le parent-médecin est :

- Très facilitant pour la consultation
- Facilitant pour la consultation
- Sans conséquence pour la consultation
- Complexifiant pour la consultation

23) Lors de la consultation d'un enfant de médecin généraliste, avez-vous l'impression :

- De donner plus de conseils
- De donner les mêmes conseils
- De donner moins de conseils

24) Avez-vous l'impression que votre examen clinique est (multi choix) :

- Plus complet que pour un autre enfant oui/non
- Plus ciblé que pour un autre enfant oui/non
- Le même que pour un autre enfant oui/non
- Moins exhaustif que pour un autre enfant oui/non

25) Avez-vous l'impression que la consultation d'un enfant de médecin généraliste dure globalement :

- Plus longtemps qu'une consultation d'un autre enfant
- Le même temps qu'une consultation d'un autre enfant
- Moins longtemps qu'une consultation d'un autre enfant

26) A l'issue de votre consultation, parce qu'il s'agit d'un enfant de confrère, avez-vous l'impression que :

- Vous prescrivez moins, autant ou plus de médicaments ?
- Vous prescrivez moins, autant ou plus d'examens complémentaires ?
- Vous sollicitez moins autant ou plus d'avis spécialisé ?

2.2.4. Relation avec le parent-médecin

27) Comptez-vous sur la réévaluation médicale de surveillance du parent-médecin après votre consultation ?

Oui / Non

28) Pensez-vous que le parent-médecin remet en cause votre diagnostic ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

29) Trouvez-vous que la consultation d'un enfant de confrère généraliste est :

- Très anxiogène
- Assez anxiogène
- Peu anxiogène
- Pas anxiogène du tout

30) La consultation d'un enfant de confrère entraîne-t-elle une plus grande peur d'être jugée chez vous ?

Oui / Non

31) Trouvez-vous que la consultation d'un enfant de confrère pour une cause bénigne est :

- Plus facile qu'une autre consultation
- Équivalente à une autre consultation
- Plus difficile qu'une autre consultation

32) Trouvez-vous que la consultation d'un enfant de confrère est pour une cause grave :

- Plus facile qu'une autre consultation
- Équivalente à une autre consultation
- Plus difficile qu'une autre consultation

33) Utilisez-vous l'analyse médicale du parent-médecin pour mener votre consultation ?

Oui / Non

34) Diriez-vous globalement que lors cette consultation vous êtes ?

- Très à l'aise
- Plutôt à l'aise
- Plutôt mal à l'aise
- Très mal à l'aise

35) Avez-vous l'impression que les parents-médecins arrivent à se positionner uniquement en tant que parent lors de la consultation ?

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ne sait pas
- Tout à fait d'accord

36) Est-ce que le fait que le parent médecin arrive à se positionner uniquement comme parent durant cette consultation est pour vous un enjeu ?

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni en accord, ni en désaccord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

37) Souhaitez-vous compléter par un commentaire libre à propos de cette consultation ?

Nous vous remercions de votre participation.

2.3. QUESTIONNAIRE NON

2.3.1. Praticien

2) Vous êtes ?

Un Homme / Une Femme

3) Quel âge avez-vous ?

Réponse chiffrée :

4) Quel âge vous semblerait optimal pour prendre en charge l'enfant d'un confrère ?

Réponse chiffrée :

5) Êtes-vous maître de stage universitaire ?

Oui / Non

6) Dans quelles conditions exercez-vous ?

Rural /Semi rural / Urbain

7) Dans quelles circonstances penseriez-vous pour prendre en charge ces enfants de confrères:

- Pour un problème aigu
- Pour le suivi médical courant (consultations obligatoires et suivi annuel, vaccinations...)
- Pour les deux

Vous êtes maintenant amené à voir en consultation l'enfant d'un confrère généraliste.

2.3.2. Cadre de cette consultation hypothétique

8) Par qui souhaiteriez-vous que l'enfant soit amené en consultation ?

- Le parent médecin généraliste
- Le parent non médecin généraliste
- Les deux
- Autre

9) Souhaiteriez-vous que le parent médecin généraliste soit présent lors de ces consultations ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

10) Si le parent médecin généraliste était absent lors de ces consultations souhaiteriez-vous qu'il vous contacte directement :

- Oui avant la consultation
- Oui après la consultation
- Oui avant et après la consultation
- Non

11) Par rapport aux consultations des autres enfants, souhaiteriez-vous voir les enfants de médecins généralistes seuls :

- Plus rarement
- Plus souvent
- Aussi fréquemment

12) Le cadre de ces consultations vous semblerait-il le même que pour les autres enfants ?

Oui / Non

13) Discuteriez-vous des points suivants avec le parent-médecin avant de débiter le suivi de son enfant ?

- Conditions de prise de rendez-vous Oui/Non
- Délai de consultation Oui/Non
- Accès facilité à la consultation Oui/Non
- Rémunération du praticien Oui/Non

14) Discuteriez-vous avec le parent-médecin de la manière dont il souhaiterait être considéré en consultation (comme tout autre parent ou bien différemment) ?

Oui / Non

15) Avez-vous l'impression que vous seriez plus disponible pour l'enfant d'un confrère que pour un autre enfant ?

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

16) Seriez-vous d'accord pour prendre en charge ces enfants en dehors des lieux ou horaires habituels de vos consultations ?

- Consultation en visite à domicile en dehors des créneaux habituels Oui / Non
- Consultations à votre domicile Oui/Non
- Consultations en cabinet sur un créneau supplémentaire Oui/Non

17) Pour la prise de rendez-vous préféreriez-vous que le parent-médecin passe par :

- La prise de rendez-vous habituelle (secrétaire, internet, etc.)
- Directement par vous

18) Demanderiez-vous une rémunération lors de ces consultations ?

- Oui toujours
- Oui parfois
- Non jamais

2.3.3. Contenu de cette consultation hypothétique

19) Pensez-vous que pour les pathologies aiguës qu'ils jugent bénignes de leurs enfants que les parents-médecins consultent ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

19-bis) Pensez-vous que dans ce cas, ils consultent ?

- Plus que les autres parents
- Autant que les autres parents
- Moins que les autres parents

20) Pensez-vous que pour les pathologies aiguës qu'ils jugent préoccupantes de leurs enfants les parents-médecins consultent ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

20-bis) Pensez-vous que dans ce cas, ils consultent ?

- Plus que les autres parents
- Autant que les autres parents
- Moins que les autres parents

21) Pensez-vous que pour le suivi médical habituel les parents médecins consultent ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

21-bis) Pensez-vous que dans ce cas, ils consultent ?

- Plus que les autres parents
- Autant que les autres parents
- Moins que les autres parents

22) Avez-vous l'impression que de parler le même langage médical que le parent-médecin serait :

- Très facilitant pour la consultation
- Facilitant pour la consultation
- Sans conséquences pour la consultation
- Complexifiant pour la consultation

23) Lors de la consultation d'un enfant de médecin généraliste, penseriez-vous :

- Donner plus de conseils
- Donner les mêmes conseils
- Donner moins de conseils

24) Pensez-vous que votre examen clinique serait (multi choix) :

- Plus complet que pour un autre enfant oui/non
- Plus ciblé que pour un autre enfant oui/non
- Le même que pour un autre enfant oui/non
- Moins exhaustif que pour un autre enfant oui/non

25) Pensez-vous que la consultation d'un enfant de médecin généraliste durerait globalement :

- Plus longtemps que la consultation d'un autre enfant
- Le même temps que la consultation d'un autre enfant
- Moins longtemps que la consultation d'un autre enfant

26) A l'issue de votre consultation, parce qu'il s'agit d'un enfant de confrère, avez-vous l'impression que :

- Vous prescrieriez moins, autant ou plus de médicaments ?
- Vous prescrieriez moins, autant ou plus d'examens complémentaires ?
- Vous solliciteriez moins autant ou plus d'avis spécialisé ?

2.3.4. Relation avec le parent-médecin

27) Compteriez-vous sur la réévaluation médicale de surveillance du parent-médecin après votre consultation ?

Oui / Non

28) Pensez-vous que le parent-médecin remettrait en cause votre diagnostic ?

Oui / Non

29) Pensez-vous que la consultation d'un enfant de confrère généraliste serait :

- Très anxiogène
- Assez anxiogène
- Peu anxiogène
- Pas anxiogène du tout

30) La consultation d'un enfant de confrère entraînerait-elle une plus grande peur d'être jugée chez vous ?

Oui / Non

31) Pensez-vous que la consultation d'un enfant de confrère pour une cause bénigne serait :

- Plus facile qu'une autre consultation
- Équivalente à une autre consultation
- Plus difficile qu'une autre consultation

32) Pensez-vous que la consultation d'un enfant de confrère pour une cause grave serait :

- Plus facile qu'une autre consultation
- Équivalente à une autre consultation
- Plus difficile qu'une autre consultation

33) Utiliseriez-vous l'analyse médicale du parent-médecin pour mener votre consultation ?

Oui / Non

34) Diriez-vous globalement que lors cette consultation vous seriez ?

- Très à l'aise
- Plutôt à l'aise
- Plutôt mal à l'aise
- Très mal à l'aise

35) Pensez-vous que les parents-médecins arriveraient à se positionner uniquement en tant que parent lors de la consultation ?

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ne sait pas
- Tout à fait d'accord

36) Le fait que le parent médecin arrive à se positionner uniquement comme parent durant cette consultation serait pour vous un enjeu ?

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni en accord, ni en désaccord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

37) Souhaitez-vous compléter par un commentaire libre à propos de cette consultation ?

Nous vous remercions de votre participation.

3. Base de données

3.1. Résumé des données des MGA

QMG1	QMG2	QMG3	QMG4	QMG4BIS	QMG5	QMG6
Oui:53	Féminin :30 Masculin:23	Min. :28.0 1st Qu.:39.0	Min. : 0.00 1st Qu.:30.00 Median :48.00 Mean :48.40 3rd Qu.:59.00 Max. :70.00	Min. : 0.00 1st Qu.:38.00 Median :33.00 Mean :34.55 3rd Qu.:40.00 Max. :63.00	Non:35 Oui:18 Median :44.00 Mean :44.94 3rd Qu.:55.00 Max. :64.00	Rural :13 Semi-rural:20 Urbain :20
QMG7						QMG8
Les deux :31						Autre : 5
Problème aigu :15						Le parent-médecin généraliste :13
Suivi médical courant (consultations obligatoires et suivi annuel, vaccinations ...): 7						Le parent non médecin généraliste:20
						Les 2 :15
QMG8BIS		QMG9	QMG10	QMG11	QMG12	QMG13A
:48		Jamais :12	Non :39	Aussi fréquemment:38	Non:17	Non:38
: 1		Rarement:18	Oui après la consultation : 2	Plus rarement :11	Oui:36	Oui:15
: 1		Souvent :16	Oui avant et après la consultation: 3	Plus souvent : 4		
: 1		Toujours: 7	Oui avant la consultation : 9			
Le parent médecin spécialiste: 1						
mère : 1						
QMG13B	QMG13C	QMG13D	QMG14	QMG15	QMG16A	QMG16B
Non:46	Non:39	Non:41	Non:41	:20	Non:49	Non:45
Oui: 7	Oui:14	Oui:12	Oui:12	D'accord :20	Oui: 4	Oui: 8
				Pas d'accord :16		
				Pas du tout d'accord:15		
				Tout à fait d'accord: 2		
QMG17				QMG18	QMG19	QMG19BIS
Directement par vous :15				Non jamais :10	Jamais :12	Autant que les autres parents: 4
Prise de RDV habituelle (secrétaire, internet...) :38				Oui parfois :15	Rarement:37	Moins que les autres parents :49
				Oui toujours:28	Souvent : 3	
					Toujours: 1	
QMG20	QMG20BIS		QMG21	QMG21BIS		
Jamais : 1	Autant que les autres parents:34		Jamais : 1	Autant que les autres parents:17		
Rarement: 8	Moins que les autres parents :14		Rarement:26	Moins que les autres parents :34		
Souvent :38	Plus que les autres parents : 5		Souvent :21	Plus que les autres parents : 2		
Toujours: 6			Toujours: 5			
QMG22		QMG23	QMG24A	QMG24B	QMG24C	QMG24D
Complexifiant pour la consultation : 9		De donner les mêmes conseils:35	Non:49	Non:48	Non:10	Non:52
Facilitant pour la consultation :21		De donner moins de conseils :14	Oui: 4	Oui: 5	Oui:43	Oui: 1
Sans conséquence pour la consultation:15		De donner plus de conseils : 4				
Très facilitant pour la consultation : 8						
QMG25		QMG26A	QMG26B			
Le même temps qu'une consultation d'un autre enfant :34		Autant de médicaments:38	Autant d'examens complémentaires:47			
Moins longtemps qu'une consultation d'un autre enfant: 1		Moins de médicaments :14	Moins d'examens complémentaires : 5			
Plus longtemps qu'une consultation d'un autre enfant :18		Plus de médicaments : 1	Plus d'examens complémentaires : 1			
QMG26C	QMG27	QMG28	QMG29	QMG30		
Autant d'avis spécialisés:48	Non:19	Jamais :11	Assez anxiogène :20	Non:32		
Moins d'avis spécialisés : 2	Oui:34	Rarement:38	Pas anxiogène du tout:15	Oui:21		
Plus d'avis spécialisés : 3		Souvent : 2	Peu anxiogène :18			
		Toujours: 2				
QMG31			QMG32	QMG33	QMG34	
Equivalente à une autre consultation :41			Equivalente à une autre consultation :18	Non:18	Plutôt à l'aise :31	
Plus difficile qu'une autre consultation: 9			Plus difficile qu'une autre consultation:34	Oui:35	Plutôt mal à l'aise:16	
Plus facile qu'une autre consultation : 3			Plus facile qu'une autre consultation : 1		Très à l'aise : 6	
QMG35		QMG36				
Ne sait pas :20		D'accord :15				
Pas d'accord :21		Ni en accord, ni en désaccord:25				
Pas du tout d'accord: 2		Pas d'accord : 5				
Tout à fait d'accord:10		Pas du tout d'accord : 3				
		Tout à fait d'accord : 5				

3.2. Résumé des données des MGNP

QMGNP1 Non:50	QMGNP2 Féminin :21 Masculin:29	QMGNP3 Min. :30.00 1st Qu.:35.00 Median :43.00 Mean :46.78 3rd Qu.:61.00 Max. :71.00	QMGNP4 Min. : 0.00 1st Qu.: 1.00 Median :30.00 Mean :22.56 3rd Qu.:35.00 Max. :99.00	QMGNP5 Non:32 Oui:18	QMGNP6 Rural :13 Semi-rural:21 Urbain :16
Les 2 Problème aigu Suivi médical				QMGNP7 :41 : 8 : 1	QMGNP8 Autre :13 Le parent-médecin généraliste : 9 Le parent-non-médecin généraliste: 8 Les deux :20
QMGNP9 Jamais : 3 Rarement:13 Souvent :23 Toujours:11	QMGNP10 Non :28 Oui après la consultation :15 Oui avant et après la consultation: 4 Oui avant la consultation : 3	QMGNP11 Aussi fréquemment:42 Plus rarement : 4 Plus souvent : 4	QMGNP12 Non:17 Oui:33	QMGNP13A Non:32 Oui:18	
QMGNP13B. Non:41 Oui: 9	QMGNP13C Non:31 Oui:19	QMGNP13D. Non:45 Oui: 5	QMGNP14 Non:28 Oui:22	QMGNP15 D'accord : 7 Pas d'accord :16 Pas du tout d'accord: 7 Tout à fait d'accord: 3	QMGNP16A Non:43 Oui: 7
				QMGNP16B Non:44 Oui: 6	QMGNP16C Non:18 Oui:32
		QMGNP17 Directement par vous : 7 Prise de RDV habituelle (secrétariat , internet ...) :43	QMGNP18 Non jamais :18 Oui parfois : 9 Oui toujours:23	QMGNP19 Jamais :18 Rarement:29 Souvent : 3	QMGNP19BIS Autant que les autres parents: 4 Moins que les autres parents :46
QMGNP20 Jamais : 1 Rarement: 6 Souvent :37 Toujours: 6	QMGNP20BIS Autant que les autres parents:30 Moins que les autres parents :18 Plus que les autres parents : 2	QMGNP21 Jamais : 2 Rarement:34 Souvent :12 Toujours: 2	QMGNP21BIS Autant que les autres parents:11 Moins que les autres parents :39		
	QMGNP22 Complexifiant pour la consultation : 6 Facilitant pour la consultation :29 Sans conséquence sur la consultation:11 Très facilitant pour la consultation: 4	QMGNP23 Donner les mêmes conseils:34 Donner moins de conseils :16	QMGNP24A Non:48 Oui: 2	QMGNP24B Non:41 Oui: 9	QMGNP24C Non:11 Oui:39
			QMGNP24D Non:49 Oui: 1		
	QMGNP25 Le même temps que la consultation d'un autre enfant :36 Moins longtemps que la consultation d'un autre enfant: 2 Plus longtemps que la consultation d'un autre enfant :12	QMGNP26A Autant de médicaments:36 Moins de médicaments :14	QMGNP26B Autant d'exams complémentaires:45 Moins d'exams complémentaires : 1 Plus d'exams complémentaires : 4		
QMGNP26C Autant d'avis spécialisés:40 Moins d'avis spécialisés : 1 Plus d'avis spécialisés : 9	QMGNP27 Non:14 Oui:36	QMGNP28 Non:19 Oui:31	QMGNP29 Assez anxiogène :21 Pas anxiogène du tout: 5 Peu anxiogène :21 Très anxiogène : 3	QMGNP30 Non:25 Oui:25	QMGNP31 Equivalente à une autre consultation :38 Plus difficile qu'une autre consultation : 7 Plus facile qu'une autre consultation : 5
	QMGNP32 Equivalente à une autre consultation :21 Plus difficile qu'une autre consultation:27 Plus facile qu'une autre consultation : 2	QMGNP33 Non:19 Oui:31	QMGNP34 Plutôt à l'aise :33 Plutôt mal à l'aise:14 Très à l'aise : 1 Très mal à l'aise : 2	QMGNP35 Ne sait pas :22 Pas d'accord :19 Pas du tout d'accord: 4 Tout à fait d'accord: 5	
QMGNP36 D'accord :24 Ni en accord, ni en désaccord:14 Pas d'accord : 5 Pas du tout d'accord : 4 Tout à fait d'accord : 3					

4. Les p-valeurs des tests de Khi2, Fisher exact et de l'analyse uni-variée de toutes les questions selon le statut de la consultation

pval univ	pval khi2	pval fish	Questions	Pval_reg< 0.05	pval_khi2< 0.05	pval_fish< 0.05	pval_univ <0.2
0.1377	0.199	0.1692	Q2	non	non	non	oui
0.8284	0.992	0.8394	Q5	non	non	non	non
0.826	0.8262	0.8778	Q6	non	non	non	non
0.014	0.0189	0.0202	Q7	oui	oui	oui	oui
0.0158	0.0181	0.0178	Q8	oui	oui	oui	oui
0.0341	0.0407	0.0396	Q9	oui	oui	oui	oui
0.0607	0.0961	0.0672	Q10	non	non	non	oui
0.1729	0.1843	0.1956	Q11	non	non	non	oui
0.8356	1	1	Q12	non	non	non	non
0.4026	0.5316	0.5266	Q13A	non	non	non	non
0.502	0.6899	0.591	Q13B	non	non	non	non
0.2074	0.2946	0.2908	Q13C	non	non	non	non
0.0798	0.1438	0.1124	Q13D	non	non	non	oui
0.0206	0.0362	0.0353	Q14	oui	oui	oui	oui
0.204	0.2841	0.2392	Q15	non	non	non	non
0.2872	0.4589	0.3495	Q16A	non	non	non	non
0.6463	0.8647	0.7763	Q16B	non	non	non	non
0.085	0.1288	0.1131	Q16C	non	non	non	oui
0.0737	0.1261	0.0948	Q17	non	non	non	oui
0.1202	0.1229	0.1305	Q18	non	non	non	oui
0.3235	0.3787	0.3738	Q19	non	non	non	non

0.9316	1	1	Q19BIS	non	non	non	non
0.9755	0.9757	0.9728	Q20	non	non	non	non
0.3693	0.3772	0.3901	Q20BIS	non	non	non	non
0.1621	0.1677	0.1487	Q21	non	non	non	oui
0.1151	0.17	0.1706	Q21BIS	non	non	non	oui
0.2863	0.2904	0.2988	Q22	non	non	non	non
0.0606	0.1311	0.1781	Q23	non	non	non	oui
0.4376	0.7284	0.6789	Q24A	non	non	non	non
0.2027	0.327	0.256	Q24B	non	non	non	non
0.6934	0.881	0.808	Q24C	non	non	non	non
0.9668	1	1	Q24D	non	non	non	non
0.4682	0.4713	0.4927	Q25	non	non	non	non
0.5084	0.6165	1	Q26A	non	non	non	non
0.091	0.1093	0.1375	Q26B	non	non	non	oui
0.1274	0.1369	0.122	Q26C	non	non	non	oui
0.3928	0.5209	0.4081	Q27	non	non	non	non
0.0533	0.0876	0.0818	Q28	non	non	non	oui
0.0567	0.0636	0.0621	Q29	non	non	non	oui
0.2893	0.3895	0.3256	Q30	non	non	non	non
0.6762	0.678	0.6945	Q31	non	non	non	non
0.5251	0.527	0.5143	Q32	non	non	non	non
0.6695	0.8248	0.6867	Q33	non	non	non	non
0.8426	1	1	Q34	non	non	non	non
0.4259	0.4326	0.4562	Q35	non	non	non	non
0.1247	0.1275	0.137	Q36	non	non	non	oui

5. Distribution statistique des âges des médecins selon leur statut de consultation d'enfant de confrère

Age	Indicateurs statistiques	Consulté N=53	Non consulté N=50	P-valeur
Âges des médecins	Minimum	28	30	
	Q1 (1/4)	39	35	
	Médiane (1/2)	48	43	
	Moyenne (ET)	48.4 (11)	46.9 (12.6)	P= 0.5545
	Q3(3/4)	59	61	
	Maximum	70	71	
Age moyen des médecins en consultation ou âge paraissant optimal pour une consultation d'un enfant de confrère MG	Minimum	27.5	0	
	Q1 (1/4)	36	1	
	Médiane (1/2)	38.5 (7)	28.5 (16.7)	
	Moyenne (ET)	40.1	21	P<0.0001
	Q3(3/4)	45	35	
	Maximum	60	50	

*ET= Écart-Type pour mesurer la dispersion autour de la moyenne

6. La description des 19 questions sélectionnées pour expliquer la différence entre représentation et réalité.

Variables	Analyse Descriptive N=103 MG		p-value vraisemblance univariée	Variables	Analyse Descriptive N=103 MG		p-value vraisemblance univariée
	MGA	MGNP			MGA	MGNP	
Sexe			P= 0.1377	Rémunération par le PM			P= 0.1202
Feminin	30	21		Non jamais	10	18	
Masculin	23	29		Oui parfois	15	9	
Circonstances			P=0.014	Oui toujours	28	23	
Suivi et problème aigus	31	41		Frequence consultation suivi			P= 0.1621
problème aigus seuls	15	8		Jamais	1	2	
Suivi medical seul	7	1		Rarement	26	34	
Accompagnement			P=0.0158	Souvent	21	12	
Autre	5	13		Toujours	5	2	
Parent-medecin	13	9		Comparaison suivi medical par rapport aux autres parents			P= 0.1151
Parent-Nonmedecin	20	8		Autant	17	11	
Les deux parents	15	20		Moins	34	39	
Présence du PM à la consultation			P= 0.0341	Plus	2	0	

Jamais	12	3		Conseils donnés			P= 0.0606
Rarement	18	13		Même	35	34	
Souvent	16	23		Moins	14	16	
Toujours	7	11		Plus	4	0	
Appel parent-médecin			P= 0.0607	Examens complémentaires			P= 0.091
Non	39	28		Autant	47	45	
Oui	14	22		Moins	5	1	
Cs seul avec l'enfant			P= 0.1729	Plus	1	4	
Aussi fréquemment	38	42		Sollicitation avis spécialisés			P= 0.1274
Plus rarement	11	4		Autant	48	40	
Plus souvent	4	4		Moins	2	1	
Discussion rémunération			P= 0.0798	Plus	3	9	
Non	41	45		Remise en cause diagnostic			P= 0.0533
Oui	12	5		Non	11	19	
Considération du PM lors de la cs			P= 0.0206	Oui	42	31	
Non	41	28		Degrés d'anxiété de la consultation			P= 0.0567
Oui	12	22		Assez anxiogène	20	24	
Consultation créneau supp			P= 0.085	Pas anxiogène	15	5	
Non	28	18		Peu anxiogène	18	21	
Oui	25	32		Enjeu			P= 0.1247
Mode prise RV			P= 0.0737	D'accord	20	27	
Directement	15	7		Ni en accord, ni en désaccord	25	14	
Mode habituel	38	43		Pas d'accord	8	9	

7. Les réponses associées à la représentation que se font les médecins généralistes qui n'ont pas consulté l'enfant d'un confrère comparé à la réalité de ceux qui l'ont déjà faite : régression logistique multivariée.

Variables	Regression Logistique multivariée	
	Coefficients ajustés IC 95%	P-valeur
<u>Sexe</u>		
Feminin	Reference	
Masculin	2.47 [-0.57 ; 4.81]	0.0202
<u>Circonstances</u>		
Suivi et problème aigus	Reference	
problème aigus seuls	-1.63 [-3.7 ; 0.19]	0.0946
Suivi medical seul	-4.88 [-10.51 ; -0.71]	0.0685
<u>Accompagnement</u>		
Autre	Reference	
Parent-medecin	-1.65 [-3.99 ; 0.51]	0.1416
Parent-Nonmedecin	-3.84 [-6.4 ; -1.76]	0.0009
Les deux parents	-0.87 [-2.99 ; 1.09]	0.3945
<u>Appel parent-medecin</u>		
Non	Reference	
Oui	1.27 [-0.46 ; 3.15]	0.1580
<u>Solitude avec l'enfant</u>		
Aussi frequemment	Reference	
Plus rarement	-3.72 [-6.64 ; -1.37]	0.0050
Plus souvent	-1.23 [-4.02 ; 1.29]	0.3550
<u>Discussion remuneration</u>		
Non	Reference	

Oui	-2.46 [-4.87 ; -0.34]	0.0302
<u>Consideration parent-medecin</u>		
Non	Reference	
Oui	2.59 [0.96 ; 4.58]	0.0044
<u>Consultation creneau supp</u>		
Non	Reference	
Oui	1.31 [-0.19 ; 2.99]	0.1006
<u>Mode prise RV</u>		
Directement	Ref	
Mode habituel	2.66 [0.72 ; 5.03]	0.0137
<u>Frequence consultation suivi habituel</u>		
Jamais	Reference	
Rarement	4.82 [0.89 ; 8.91]	0.0131
Souvent	2.36 [-1.42 ; 6.05]	0.1911
Toujours	2.99 [-1.55 ; 7.61]	0.1852
<u>Remise en cause diagnostic</u>		
Non	Reference	
Oui	-2.05 [-4.2 ; -0.17]	0.0429
<u>Degrès anxiété consultation</u>		
Assez anxiogène	Reference	
Pas anxiogène	-2.58 [-4.94 ; -0.56]	0.0185
Peu anxiogène	-1.49 [-3.38 ; 0.15]	0.0908

***AIC=107.9, R2 Mc Fadden=52%, p-valeur modèle global <0.0001**

8. Description des tests validant l'appartenance d'une réponse dans un groupe de médecins généralistes

Les résultats de l'ACM n'étaient pas directement interprétables sur les axes c'est pour cela qu'une classification hiérarchique a été faite suite à l'ACM pour avoir des résultats plus interprétables. Principalement 2 tests ont été réalisés automatiquement pour déterminer les variables (mesures) et modalités (réponses) qui caractérisent les médecins :

8.1. Le test de Khi-deux avec un niveau de risque de 5%

Ce test a été fait pour identifier les mesures qui sont liées avec les groupes de médecins trouvés dans chaque thème du questionnaire. Appelons l'ensemble de ces groupes de médecins une partition. Et donc pour chaque mesure (ou question) on teste :

H0 : « La partition est indépendante de la question testée »

H1 : « La partition est liée avec la question testée »

Si la probabilité associée à ce test est inférieure à 0.05 (5%) on rejette H0 (hypothèse nulle) et accepte H1 (hypothèse alternative) et dans ce cas on conclut que la mesure est bien liée à cette partition. Et si la probabilité est supérieure à 0.05 on accepte H0 et on conclut que la mesure est indépendante de la partition trouvée ou n'est pas liée avec cette partition.

8.2. Le test sur l'égalité des deux fréquences : Mod/Cla et Global

Mod/Cla : représente la fréquence de la modalité ou réponse dans un groupe de médecin considéré

Global : représente la fréquence de la modalité sur tous les médecins (tous groupes confondus)

Pour savoir si une réponse caractérise ou pas un groupe de médecin on fait un test pour voir si ces deux fréquences sont égales ou pas.

H0 : « les deux fréquences sont égales »

H1 : « Les deux fréquences sont différentes »

Si la probabilité (p.value) associée est supérieure à 0.05 on accepte H0 et si c'est inférieur à 0.05 on rejette H0.

On jugera de la caractérisation de la réponse dans la classe selon **Mod/Cla > Global** ou **Mod/Cla ≤ Global**.

Si Mod/Cla > Global alors on conclut que la réponse caractérise les médecins de ce groupe.

Si Mod/Cla ≤ Global alors on conclut que cette réponse ne caractérise pas les médecins de ce groupe.

9. Les réponses du questionnaire caractérisant les clusters du cadre réel de la consultation

Réponses	Mod/Cla	Global	p.value
Cadre 1, N=23			
Q8=Q8_ Réponse 2	73.91	37.73	<0.0001
Q13C=Q13C_ Réponse 0	100	73.58	<0.0001
Q16C=Q16C_ Réponse 0	82.60	52.83	0.0002
Q18=Q18_ Réponse 2	78.26	52.83	0.0014
Q15=Q15_ Réponse 1	78.26	58.49	0.0124
Q9=Q9_ Réponse 1	52.17	33.96	0.0182
Q13A=Q13A_ Réponse 1	43.47	28.30	0.0398
Cadre 2, N=11			
Q9=Q9_ Réponse 3	63.63	13.20	<0.0001
Q16B=Q16B_ Réponse 1	54.54	15.09	0.0004
Q16A=Q16A_ Réponse 1	36.36	7.547	0.0011
Q11=Q11_ Réponse 0	100	71.69	0.0157
Q8=Q8_ Réponse 1	54.54	24.52	0.0192
Q15=Q15_ Réponse 0	72.72	41.50	0.0254
Q14=Q14_ Réponse 0	100	77 .36	0.0414
Cadre 3, N=19			
Q13C=Q13C_ Réponse 1	63.15	26.41	<0.0001
Q16C=Q16C_ Réponse 1	84.21	47.16	<0.0001
Q9=Q9_ Réponse 2	63.15	30.18	0.0002
Q8=Q8_ Réponse 3	57.89	28.30	0.0006
Q11=Q11_ Réponse 1	47.368	20.75	0.0007
Q13D=Q13D_ Réponse 1	42.10	22.64	0.0176

10. Les réponses caractérisant les clusters du contenu réel de la consultation

Réponses	Mod/Cla	Global	p.value
Contenu 1, N=36			
Q24C=Q24C_ Réponse 1	100	81.13	<0.0001
Q20BIS=Q20BIS_ Réponse 0	83.33	64.15	<0.0001
Q26A=Q26A_ Réponse 0	86.11	71.69	0.0014
Q24B=Q24B_ Réponse 0	100	90.56	0.0021
Q24A=Q24A_ Réponse 0	100	92.45	0.0081
Q26B=Q26B_ Réponse 0	97.22	88.67	0.0107
Q25=Q25_ Réponse 0	75	64.15	0.0226
Q26C=Q26C_ Réponse 0	97.22	90.56	0.0341
Contenu 2, N=14			
Q22=Q22_ Réponse 0	57.14	16.98	<0.0001
Q24C=Q24C_ Réponse 0	57.14	18.86	0.0001
Q26A=Q26A_ Réponse 1	64.28	26.41	0.0005
Q20BIS=Q20BIS_ Réponse 1	64.28	26.41	0.0005
Q24B=Q24B_ Réponse 1	35.71	9.43	0.0007
Q21BIS=Q21BIS_ Réponse 1	92.85	64.15	0.0084
Q21=Q21_ Réponse 1	78.57	49.05	0.0124
Q26B=Q26B_ Réponse 1	28.57	9.43	0.0149
Q25=Q25_ Réponse 2	57.14	33.96	0.0447
Contenu 3, N=3			
Q19BIS=Q19BIS_ Réponse 0	100	7.54	0.0001
Q26C=Q26C_ Réponse 2	66.67	5.66	0.0064
Q19=Q19_ Réponse 2	66.67	5.66	0.0064
Q24A=Q24A_ Réponse 1	66.67	7.54	0.0128
Q20BIS=Q20BIS_ Réponse 2	66.67	9.43	0.0213

11. Les réponses caractérisant les clusters de la relation réelle médecin et parent de la consultation

Réponses	Mod/Cla	Global	p.value
Relation 1, N=32			
Q34=Q34_ Réponse 0	100	69.81	<0.0001
Q30=Q30_ Réponse 0	90.625	60.37	<0.0001
Q29=Q29_ Réponse 1	46.875	28.30	<0.0001
Q32=Q32_ Réponse 0	50	33.96	0.0023
Q35=Q35_ Réponse 0	53.125	37.73	0.0047
Q36=Q36_ Réponse 1	62.5	47.17	0.0069
Q33=Q33_ Réponse 0	46.875	33.96	0.0159
Q29=Q29_ Réponse 2	46.875	33.96	0.0159
Q31=Q31_ Réponse 0	87.5	77.35	0.0397
Relation 2, N=21			
Q34=Q34_ Réponse 1	76.19	30.18	<0.0001
Q29=Q29_ Réponse 0	85.71	37.73	<0.0001
Q30=Q30_ Réponse 1	85.71	39.62	<0.0001
Q31=Q31_ Réponse 1	38.09	16.98	0.0016
Q32=Q32_ Réponse 1	85.71	64.15	0.0088
Q33=Q33_ Réponse 1	85.71	66.03	0.0159
Q36=Q36_ Réponse 0	57.14	37.73	0.0232
Q35=Q35_ Réponse 1	61.90	43.39	0.0335

*Les réponses dans ces tableaux sont données par ordre alphabétique avec une numérotation commençant par 0. Exemple pour une question où les réponses sont OUI/NON, NON=0 et Oui=1.

**LA CONSULTATION D'UN ENFANT DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE :
UNE PRISE EN CHARGE COMME UNE AUTRE ?**

RÉSUMÉ

Introduction : Il n'existe pas de recommandations officielles sur le suivi des enfants de Médecins Généralistes (MG) et peu d'études s'intéressent aux profils des MG consultant ces enfants.

Objectifs : Explorer si les MG installés en Mayenne, Maine-et-Loire et Sarthe suivent des enfants de confrères MG. Une étude comparative entre les pratiques des médecins consultant (MGA) ou ne consultant pas (MGNP) d'enfants de confrères MG a été réalisée.

Matériels et Méthodes : Enquête mixte auprès de MG installés en Mayenne, Maine-et-Loire et Sarthe sous forme d'un questionnaire de 37 questions à choix multiples et verbatim entre le 8 Octobre 2019 et le 16 Janvier 2020 recueilli de manière téléphonique ou par questionnaire en ligne. Le test de Wilcoxon était utilisé sur les variables quantitatives suivi d'un test d'indépendance du Khi 2 pour mettre en évidence les différences entre les 2 groupes de MG ($p \leq 0,05$). Une analyse univariée puis multivariée ont été réalisées.

Résultats : Sur 103 questionnaires exploités, le groupe MGA comprenait 53 MG versus 50 dans le groupe MGNP avec une moyenne d'âge de 47,7 ans. Selon les MGNP et comparativement aux MGA, le Parent-Médecin (PM) consulterait plus pour le suivi médical et la prise en charge des problèmes aigus de son enfant (82%) ($p=0.0189$). Les MGNP pensaient que l'enfant serait amené par les 2 parents à la consultation (40%) alors que pour les MGA, le Parent Non Médecin (PNM) l'accompagnait le plus souvent (37,7%) ($p=0.0181$). Les MGNP envisageaient que le PM serait plutôt présent à la consultation (68%) alors qu'en réalité il était souvent absent (56,6%) ($p=0.0407$). Pour 56% des MGNP, il n'y aurait pas de discussion préalable à propos de la considération du parent comme un médecin versus 77,4% des MGA ($p=0.0362$). Différents profils de consultants étaient mis en évidence.

Conclusion : Une adaptation de la consultation est constatée mais les MG tendent à considérer cet enfant comme un autre. Il s'agit donc d'une consultation comme une autre mais avec un paramètre particulier : le PM. Un changement de paradigme semble se dessiner dans le futur pouvant amener à de nouvelles recommandations.

Mots-clés : Relation parent médecin, Consultation pédiatrique, Enfant de médecin généraliste, Médecine générale, Déontologie.

General practitioner's child consultation : A medical care as an other ?

ABSTRACT

Background : At this time, there is no French recommendation for the medical follow up of General Practitioner's children (GP). Few studies have been considering the GP's profile taking care of them.

Aim : The purpose of this study is to investigate whether the GPs working in Mayenne, Maine-et-Loire and Sarthe follow children of other GP colleagues. Besides, it compares

"GPs who follow up these children" practices (GPP) and "GPs who don't follow up them" practices (GPDP).

Patients and Methods : A Mixed survey was realized using 37 multiple choice questions and verbatim between October 2019 and January 2020 by phone call or online form. The Wilcoxon test was used on quantitative variables followed by an independence test by the Khi-2 test in order to highlight differences between the 2 GP's groups ($p \leq 0,05$). A univariate analysis, then a multivariate one were made.

Results : Among the distributed questionnaires, 103 were correctly completed. The GPP group included 53 GPs whereas the GPDP group was composed of 50 GPs with an average age of 47,7 years. GPDP thought that the Parent-Doctor (PD) consulted more for the medical follow and the management of his child's acute problems (82%) ($p=0.0189$). The GPDP believed that the child was brought by the 2 parents to the consultation (40%), while for GPP it was the parent who was not a GP who brought him the most often (37,7%) ($p=0.0181$). The GPDP thought that the PD was often present (68%) but he was often absent (56,6%) for GPP ($p=0.0407$). For 56% of GPDP, no prior discussion about the consideration of the PD should be necessary versus 77,4% of GPP ($p=0.0362$). Different profiles of GPs practices were underlined.

Conclusion : GPs adapt the framework of this consultation but they largely try to consider this child like another. This consultation is thinking as a usual medical care with a particularity : the parent doctor. A paradigm shift must maybe take place in the future to have new recommendations.

Keywords : Parent-doctor relationship, Pediatric consultation, general practitioner's child, general medicine, deontology