

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Anne-Sophie IZAUTE
Lise BONDIVENNE

Le 29 septembre 2020

INFLUENCE DE LA PARENTALITÉ SUR LA CONSTRUCTION DE LA RELATION MÉDECIN-
PATIENT DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Etude qualitative auprès de parents internes en médecine générale rattachés à la faculté de Toulouse

Directrice de thèse : Dr Sandra COSTE

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Professeur Pierre BOYER	Assesseur
Madame le Docteur Anne FREYENS	Assesseur
Madame le Docteur Sandrine BONNEAU-SIMON	Assesseur
Madame le Docteur Sandra COSTE	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOUE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Emerites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAVALD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÔWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

Chirurgie infantile

M.C.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme PUECH Marielle

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

Bactériologie Virologie Hygiène

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

Mme LATROUS Leila

Nos Remerciements

A Monsieur le Professeur Pierre Mesthé, médecin généraliste

Merci d'avoir accepté de présider notre jury de thèse, c'est un honneur immense.

Merci pour vos encouragements et votre intérêt pour le sujet de recherche dès le début du travail.

A Monsieur le Professeur Pierre Boyer, médecin généraliste

Merci pour ton implication dans la naissance du projet; c'est une fierté de te compter parmi les membres de ce jury.

A Madame le Docteur Anne Freyens, médecin généraliste

Merci pour votre implication au sein du DUMG et vos conseils avisés pour la rédaction de la thèse. C'est un honneur que vous ayez accepté de juger notre travail.

A Madame le Docteur Sandrine Bonneau-Simon, Pédiatre et maître de stage de Lise durant le stage Santé de la Femme, Santé de l'Enfant.

Aussi bienveillante envers les internes qu'envers vos jeunes patients, votre enthousiasme à l'égard de ce projet tout juste sorti du nid a été une motivation incroyable. Merci d'avoir accepté de juger notre travail.

A Madame le Docteur Sandra Coste, médecin généraliste

Merci d'avoir accepté et réalisé avec perfection la direction de notre thèse. Merci de nous avoir soutenues et guidées tout au long de ce projet par tes conseils avisés et tes remarques pertinentes. Ton implication dans la formation des internes est à l'image de ta personnalité, prévenante et généreuse. Merci du fond du cœur.

A toutes celles et ceux qui ont contribué à notre travail:

Aux treize participants qui nous ont accordé du temps et nous ont confié leurs sentiments.

A Guillaume, Olivia et Noémie, qui nous ont prêté leur compagne et Maman, afin de mener ce projet. Nous avons conscience que ce temps-là était précieux pour vous aussi.

Merci à tous nos relecteurs attentifs : Nicolas, Amélie, Alexia, Lucie, Julien, Marie...

Aux Docteurs Brigitte Escourrou, Emile Escourrou, Laetitia Gimenez, et Isabelle Cisamolo, pour leurs conseils éclairés durant les ateliers d'aide méthodologique.

Merci aux médecins enseignants titulaires et bénévoles au DUMG de Toulouse pour leur dynamisme et pour le temps qu'ils consacrent à la qualité de notre formation.

Remerciements personnels de Lise

Remerciements à mes maîtres de stage et collègues, dans l'ordre d'apparition :

Au Docteur Rhida Aniba, le premier à m'avoir considérée comme une personne à part entière lors de ma première grossesse et pas simplement comme une externe qui ne rentrait pas dans les cases du bon fonctionnement de son service.

Au Docteur Antoine Delarche, que j'ai trouvé empathique et juste, tant envers les patients qu'envers les externes.

Aux médecins des urgences du CHIC qui ont bien voulu m'encadrer et me faire part de leurs connaissances lors de mes tous premiers pas en tant qu'interne.

Aux Docteurs Suzanna Skudsinska et Nadège Zubieta-Martin du CHAC, qui, chacune avec des personnalités tout à fait différentes, ont fait grandir l'interne que j'étais alors.

Aux Docteurs Véronique Garin et Dominique Gargaros, je regrette de ne pas avoir pu partager plus de journées avec vous, je suis certaine que j'aurais pu découvrir d'autres facettes de la médecine.

Au Docteur Motoko Delahaye, avec laquelle je n'ai finalement passé qu'une seule journée, et pourtant j'en ai gardé une petite liste des choses positives à mettre en place dans mon futur cabinet !

Au Docteur Guillaume Dubayle qui est bien moins bavard que moi mais qui n'en pense pas moins, merci pour tout ce que vous m'avez appris.

Au Docteur Mailis Briole, à l'écoute de ses patients et dans l'échange permanent avec moi. Et à tous les médecins du cabinet des Tilleuls.

Au Docteur Julie Dupouy qui m'a confié ses patients, j'ai beaucoup d'admiration pour les projets que tu portes au nom de la médecine générale. Et un grand merci pour la convivialité des vendredis midi !

Au Docteur Caroline Landon j'ai beaucoup appris grâce à la qualité et au temps que tu accordais à nos débriefings.

Au Docteur Clémence Brac qui a bouleversé ma vision de l'exercice de la médecine hospitalière, ta bienveillance et la pertinence de tes prises en charge m'ont sincèrement touchées. Merci.

Aux Docteurs Antoine Boden, Valérie Mauriès-Saffon, Benjamin Neyrand, Virgile Pinelli, Delphine Dessort : l'équipe des soins de support a vraiment confirmé ma volonté d'une prise en charge la plus transversale possible à accorder aux patients.

Aux Docteurs Julien Delrieu, Nathalie Sastre, Françoise Lala, Sandrine Sourdet, que je connais peu mais qui m'ont déjà beaucoup appris. Merci de votre soutien sans jugement dans la dernière ligne droite.

Un immense merci aux Docteurs Pierre Boyer et Sandrine Bonneau-Simon, qui n'ont pas seulement acceptés de juger ce travail. Ils ont surtout été des enseignants et confrères bienveillants. Ce fut particulièrement un plaisir d'avoir eu la chance de travailler à vos côtés. La confiance que vous m'avez offerte en me laissant prendre soins de vos patients, même les plus

jeunes (dès l'instant de la naissance !!) m'a profondément touchée. Je vous en suis reconnaissante. Merci à tous les deux.

A toutes les secrétaires et les équipes paramédicales que j'ai croisé tout au long de mes stages, qui sont l'exemple même que le travail en équipe est indispensable à l'exercice de la médecine, avec une pensée toute particulière pour les très jeunes gens de la 3B.

Remerciements à mes proches, dans le désordre d'apparition :

(l'auteur tient à préciser que tout est tiré de faits réels et que toute ressemblance avec des personnages existants ou ayant existé est volontaire)

A mes parents, qui m'ont toujours soutenue et fait confiance quelles que soient mes décisions. Merci du fond du coeur.

A mon grand frère, qui a toujours regretté de ne pas avoir laissé ma mère m'abandonner sur le bord de la route. Tu as toujours été pour moi un modèle de gentillesse, de générosité et de ténacité. Ton parcours professionnel est un exemple de réussite et la qualité de ton travail en est le témoignage. Merci pour tout ce que nous avons partagé, les bons moments comme les mauvais. A Mathilde, que je connais encore peu mais que j'apprécie beaucoup. Merci.

A ma petite sœur, dernière de notre grande fratrie, qui restera toujours notre bébé malgré qu'elle ait déjà bien entamé la vingtaine. Je suis très fière de ton parcours et d'être ta grande sœur. Et saches que tu auras beau grandir et vieillir, je te verrai toujours à l'âge de 5 ans dans ton manteau à poils de grenouille. Merci.

A Tonton Pierre le panda, certainement celui dont j'étais la moins proche quand nous étions enfants mais avec qui nous partageons beaucoup ces dernières années. Merci d'être toujours présent quand nous en avons besoin, merci d'aimer mes enfants et de les faire grandir à ta façon et merci d'avoir mis dans nos vies tatie Marion le lapin, une jeune femme extraordinaire que nous chérissons tous les 5. Merci à vous deux de rendre nos vacances au ski chaleureuses et d'avoir été un soutien dans les moments les plus difficiles que nous avons eu à traverser. Merci.

A la dream team, Pauline, Blandine, Maya, et Mathias le témoin majeur. Pauline que j'ai rencontré sur les bancs de la fac en P1, qui n'est jamais sortie de ma vie, présente dans les bons moments et capable de poser des jours de congés quand je me retrouve à l'hôpital avec un bébé perfusé. Tu aimes tellement mes enfants que tu les as dans la peau! Je ne pourrai jamais te remercier pour tout ce que tu as fait pour nous durant ces 11 années. Merci.

A Blandine, rencontrée de la même façon, jamais là mais tellement présente ! Les années que tu as consacrées aux missions humanitaires en disent large sur tes rapports à autrui, malgré ce que tu voudrais bien nous laisser croire! Merci.

A Maya, notre 4e enfant, t'avoir proche de nous depuis 2 ans est vraiment source de bonheur, j'espère que tu trouveras ce que tu es venue chercher en région toulousaine. Merci.

A Mathias, je ne comprends toujours pas comment vous avez fait pour vous rencontrer étant donné que vous n'étiez jamais à la fac, mais savoir qu'on peut compter sur quelqu'un comme toi est réconfortant. Merci de toujours trouver un peu de place pour nous dans ta vie.

Au Docteur Christophe Le Borgne, qui, par votre amour pour les patients et la façon dont vous exercez la médecine, êtes certainement à l'origine de ma vocation. Je ne pouvais pas conclure ces longues années d'études sans une pensée pour vous.

Au Docteur Nicolas Delarche, qui avait été le premier à m'ouvrir la porte de l'hôpital, merci pour votre générosité et votre grand cœur (de cardiologue !).

Au Docteur Fabien Parouty, le premier médecin de mes enfants, qui a su avec une finesse particulière guider nos premiers pas de parents. C'est certainement ma plus grande source d'inspiration en matière de relation médecin-patient, d'accompagnement, de non-jugement. Merci de savoir écouter, guider, mais aussi d'être intransigeant quand la situation le nécessite. Merci.

Aux copains de la secte, pour notre premier pas de travail en équipe et de futurs médecins que nous étions, Emmeline, Alizée, Pauline, Arielle, Candice, Samar, Gwendoline, Marion, Nadia, Pierre et Pierre, Timothée, Jérémy et Jérémy, Antoine, Adrian, JB, Romain, Bruno et Oussama. Merci à tous (et à ceux que j'ai oublié de citer).

A Julien, les mots me manquent... la fac, la corpo, les congrès, encore la corpo, les conf, les ECN, les amours, et les retrouvailles tous les ans. C'est incroyable et réconfortant de connaître quelqu'un comme toi. Je suis très fière d'avoir pu te donner la satisfaction de corriger un travail au feutre rouge ! Au rendez-vous manqué de 2020, et à Juillet 2021 que nous attendons avec impatience! Merci à vous deux !

A ceux de la Corpo, mentions spéciales à Loulou, Léa, Félix, Robin, et Pauline (qui n'était pas vraiment de la corpo). A Maryne avec qui j'ai partagé bien plus que des parties de belote et des sous-colles pendant l'externat. A Benoit. Merci du fond du cœur de ces moments partagés.

Aux internes de Castres, à Marion, à Elodie, à Pauline, à Cécile, à Johanna, à Steven <3, à Julien, à Etienne, à Laura, à Julie, à Claire, à Thibaut et à Alexandre qui m'ont apporté quelque chose d'extraordinaire pendant un semestre particulièrement difficile à vivre.

A Axelle, qui n'a pas toujours le bon vocabulaire (cho-co-la-tine) mais qui est d'une gentillesse éblouissante. A ce 29 Septembre que nous partageons, à ce 2 Novembre que nous partageons, à ces valeurs qui nous lient. Je vous aime tous les 3. Merci pour tout.

A la team Bouilla, qui est toujours là pour se moquer de mes compétences informatiques mais qui n'a pas résolu le problème ! Merci.

A Anne-Sophie et Emily, à nous trois nous explorions toute la diversité médicale ! Le travail et les moments à vos côtés ont été de vrais moments de plaisir. Merci à toutes les deux pour votre patience, votre expérience et votre gentillesse (ps: n'oubliez pas d'aimer les gens de temps en temps !).

A Véro, qui n'aura pas été ma nounou que dans les toutes premières années de ma vie ! Merci

A Rithy et Laetitia, deux mamans praticiennes extraordinaires, et à leurs filles incroyables.

A mes oncles et tantes, qui m'ont toujours soutenue. A mes cousins et cousines, qui ont été malgré eux les premiers bébés dont j'ai pris soin et qui m'ont donné envie de poursuivre dans cette direction. A ceux que je n'ai pas dégoûté de poursuivre des études longues. Je vous souhaite à tous (et vous êtes nombreux de 22 à 5 ans !) beaucoup de bonheur. J'ai évidemment une pensée particulière à Jérôme pour sa patience et à Karine pour son accueil et sa bienveillance presque maternelle, même si tu m'as beaucoup grondée je sais que c'était pour la bonne cause !

A mes grands-parents, Papou, Mamou, Pépéguy, et Mamayou, tous si différents mais que j'aime profondément.

A mon arrière-grand-mère qui aura connu deux de ses arrières-arrières et qui se serait tenue fièrement parmi nous si je n'avais pas traîné en cours de route.

A Agathe et Nazli, qui ont finalement été les premières à me confier leurs patients sans restriction et auprès desquelles je vais démarrer le nouveau chapitre de ce roman incroyable. Merci pour votre confiance.

Merci à Alexia, la petite soeur “couteau-Suisse” d’Anne-Sophie. Ton aide aura été précieuse. Merci à Amélie, pour sa relecture attentive et son clavier efficace.

A special thanks to Paddy and Tom for lending me someone precious. A Anne-Sophie, la meilleure co-thésarde qu’il m’ait été donné de rencontrer. Nous avons aussi peu de points communs que la nuit et le jour ! Mais nos travaux et nos échanges étaient indissociables et incroyablement enrichissants. Merci pour les découvertes culinaires et pour notre goût commun (oui oui !) pour la cuisine de l’Asie du Sud-Est ! Merci pour ces 18 mois de travail intensif qui ont bouleversé l’exercice de ma médecine.

A tous ceux que j’ai oublié de citer et qui m’ont soutenue ou inspirée.

A mes patients, d’hier et de demain. Tous singuliers, tous importants, tous véritables. Grâce à qui et pour qui je réalise ce travail. Merci.

A mes trésors, Lucas, Clémence et Romy, (Doudou, Nena et Mimi), les amours de ma vie. Chaque moment auprès de vous est un bonheur simple mais précieux. Vous avez donné un sujet à ma thèse et du sens à ma vie. Je vous aime pour toujours. Merci.

A Nicolas, époux aimant et apaisant, père attentif et irréprochable. A ton soutien, à ta patience, à ton aide, à ton amour si tenace et réconfortant. Merci de tout ce que nous avons partagé. Merci pour tous ces projets qui nous font avancer. Vieillir à tes côtés semble être un avenir incroyablement tendre et sucré. Du fond du coeur, merci.

Je dédie ce travail à mes patients, et à tous les soignants qui apportent de l’importance au lien soignant-soigné. Grâce à vous le monde est plus doux.

Remerciements personnels d'Anne-Sophie

Merci à ma famille,

Merci à Paddy et Tom, *my two men 'z*. Pour leur amour qui m'a porté pour terminer ce travail, pour leur patience, leur bonté, leur simplicité.

Merci à mes parents, pour leur amour et les sacrifices consentis.

A Maman, pour son soutien inconditionnel, sa force et son courage.

A Papa, pour son calme légendaire, sa confiance et sa douceur.

Merci à vos moitiés. A Béa pour son accueil et sa générosité. A JP pour la météo et les infos.

Merci à mes *sisters*, pour notre trio de choc. Merci d'être toujours là pour moi.

A Lilie, merci de veiller sur moi et mes *men 'z* du haut de tes 15 mois de plus et merci pour Greg et Marianne. A la Bounette, mi Saint-Bernard, mi couteau-suisse, tu es parfaite pour défendre les causes les plus désespérées dont cette thèse était un bel exemple. Merci pour ta souris, ton soutien et tes corrections.

A Bonne-Maman, merci pour ta présence unique et poétique à chaque étape de ma vie.

A Grand-mère Josy, merci pour ta générosité, les fou-rires et les bons petits plats.

A Mamy Dany, pour tous ces beaux souvenirs à la "maison des vacances" qui gardent l'accent, l'odeur et le goût de la vie simple, des bords du Rhône, de la soupe au pistou et du vin de pêche.

A mes grand-pères, qui nous ont quittés et qui nous manquent.

Merci aux tantines et oncles pour leur générosité et leur accueil. Merci à tous mes cousins en Suisse, en France, en Italie, en Espagne et en Angleterre pour les bons moments partagés.

Merci à mon Parrain Yves et à ma Marraine Christine ainsi que leurs familles.

Merci à Thomas, pour Chloé qu'on adore, et pour avoir partagé tant de choses avec nous.

To my irish family who always make me feel at home and part of the family. Thank you for your support, your benevolent presence around us despite the distance and all the good memories past and future.

Merci à mes amis,

A Marinou, ma première amie. Pour nos jeux d'enfant, puis pour nos vies parallèles.

A Emma. Avec la poésie du cornichon et la légèreté d'une tartine de roquefort, voilà plus de 20 ans que ta présence dans ma vie est un bonheur et une fierté.

A Débo, mon amie la plus drôle - tu aurais vraiment dû prendre Simplet - embarquement immédiat, ambiance la *coucoumousse* s'amuse, pour un univers digital et musical. Merci pour ta vraie *foudélicité*.

Merci à Lilo, mon insép, pour tes cupcakes, et tant de moments partagés.

Merci à Jojo Schmitt pour nos échanges de chaussures et nos retrouvailles.

Merci à Mircea, pour ton engagement scientifique et tous les sacrifices. Tu es un super Papa.

Merci à tous les autres dont Popo Moro, Marion S, Charles et Geoffrey pour le tango et Tryo, et tous ces merveilleux souvenirs du lycée.

A Laeti, le koala, ma première trouvaille au foyer Theresianum. Des figues de Moux dans la salle à manger du foyer, à ma tenue de thèse, merci pour cette amitié unique.

Merci à Julie, la *sparkling* perle des îles.

Merci à Diane et à ton univers sobre, simple, robuste et apaisant.

Merci à Marie, la résiliente, pour ton écoute attentive et les récits de ta vie pleine de rebondissements avec *happy end!*

Merci à Popo, pour ton amitié si chère à mes yeux, ta confiance et ton soutien, et pour le popo's web. Pour toutes nos aventures en train, en avion, en tuktuk, en bateau, ou en Popomobile.

Merci à Caro, la Pepa, pour ces belles années de révisions, de retard, de polenta aux mites, de Bubamara et de *funny "haha"*. Merci d'avoir partagé tes maisons, ta famille et tes amis avec moi.

Merci à la Féline, douce et sensible, pour tes conseils de la P1 à la maternité et la thèse.

A Iléana. Merci pour ton accueil au "*bordel*", ta vitalité qui secoue les puces et ta sensibilité. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec ton petit sha.

A Claire, merci de veiller sur moi. Merci pour tes avis, nos debriefs, tes messages plein de douceur, nos aventures insolites. Merci à Léa et toi de m'avoir recueillie pour travailler la thèse.

Merci aux amis de Montpel': Elsa et Olivier, Charlotte, Marine. Tous (futurs) heureux parents!

To Mado, the best and unique Blond grape. And to the rest of the lads: Samuel, Petit Pois, John man, Fergus, Darren, Maya, Franzi, Rebekka, Maria, Sophie, Paeddar, Géraldine, Michelle, Clare, Meike, Keeve, and all... For the best year of my life in Galway and the great atmosphere of ashe road, 30.

A Jojo Thibaut, pour ta joie de vivre, ton entrain, tes conseils, tes histoires, ton écoute. A Marania et Djo pour les raclettes, les colibris et la découverte de l'ouest de la France. Merci les filles pour toutes vos attentions et nos nombreux rendez-vous pendant et après l'internat qui m'ont fait rire et grandir.

A Lucie, pour s'être détestées dès le premier instant, puis adorées et admirées. Amoureuses de zic, de terre et de poussière, je vous souhaite encore de nombreuses fouilles, farfouilles et jardinouze. A notre groupe de "stupéfiantes" avec Hélène et Christine, les soeurs Villars, pour la musique qui nous faisait un bien fou, votre classe sur scène, les buffalos, Meugui et les rigolades. Merci à Christophe, notre René, pour ses encouragements. Merci à la famille Hein-Villars pour les soirées Blagnacaises devenues d'indispensables retrouvailles.

A Gwendy, dont j'admire le courage, l'organisation et la rigueur. Merci pour les entretiens en duo pendant ce dernier et déjà lointain semestre d'internat. Merci d'avoir sauvé mon bébé de l'alcoolisation foetale. Merci à Emilie pour son soutien, sa douceur et nos goûters.

A Jessica et notre amitié née de longues conversations sur notre système de santé, nos thèses, nos enfants, dans les restos, les cafés, les bibliothèques.

A Lise, toi qui a accepté de modifier ton projet de thèse de départ pour que je puisse rapidement y trouver ma place. Pour ton énergie et ta volonté à toute épreuve qui te permettent de concilier avec brio tous les aspects de ta vie. Je ne te remercierai jamais assez pour ta patience et ta diplomatie et te souhaite beaucoup de bonheur. Merci à Nicolas pour ton aide technique précieuse.

Merci à ceux qui m'ont accompagnée et enseigné,

A M. Bertrand, pour avoir fait la classe aux "zizis" pendant 3 ans et pour avoir éveillé curiosité et envie d'apprendre. Merci à Mme Aubert et M. Brière qui ont marqué ma scolarité : Je n'oublierai jamais ni Baudelaire ni la transition démographique.

Merci à la faculté de Montpellier et aux médecins et équipes du CHU de Montpellier. Merci à Nicole du SAMU - *On masse!!* - , à Nono pour les sorties en hélico, à ceux qui m'ont réanimé de mes malaises vagaux. Merci à Laurent Visier et au dynamique tutorat de SHS. Merci à la communauté des soeurs du foyer Theresianum pour leur bienveillance.

Merci au programme européen ERASMUS qui m'a permis de rencontrer mon métier et mon mari. *Thank you to the NUIG (National university of ireland Galway) and the UHG (University hospital Galway). Thanks to the patients, teams, students, Mrs Dixon, Dr John Lally, the department of GP practice, for being so integrative and patient with my poor english. Thank you to the GP practices in Salthill and Ballaghadereen.*

Merci au CH de Cahors. Merci aux co-internes hébergés dans l'ancienne neuro pour avoir partagé cette unique douche à 8. Merci à ceux du "vrai" internat pour leur accueil, et les soirées musicales ou truffées. Merci à Jean-Marc du standard. Merci aux médecins des urgences et du SAMU pour leur présence sur les situations difficiles et leur compagnonnage.

Merci à l'équipe du PUG de Purpan pour leur humanité. Merci au Dr Christophe Hein, de m'avoir fait aimer la gériatrie et les patients. Merci à Martin et Lucie - de l'autre côté du couloir - , Clarisse, Marion, et tous ceux qui nous ont prêté main forte cet été là.

Merci à l'équipe de l'HAD de Montauban. Aux secrétaires, aux infirmiers, aux aides soignants pour leur compétence, les trajets et les repas partagées. Merci au Dr François Olivier pour son enseignement de l'entretien psychiatrique et du spritz. Merci au Dr Frédéric Bruel pour sa spontanéité et sa disponibilité et au Dr Hélène Pujo pour sa douceur et sa bienveillance.

Aux médecin de PMI, Dr Anne Domercq et Dr Valérie Aubert-Aristide, qui m'ont bénévolement beaucoup appris et ont toléré mon retard. Au Dr Courteaut pour son compagnonnage au CDPEF. Au Dr Glories et l'équipe du CATTP A. Rimbaud pour cet aperçu du travail d'équipe en pédopsy.

Aux Drs Souyri et Cazard et leur famille. A Jean-Luc pour la découverte de la médecine générale et de la flore du Comminges. A Christophe pour son coaching, et mon tout premier rempla. A toute l'équipe de Relience.

Aux médecins du Vernet: Dr Attard, Dr Baillé, Dr Defreyn, Dr Laroze. Merci pour votre bienveillance, vos conseils, votre confiance. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

Au Dr Colette Suzanne pour sa bienveillance et son enseignement original. Merci aux Saint sulpiciens, Christian, Laurence et les infirmières.

Merci au programme Hippocrates qui m'a donné l'opportunité de redécouvrir la médecine générale en Irlande. *To Dr Marie Scully and Dr Rukshan Goonewardena, thank you for sharing with me all the different aspects of GP in Ireland. Thanks to the palliative care team in Cavan.*

Merci aux médecins qui m'ont accordé leur confiance pour mes premiers remplacements et à leurs secrétaires : Aux médecins des raisins, aux Drs Nadaud et Muns, aux Drs Bourgouin mère et fille.

Aux "mousquetaires" du faubourg Bonnefoy. Merci pour votre soutien, nos échanges. Au Dr Caroline Gasnault pour sa patience infinie et son dévouement. A Louis pour sa rigueur et sa gentillesse.

Merci à ceux que j'oublie mais que j'ai croisé pendant mes études et qui m'ont inspiré ou soutenue.

Merci aux patients qui m'ont fait confiance et me font aimer mon métier.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Table des matières

I. INTRODUCTION	6
II. MATERIELS ET METHODE	9
2.1 Phase exploratoire : recherche bibliographique	9
2.2 Choix de la méthode qualitative	9
2.3 Population étudiée	9
2.3.1 Population cible	9
2.3.2 Recrutement	10
2.4 Rôle des chercheuses	10
2.5 Guide d'entretien	10
2.6 Recueil de données	11
2.6.1 Conditions de recueil	11
2.6.2 Informations données aux participants	11
2.6.3 Enregistrement et retranscription	11
2.6.4 Anonymisation	12
2.7 Analyse des données	12
2.7.1 Analyse thématique	12
2.7.2 Triangulation des chercheuses	12
2.7.3 Triangulation des données	12
2.8 Éthique	13
2.8.1 Consentement	13
2.8.2 Comité d'éthique	13
2.9 Rédaction	13
III. RÉSULTATS	14
3.1 Entretiens	14
3.2 Population de l'étude	14
3.2.1 Coursus universitaire et professionnel	14
3.2.2 Statut familial	15
3.2.3 Allaitement et santé des enfants	15
3.2.4 Vécu de la parentalité pendant l'internat	15
3.3 Représentations et apprentissage de la relation médecin-patient chez les internes parents	16
3.3.1 Représentations de la relation médecin-patient	16
3.3.2 Apprentissage de la relation médecin-patient	17
3.3.3 Ressenti de l'impact de la parentalité	18
3.3.4 Les études de médecine : une aide à la parentalité du médecin ?	19
3.4 Impact de la parentalité sur la relation de confiance	19
3.4.1 La confiance du patient basée sur le savoir de l'interne parent.	19
3.4.1 La parentalité pour légitimer le discours de l'interne	21

3.5 Disponibilité de l'interne parent pour ses patients	23
3.5.1 Facteurs influençant la disponibilité physique et psychologique de l'interne	23
3.5.2 Peut-on être à la fois un "bon docteur" et un "bon parent"?	24
3.5.3 La parentalité redéfinit les priorités et impose un équilibre	25
3.6 Impact de la parentalité sur l'attitude relationnelle des internes	26
3.6.1 Découverte de la perspective du patient et développement de l'empathie	26
3.6.2 Développement de compétences à communiquer	27
3.6.3 Respect de l'autonomie du patient	28
3.4 Impact de la parentalité sur la distance relationnelle	29
3.4.1 Projection des patients : le transfert	29
3.4.2 Projection des internes parents : le contre transfert	30
3.4.3 Sectorisation de la vie professionnelle et personnelle	32
3.5 Théorisation	33
IV. DISCUSSION	35
4.1 Forces et limites de l'étude	35
4.2 Pré-Requis : Représentations et construction de la relation MP	37
4.2.1 Des représentations universelles	37
4.2.2 Des compétences relationnelles qui s'enseignent	37
4.3 Impact de la pratique de la parentalité sur la relation MP	38
4.3.1 Le transfert de compétences du parent au médecin	38
4.3.2 Le transfert de compétences du médecin au parent	40
4.4 Impact de l'expérience parentale sur la relation médecin-patient	40
4.4.1 Empathie et contre transfert	41
4.4.2 Ressenti clinique	43
4.4.3 Crise identitaire	43
4.5 Impact de l'exercice de la parentalité sur la relation MP	45
4.6 Perspectives:	46
4.6.1 Rôle du médecin généraliste dans le soutien de la parentalité	46
4.6.2 Impact de la parentalité de l'interne en dehors de situations cliniques en lien avec la sphère parentale	47
4.6.3 Généralisation à d'autres expériences du lien interpersonnel des internes	47
V. CONCLUSION	49
Bibliographie	50

Table des annexes et des figures

FIGURE 1 : Théorisation de l'apprentissage de la relation médecin-patient pour les parents internes en médecine générale	34
ANNEXE 1 : Arbre des compétences de la WONCA	53
ANNEXE 2 : Marguerite des compétences CNGE	54
ANNEXE 3 : Première version du guide d'entretien	54
ANNEXE 3bis : Dernière version du guide d'entretien	55
ANNEXE 4 : Exemple de contexte d'énonciation	56
ANNEXE 5 : Extrait d'un entretien intégral	58
ANNEXE 6 : Extrait du tableau Excel°	58
ANNEXE 7 : Lettre de consentement	60
ANNEXE 8 : Grille COREQ	60
ANNEXE 9 : Tableau démographique de l'échantillon	61
ANNEXE 10 : Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication	63
ANNEXE 11 : Les quatre dimensions de l'empathie selon Morse	65

Abréviations:

WONCA : *World Organization of National colleges, Academies and Academic associations of general practitioners/ family physicians* : Organisation mondiale des médecins généralistes

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

Reagjir : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

SUDOC : Système Universitaire de DOcumentation

MedLine : *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* : Base de données médicales

AIMG-MP : Association des Internes de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Covid-19 : *Coronavirus disease 2019* : Infection ou maladie à coronavirus SARS-CoV-2

ECN : Epreuves Classantes Nationales

SFSE : Santé de la Femme et Santé de l'Enfant

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

EBM : *Evidence Based Medicine* : Médecine fondée sur les preuves

PMI : Protection maternelle et infantile

Relation MP : Relation médecin-patient

REAAP : Réseaux d'écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents

I. INTRODUCTION

La relation médecin-patient

Notre système de santé évolue vers une place grandissante de l'autonomie du patient avec la prévalence croissante des maladies chroniques qui nécessitent des soins fractionnés, pluridisciplinaires et ambulatoires. L'accès des patients à l'information médicale - et à la désinformation - et la complexité des soins augmentent avec les avancées technologiques (internet, robots, santé connectée). Une relation médecin-patient efficace avec une communication appropriée est un enjeu et une réponse adaptative aux évolutions de notre système de santé pour maintenir des soins de qualité (1).

La relation médecin-patient regroupe l'ensemble des interactions entre un médecin et son patient. Elle dépend de facteurs individuels et socioculturels, se construit et évolue au cours du temps. Elle est basée sur la communication médecin-patient, qui peut prendre des formes variées (comportement non verbal, langage, échange de messages écrits). Les travaux de Michael Balint, médecin et psychanalyste hongrois, suggèrent que l'existence de ce lien entre le patient et son médecin, peut être thérapeutique en lui-même (2).

La relation médecin-patient en médecine générale

Notre travail s'inscrit dans un contexte d'émergence en France de la spécialité médecine générale et de la reconnaissance de ses compétences propres (3). Elles sont illustrées par l'arbre de compétences de la WONCA (*World Organization of National colleges, Academies and Academic associations of general practitioners/ family physicians*) depuis 2002 (4) (annexe 1) ou par la marguerite des compétences du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (5) (annexe 2). Ces deux documents mettent en avant l'importance des compétences relationnelles du médecin généraliste. Elles garantissent à chaque patient de bénéficier de soins adaptés, via une relation médecin-patient de qualité et une communication efficace. Par exemple, la compétence 5 du CNGE s'intitule : *“Relation, communication, approche centrée patient. Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.”*

L'apprentissage de la relation médecin-patient

Le DES de médecine générale - 3ème cycle des études médicales pour les étudiants se destinant à cette discipline - organise les enseignements pour garantir à la population des médecins généralistes compétents. Il a bénéficié d'une réforme de ses enseignements en 2017 qui définit les compétences à acquérir pour les internes, en s'alignant sur les six compétences du médecin généraliste du CNGE (6). Cette réforme met l'accent sur l'apprentissage de la relation médecin-patient avec de nouveaux outils de formation, comme les groupes de formation à la relation thérapeutique. Inspirés des groupes Balint, ces ateliers encouragent le repérage et l'expression des difficultés relationnelles et communicationnelles des internes. Malgré cette volonté forte d'améliorer l'enseignement, des travaux de thèses toulousains ont mis en évidence des lacunes dans l'apprentissage de la relation médecin-patient et un besoin de formation à la communication exprimé par les internes de médecine générale (7),(8),(9).

Des internes parents en médecine générale

Les étudiants en médecine comptent parmi eux des parents, particulièrement pendant l'internat, en raison de l'âge moyen des internes qui rejoint alors l'âge moyen du premier enfant qui était de 28,5 ans chez les femmes en France en 2015 (10). Ces jeunes médecins découvrent et approfondissent l'apprentissage de la relation médecin-patient. Dans le même temps, ils vivent une expérience forte : la parentalité.

La parentalité

Dans notre société, la "parenté" désigne les parents d'un enfant. Le Code Civil définit les conditions de parenté. La parenté est figée, découlant de lois biologiques et juridiques. Dans les années soixante, l'avancée des travaux sur le lien mère-enfant et la théorie de l'attachement (Bowlby, 1958) a introduit une dimension psychologique à la parentification : La "maternalité" est définie comme *"l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité"* (Récamier, 1961). Le terme de "parentalité", par extension à la paternalité, désigne une crise identitaire, comparable à l'adolescence. Par le "devenir parent" l'individu se resitue par rapport au groupe et à ses représentations de lui-même. Cette approche psychanalytique de la parentalité suggère que le fait d'être parent entraîne des changements profonds dans la psychologie de l'individu à l'origine de modifications du comportement (11).

Depuis les années soixante-dix, la structure familiale est en mutation : augmentation du nombre de divorces, de naissances hors mariage, de familles monoparentales et recomposées, modification du rôle et de la place des pères. Ces mutations sont à l'origine de la reconnaissance de formes plurielles de parentalité : monoparentalité, homoparentalité, multiparentalité, coparentalité - quand les parents de l'enfant ne vivent pas ensemble -, parentalité adoptive, parentalité d'accueil, et même grand-parentalité. La fonction de parent se dissocie du biologique, du sexe, et de l'âge d'un individu (12). Elle peut être acquise et s'apprendre. Didier Houzel, psychanalyste et pédopsychiatre français, a dirigé un groupe de recherche sur la parentalité, pour le Ministère de l'emploi et de la solidarité. En 1999, ce groupe de recherche a proposé une réflexion sur les trois dimensions de la parentalité moderne : l'exercice, l'expérience, et la pratique de la parentalité. L'exercice de la parentalité est "*ce qui fonde et organise la parentalité*" dont l'autorité parentale, la transmission du nom et autres aspect légaux. L'expérience de la parentalité correspond à la dimension psychologique du "devenir parent" sous ces deux aspects de "*désir d'enfant*" et de "*processus de parentification*". Et enfin la pratique de la parentalité regroupe tous les "*soins parentaux*", qu'ils soient physiques (hygiène, alimentation, protection) ou psychiques (interactions, communication) (13).

Question de recherche

Les internes parents en médecine générale sont confrontés aux trois dimensions de la parentalité dans le même temps qu'ils appréhendent la relation médecin-patient. Des travaux de thèse suggèrent que les compétences relationnelles de l'interne pourraient être modifiées par l'expérience de la maternité (14),(15). Cependant, aucun travail de recherche n'a étudié le lien entre parentalité - au sens large - et compétences relationnelles dans le cadre de l'exercice médical. L'objectif de notre étude était d'explorer l'influence de la parentalité de l'interne sur la construction de la relation médecin-patient, chez les internes de médecine générale.

II. MATERIELS ET METHODE

2.1 Phase exploratoire : recherche bibliographique

Nous avons réalisé une première recherche bibliographique exploratoire entre juin et septembre 2019, en utilisant les bases de données suivantes : la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), les sites du gouvernement et de Reagjir (Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants), le Système Universitaire de Documentation (SUDOC), MedLine, Cairn.info, ...

Nous avons utilisé les mots clé suivants : *parenthood, parenting, patient physician relationship, general practice, residency, communication skills* ainsi que leur traduction française.

Selon cette recherche, la question de la construction de la relation médecin-patient chez les internes parents n'avait pas encore été explorée.

2.2 Choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative nous a paru pertinente pour répondre à notre question de recherche qui était compréhensive d'une part et exploratoire d'autre part, étant donné l'absence de travaux antérieurs sur le sujet.

La méthode qualitative permet d'explorer le ressenti et les représentations des participants ainsi que leurs difficultés et leurs attentes (16). Elle paraissait donc intéressante pour explorer ceux des internes parents sur les aspects relationnels de leur exercice médical.

Le sujet étant intime, nous avons choisi un mode de recueil de données par entretiens semi-dirigés afin de favoriser la libre expression des participants (17). Les participants pouvant par ailleurs se connaître entre eux, ils auraient pu se sentir mal à l'aise ou s'autocensurer si nous les avions réunis en groupe.

2.3 Population étudiée

2.3.1 Population cible

Nous avons cherché à recruter des participants, répondant aux critères d'inclusion qui étaient :

- Être ou devenir parent pendant le DES de médecine générale de Toulouse ;
- Avoir débuté l'internat entre 2015 et 2018 (soit deux ans avant et deux ans après la réforme du 3ème cycle) afin de limiter les biais liés au changement d'enseignement de la

relation médecin-patient au moment de cette réforme.

2.3.2 Recrutement

Le recrutement s'est fait d'abord par effet boule de neige, à partir d'un mail d'invitation destiné aux internes parents que nous connaissions. Nous avons ensuite effectué un recrutement dirigé, à l'aide d'un nouveau mail diffusé à tous les internes de médecine générale rattachés à la faculté de médecine de Toulouse, par l'AIMG-MP (Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées). Avec cette deuxième vague de recrutement, nous cherchions à obtenir un échantillonnage raisonné, avec une variation maximale sur les points suivants :

- recherche de forme plurielle de parentalité en particulier famille homoparentale, monoparentale, recomposée, séparée, ...
- âge varié des enfants
- recherche de participants ayant un conjoint également médecin, ou peu disponible.

2.4 Rôle des chercheuses

Le travail de recherche a été mené par deux internes de médecine générale : Lise Bondivenne et Anne-Sophie Izaute. Il s'agissait de notre première participation à une étude qualitative en tant que chercheuses.

Nous appartenions au même milieu d'étude que nos participants, étant toutes les deux internes en médecine générale et ayant des enfants. Nous avons conscience de la place de notre subjectivité dans le déroulement de ce travail de recherche et du risque d'auto-illusion et de biais d'ancrage.

Un effort réflexif a été mené tout au long de l'étude : avant et pendant le recueil de données, ainsi que pendant l'analyse. Pour contenir le risque d'auto-illusion, nous avons réalisé la démarche de déconstruire nos propres représentations de la relation médecin-patient. Le biais d'ancrage, qui amènerait à utiliser comme référence notre propre impression, nous a poussé à réfléchir individuellement à nos préjugés, nos difficultés et nos attentes en lien avec le sujet de recherche. Nous avons échangé à propos de ces idées entre nous et avec notre directrice de thèse. Ces préjugés ont été à la fois moteur et frein pour l'élaboration de nos hypothèses de recherche et du guide d'entretien, et pour notre analyse.

2.5 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé *de novo* à partir de nos hypothèses de recherche et de la recherche exploratoire concernant l'apprentissage de la relation médecin-patient au cours de l'internat. Il a été amélioré au cours d'un atelier organisé par le DUMG en juillet 2019 ainsi qu'après concertation avec notre directrice de thèse. Le premier guide d'entretien a été modifié à l'issue des quatre premiers entretiens car il ne permettait pas d'explorer suffisamment notre question de recherche. Il laissait trop d'espace à la collecte d'informations sur les difficultés ressenties en tant que parent, pendant l'internat de médecine générale. Le guide a ensuite été affiné et modifié plusieurs fois. La première version ainsi que la dernière version sont disponibles en annexe 3.

2.6 Recueil de données

2.6.1 Conditions de recueil

Chacun des entretiens consistait en la rencontre d'un participant avec une des deux chercheuses en une seule séance. Le lieu et le moment étaient laissés au choix du participant.

2.6.2 Informations données aux participants

Les participants connaissaient notre statut d'interne, et pour la plupart notre statut de parent.

Le sujet du travail "la relation médecin-patient" n'était pas précisé en amont de l'entretien afin de limiter le risque de biais de sélection en favorisant la participation des personnes intéressées par cette problématique. Nous cherchions également à limiter le risque de biais de recueil en évitant que les participants effectuent une préparation ou des recherches préalables sur la thématique.

2.6.3 Enregistrement et retranscription

Chaque entretien était enregistré par deux moyens : dictaphone et téléphone portable puis retranscrit le plus rapidement possible par écrit sur le logiciel de traitement de texte (Word) par la chercheuse ayant réalisé l'entretien. Des notes concernant le contexte d'énonciation (modalité de recrutement, conditions d'entretien, comportement des protagonistes, communication non verbale) venaient compléter la retranscription de l'entretien (exemple en annexe 4). Les communications non verbales étaient écrites entre parenthèses et/ou en italique dans le verbatim.

2.6.4 Anonymisation

Les entretiens étaient anonymisés et les participants nommés E1, E2 ... dans l'ordre chronologique des dates d'entretien. Le nom des conjoints était anonymisé par la lettre Y, les enfants par la lettre X, et les villes ou stages par des lettres (par ordre alphabétique dans l'ordre d'apparition dans l'entretien).

Les transcrits ont été renvoyés par mail pour validation aux participants. Ils pouvaient alors y apporter des modifications : suppression d'une partie de verbatim, anonymisation plus complète, éclairage sur le sens du verbatim (précisé ensuite en italique dans le contexte d'énonciation).

2.7 Analyse des données

2.7.1 Analyse thématique

L'ensemble de nos retranscriptions d'entretiens, avec contexte d'énonciation et communication non verbale, constituait le verbatim intégral de notre étude (annexe 5). Nous l'avons découpé en unité de sens auxquelles nous avons attribué un code. Les codes ont ensuite été regroupés par catégories puis par thèmes selon les principes de l'analyse thématique (18).

Un tableau Excel nous a servi de support (annexe 6). Il était en perpétuelle évolution jusqu'à l'analyse des derniers entretiens. Dès lors que les entretiens ne permettaient plus l'émergence de nouvelles catégories, nous avons considéré avoir atteint la saturation des données.

Nous avons ensuite développé un schéma explicatif selon le modèle de la théorisation ancrée (19).

2.7.2 Triangulation des chercheuses

Chaque chercheuse codait indépendamment les entretiens. Nous mettions ensuite nos analyses en commun, ce qui générait des discussions autour du découpage du verbatim ou du libellé d'un code. En cas de désaccord persistant, nous discutons avec notre directrice de thèse pour nous accorder sur les différents.

2.7.3 Triangulation des données

Nous avons réalisé des allers retours permanents empirie-théorie, entre :

- l'enregistrement de l'entretien et sa retranscription d'une part,
- le tableau d'analyse et les ébauches de théorisation d'autre part,
- et enfin les données de la littérature lorsqu'elles existaient.

2.8 Éthique

2.8.1 Consentement

Les participants ont librement consenti à participer à cette étude. Leur consentement a été recueilli à l'oral et à l'écrit après information, en amont de la réalisation de l'entretien (annexe 7). Nous leur avons garanti l'anonymat et la confidentialité dans l'utilisation des enregistrements et de leurs transcrits. Chaque participant a été informé de la possibilité de retrait de l'étude à tout moment sans justification.

2.8.2 Comité d'éthique

Notre schéma d'étude n'a pas été soumis à un comité d'éthique. En effet, notre travail n'avait pas pour objectif d'évaluer *“les conséquences d'une modification de prise en charge des patients ou de pratiques des professionnels que nous aurions provoquée dans le cadre de notre étude”*. Il concernait plutôt *“les modalités d'exercice des professionnels de santé”* et *“l'évaluation de pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé”*, domaines explicitement hors du cadre de la loi Jardé régissant la recherche sur la personne humaine (20).

2.9 Rédaction

Nous avons rédigé notre travail en essayant de respecter les exigences de la grille COREQ (21) (annexe 8).

III. RÉSULTATS

3.1 Entretiens

Treize entretiens ont été réalisés entre septembre 2019 et mai 2020, d'une durée moyenne de 34 minutes. Ils se sont déroulés à la faculté de médecine de Rangueil, au domicile des participants, ou sur leur lieu de travail. Trois entretiens ont eu lieu par visioconférence et un par téléphone en raison des circonstances exceptionnelles dues à l'épidémie Covid-19. La saturation des données apparaissait après onze entretiens.

3.2 Population de l'étude

Les participants étaient âgés de 27 à 42 ans au moment des entretiens. Il y avait 10 femmes et 3 hommes. Les caractéristiques démographiques des participants sont disponibles dans un tableau en annexe 9.

Une personne sollicitée par recrutement raisonné a explicitement refusé de participer à l'étude par crainte d'être reconnue par ses pairs ou ses anciens enseignants.

3.2.1 Cours universitaire et professionnel

Trois participants avaient étudié et exercé une activité professionnelle qualifiée avec une composante relationnelle (cadre supérieur, profession paramédicale) avant leurs études de médecine.

Douze participants étaient encore internes au moment de l'entretien.

Leur rang de classement aux ECN (Epreuves Classantes Nationales) et de choix de stage était hétérogène, du premier quart au dernier quart de leur promotion. Les stages réalisés respectaient les obligations du DES de médecine générale de Toulouse. La plupart des participants n'avaient pas effectué le stage SFSE (Santé de la Femme et Santé de l'Enfant) au moment de la naissance de leur premier enfant. Certains n'avaient pas réalisé de stage SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) au moment de l'entretien.

Les participants étaient devenus parents à des moments variés : avant les études de médecine, pendant l'externat ou pendant l'internat.

Les femmes de l'étude ayant eu un enfant pendant l'internat, avaient toutes bénéficié du congé maternité et d'aménagements de leur stage autour de la naissance de leur enfant : stages en surnombre, validant ou non, ou disponibilité. Les hommes n'avaient pas tous bénéficié du congé paternité.

3.2.2 Statut familial

Tous les participants vivaient en couple hétérosexuel avec le parent de leur dernier enfant (si enfants de conjoints différents). Une participante avait aussi assumé un rôle parental vis à vis de sa nièce pendant six mois.

Les enfants, d'un à trois par participant, étaient âgés de un mois à quinze ans au moment de l'entretien. Ils étaient tous issus d'un projet parental réfléchi.

Les conjoints avaient des activités professionnelles variées et étaient plus ou moins disponibles. En cas de besoin, certains couples pouvaient solliciter un entourage familial à proximité, constitué des grands-parents ou arrière-grands-parents de l'enfant.

3.2.3 Allaitement et santé des enfants

Les enfants des participants avaient été allaités pour des durées allant de une semaine à quinze mois (médiane neuf mois), à l'exception d'un enfant qui par choix n'avait pas été allaité.

La plupart des enfants étaient en bonne santé et avaient présenté des maux du nourrissons et des maladies infectieuses bénignes. Un enfant avait souffert d'un problème médical aigu et grave, et deux autres présentaient des maladies chroniques avec soins répétés.

3.2.4 Vécu de la parentalité pendant l'internat

Bien qu'aucun participant ne regrettait avoir eu des enfants, la simultanéité des études et de la vie familiale était vécue de façon hétérogène. Certaines s'interrogeaient sur la pertinence du choix de la période de l'internat pour avoir des enfants. Les différents vécus de la grossesse, de l'allaitement, du congé maternité/paternité, et de la reprise du travail, ont été recueillis.

Les femmes semblaient plus affectées par la grossesse et la naissance d'un enfant pendant l'internat. La grossesse s'était bien déroulée dans des stages où les conditions de travail avaient pu être aménagées.

Les absences (dispense de gardes de nuit, congé maternité, arrêt maladie) pouvaient susciter des problèmes de sous-effectif, en particulier pendant le stage aux Urgences. Ces absences étaient alors à l'origine de tensions entre internes, avec le sentiment d'une indifférence des référents seniors. La reprise du travail, après une naissance était un soulagement pour celles qui avaient souffert de l'isolement et d'interactions limitées avec leur nourrisson. Elle était pour d'autres une épreuve, en lien avec la séparation et la fatigue.

3.3 Représentations et apprentissage de la relation médecin-patient chez les internes parents

3.3.1 Représentations de la relation médecin-patient

Les participants étaient surpris d'être amenés à aborder leurs représentations de la relation médecin-patient et avaient du mal à définir cette notion vaste, difficile, et complexe. Elle était perçue comme un idéal, qui garde encore des secrets.

Une relation plurielle, différente selon les caractéristiques intrinsèques du patient et du médecin a été évoquée par les participants.

E11 : "Il y a autant de relation médecin-patient que de patients." (p.76, l.3850)

Certains ont défini des qualités humaines, nécessaires au médecin, pour construire une relation médecin-patient de qualité. Parmi elles, le respect, l'écoute, l'empathie, et la bienveillance.

Certains participants ont insisté sur l'importance de la confiance mutuelle dans la relation. La confiance était particulièrement importante en médecine générale, en raison d'un suivi au long cours et transversal de plusieurs membres d'une même famille. Parce qu'elle permettait au patient de se confier à son médecin traitant, la confiance était une condition nécessaire pour le soin.

E5 : "pour la médecine générale en tout cas pour moi [...] c'est ça qui est important ouais. S'il y a pas de confiance il y a pas de soins quoi." (p.34, l.1744)

La réciprocité de la confiance pouvait amener le médecin généraliste à se confier également à son patient sur ses croyances ou sa vie personnelle, de façon inconsciente ou dans l'intention d'accroître la confiance du patient. Le médecin traitant était ainsi dans une ambivalence permanente entre son rôle subjectif de confident pour le patient et son rôle objectif d'expert de la santé.

E8 : “En tant que médecin généraliste [...] faut réussir à être proche, à être dans la confiance tout ça et.. connaître un peu le contexte socio économique et relationnel dans la famille, tout ça, et en même temps faut essayer de garder ce côté expert” (p.52, l.2649)

La rencontre entre le médecin et le patient avait pour objectif d'aboutir à une prise de décision partagée dans le but de résoudre un problème : améliorer la santé du patient.

La relation était déséquilibrée par nature. Un participant concevait la relation médecin-patient dans un modèle paternaliste où le médecin est celui qui sait et le patient celui qui ne sait pas et vient demander une solution. Le pouvoir décisionnel du patient se limitant à suivre, ou pas, les prescriptions du médecin. D'autres voyaient le médecin et le patient sur un pied d'égalité bien qu'ayant deux perspectives différentes. La prise de décision partagée était un compromis entre la vision de l'un et de l'autre, particulièrement en médecine générale.

E8 : “Et je trouve que la relation médecin-patient d'un médecin généraliste, [...] on n'est plus dans la relation paternaliste et tout ça ; c'est plus d'égal à égal aussi, c'est de l'échange.” (p.52, l.2634)

Une relation médecin-patient de mauvaise qualité pouvait entraîner l'échec du soin ainsi qu'un sentiment d'insatisfaction pour les deux parties. Il était important de veiller, en tant que médecin généraliste, à maintenir une distance relationnelle avec les patients et à garder un mode de relation contractuel.

Les participants ont évoqué les transformations de la relation médecin-patient et ses enjeux actuels : information du patient sur internet, manque de temps en consultation, société procédurale.

3.3.2 Apprentissage de la relation médecin-patient

Pour des participants, les valeurs humaines du médecin, nécessaires à la relation médecin-patient, étaient innées et *quasi* universelles. Elles s'exprimaient au naturel.

Le DES de médecine générale était l'occasion de développer des compétences relationnelles. Certains stages semblaient être particulièrement formateurs, notamment les soins palliatifs, la PMI et les stages en médecine générale ambulatoire.

E9 : “je suis je pense moins, ouais moins arrogant, moins hautain avec eux, je... Je pense que ça a beaucoup changé avec l'internat, beaucoup beaucoup changé” (p.63, l.3217)

Les enseignements à la relation médecin-patient proposés au cours du DES, ont également été repérés comme formateurs, particulièrement le module éducation thérapeutique. Un participant avait beaucoup appris de la relation médecin-patient à travers un Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA) qu'il avait rédigé sur les patients difficiles.

E11 : "Donc du coup, vraiment la patiente chiante donc j'ai fait mon sujet là dessus, de RSCA, et je suis tombé effectivement sur le sujet médecin-patient." (p.76, l.3871)

Les participants ayant exercé une activité professionnelle avant de débiter leur études médicales semblaient percevoir l'impact de cette expérience dans leur relation aux patients.

Certains ont regretté une expérience incomplète de la relation au cours du DES de médecine générale, du fait d'une carence d'enseignement universitaire ou d'une insuffisance d'exposition à des situations de suivi lors de leurs stages. La patientèle fictive, "empruntée" au maître de stage, et le mode de consultation à trois avec présence du maître de stage pouvaient parfois être une entrave à l'expérimentation relationnelle de l'interne.

E5 : "Ouais la relation médecin-patient ouais moi je l'ai vécue, encore que comme interne ou comme remplaçant mais du coup ça a été très ponctuel." (p.34, l.1739)

E4 : "Moi en tant qu'interne j'ai jamais pu trop aborder ces questions avec mes patients, du coup comme on les voit pas longtemps et que du coup on n'est pas leur médecin et tout ça c'est compliqué de rentrer dans des détails aussi..., d'aller aussi loin dans les prises en charge." (p.30, l.1498)

3.3.3 Ressenti de l'impact de la parentalité

Le ressenti de l'impact de la parentalité de l'interne sur la relation médecin-patient était hétérogène. Certains participants avaient l'impression d'un bouleversement de leur relation aux patients et d'autres d'un impact très modeste, voire inexistant.

E1 : "Chercheuse: - En quoi tu penses que ça peut impacter ta relation avec les patients?"

E1: - Ah ben complètement! Moi ça a complètement changé ma façon d'exercer." (p.4, l.1498)

E12 : "tu vois moi je suis déjà avant tout interne, et je suis pas forcément interne et maman." (p.84, l.4263)

L'impact sur la relation médecin-patient avec des enfants, des couples parents ou ayant un désir de parentalité semblait plus évident. Des modifications de la relation médecin-patient en général pouvaient aussi être présentes, de façon inconsciente.

E8 : "Je pense que ça se rajoute forcément, même sans forcément m'en rendre compte ou le faire exprès mais, dans des choses du quotidien" (p.53, l.26)

Les constructions simultanées de la relation médecin-patient et du lien parent-enfant s'influençaient réciproquement. Les participants étaient alors gênés pour imputer les modifications de leur comportement à leur rôle de parent ou à leur formation professionnelle.

3.3.4 Les études de médecine : une aide à la parentalité du médecin ?

Pour certains, leur expérience professionnelle en tant que médecin et les enseignements du DES, étaient une aide dans leur exercice de parent. Ils contribuaient à renforcer leur confiance en eux en tant que parent et leur capacité à s'occuper de leur enfant. A la question "quel impact ont eu les enseignements de gynéco pédiatrie sur la gestion de la pédiatrie?" plusieurs participants ont fait un contresens et ont abordé l'impact de ces enseignements sur leur propre parentalité.

E1 : "mais j'ai trouvé qu'ils étaient très bien les cours de gynéco pédiatrie qu'on a eu, je les ai trouvé vraiment très intéressants très bien fait et euh et du coup je pense que ça m'aidera pour un prochain bébé." (p.7, l.334)

Les connaissances médicales permettaient aux internes d'être plus à l'aise avec les problèmes médicaux de leur enfant. Elles pouvaient aussi augmenter leur inquiétude vis-à-vis de la santé de leur enfant, par la connaissance des pathologies.

E6 : "il y a des petites choses comme ça pour lesquelles on s'alarme un peu alors que si on n'avait pas été médecins on l'aurait même pas vu que les reflets cornéens étaient asymétriques (rires)..." (p.44, l.2234)

3.4 Impact de la parentalité sur la relation de confiance

3.4.1 La confiance du patient basée sur le savoir de l'interne parent

Des connaissances médicales et un savoir expérientiel acquis en stage

Les participants se sont exprimés sur les facteurs influençant la confiance des patients en eux. Cette confiance était d'abord basée sur leurs connaissances médicales scientifiquement validées (EBM). Il était donc important, de ne pas faire intervenir son expérience personnelle dans les recommandations faites au patient. Ceci risquant de créer chez lui une confusion entre les recommandations médicales et des conseils sans validité scientifique.

E2 : *“si je commence à leur dire que moi aussi j’ai connu ça et que j’ai fait comme ça ou “je pense qu’il faut faire ça” pour moi c’est plus de la médecine mais c’est du conseil, comme entre voisins quoi. [...] j’ai pas de légitimité à dire ça ” (p.15, l.759)*

La confiance du patient était également basée sur l’expérience de l’interne qui lui permettait de répondre à des questions non médicales, fréquemment posées en médecine générale.

E8 : *“parce que c’est vrai qu’en médecine générale c’est pas toujours des... (avale).. des consultations où les gens viennent chercher que le côté expert. Enfin des fois il y a un peu le côté expérience de la vie qui compte aussi.” (p.53, l.2675)*

La richesse de ce savoir expérientiel semblait dépendre des stages réalisés. Le stage en PMI était décrit comme particulièrement formateur pour comprendre les liens parents-enfants et développer des habiletés de guidance parentale.

E2 : *“Et puis les médecins de PMI sont très ciblés sur euh les relations entre les parents et les enfants et...ça on l’apprend pas en cabinet [...] on parle de tout ce qui est à côté. De tout ce qui est éducation, de tout ce qui est... problème de sommeil, problème de reflux, d’alimentation fin des trucs qui sont vraiment pas “médical”. ” (p.13, l.627)*

Un savoir non médical supplémentaire acquis par la parentalité

Le fait d’être parent amenait à l’interne une double expérience ; celle de parent, d’une part, et celle de patient d’autre part car le fait de devenir parent est médicalisé. C’est le cas lors du suivi de grossesse par exemple, ou du suivi médical des enfants.

Certains participants rapportaient avoir plus de connaissances en gynéco-pédiatrie grâce à des recherches personnelles. L’expérience parentale enrichissait également le savoir non médical. Elle permettait l’acquisition de “trucs et astuces” utiles en consultation avec les familles. Ces trucs et astuces concernaient notamment, les maux de la grossesse et du nourrisson, l’éducation, la manipulation et la communication avec les enfants, l’allaitement. Les internes pouvaient ainsi mieux répondre aux questions non médicales des parents.

E1 : *“c’est à dire qu’avant [d’être maman] les parents ils venaient me voir, je savais pas répondre pour les laits, pour euh “est ce que le caca il est normal? est ce que il régurgite c’est normal? est-ce que.. il crie tous les soir à 19h, est ce que c’est normal?” euh enfin tous les petits problèmes qu’une maman et qu’un papa peuvent rencontrer euh ben je savais pas, je comprenais pas de quoi ils me parlaient.” (p.4, l.197)*

E5 : *“c'est tout bête mais quand tu parles des pipettes de Doliprane° bon ben tu sais que ça fait 13 kilos maximum c'est... c'est des petites choses en fait (rires) mais je pense que ça se... forcément tu es plus à l'aise avec toutes ces petites choses donc les patients les parents ils doivent le sentir... enfin je pense qu'ils le sentent quoi ouais.”* (p.35, l.1758)

E13 : *“Enfin, les questions que peuvent se poser les parents du coup [...] je sais plus facilement y répondre du fait de mon expérience. Donc ça je pense que c'est un plus. Euh, comparé aux autres internes qui n'ont pas cette expérience.”* (p.89, l.4529)

Certains participants pouvaient donner des conseils dont ils avaient eux même bénéficié en tant que patient.

E6 : *“Après je leur donne les petits conseils genre celles qui ont des crevasses l'histoire de la lanoline avec le cellophane (rires) comme on m'avait conseillé à la maternité (rires)!”* (p.40, l.2052)

Leur expérience en tant que patient faisait prendre conscience aux internes de l'importance d'un accompagnement à la parentalité, particulièrement s'ils avaient eux même souffert d'une carence d'accompagnement. Certains avaient l'impression que, parce qu'ils étaient médecins, ils n'étaient pas traités comme les autres parents.

3.4.2 La parentalité pour légitimer le discours de l'interne

La confiance en soi des internes parents

Nos participants développaient leur confiance en eux au fil du DES de médecine générale. Leur parentalité apportait aussi de l'aisance dans l'examen des enfants et la communication avec eux, pouvant *in fine* mettre en confiance les patients.

E5 : *“je pense que ça se voit que tu es à l'aise quand tu attrapes le petit quand tu lui parles”* (p.35, l.1757)

Leur sentiment de capacité à prendre en charge des enfants, en améliorant le ressenti clinique ou en diminuant leur anxiété face aux maux du nourrisson, semblait aussi émaner de leur parentalité.

E4 : *“C'est comme un stage qui dure 9 ans quoi! [...] Le fait d'avoir pu expérimenter vraiment, d'avoir observé un enfant malade ou voilà, je sais vraiment si c'est grave ou pas.[...] J'ai plus confiance en la guérison des petites maladies, des petits épisodes.”* (p.33, l.1688)

La confiance en soi des internes parents pouvait dépasser le cadre des consultations de pédiatrie ou de soutien de parentalité.

E13 : "je pense que ça m'a appris à être un petit peu moins, ouais peut-être un petit peu moins stressée. Du coup avoir un petit peu plus de, de confiance en moi et, je pense que ça joue quand même un petit peu dans ma façon de réagir face au patient dans n'importe quelle situation en fait." (p.90, l.2586)

L'image renvoyée par les patients

L'interne, par son statut de médecin en formation, pouvait paraître inexpérimenté et son discours pouvait manquer de crédibilité aux yeux des patients. Beaucoup de participants parlaient de leur enfant dans le but de rassurer les patients sur leur capacité à les prendre en charge.

E12 : "[les patients] je trouve qu'ils ont une appréhension et c'est vrai que quand on dit "on est maman", enfin tout de suite ça les rassure." (p.84, l.4262)

Parler de la parentalité de l'interne pouvait d'ailleurs être utilisé par les maîtres de stage pour mettre en confiance les patients lors de consultations à trois.

Les patients réagissaient positivement au fait que l'interne soit parent. Ils pouvaient se montrer surpris, curieux ou admiratifs. Cependant, l'admiration des patients vis-à-vis d'une participante ayant un vécu de la parentalité difficile, ne suffisait pas à rétablir sa confiance en elle.

E4 : "A chaque fois les gens ils sont là : "ouah, c'est courageux, machin, tu es trop forte", enfin je sais pas quoi. Tu vois ils sont admiratifs [...] Mais moi ça me ... je sais pas comment dire. J'ai du mal à ce que ça me fasse vraiment du bien" (p.31, l.1575)

Etre parent : un statut d'adulte qui aide à tisser du lien

La parentalité pouvait faciliter les relations avec les membres de l'équipe soignante en particulier s'ils étaient parents eux aussi.

E10 : "c'est vrai que, ben discuter des enfants c'est, enfin comment dire, ça aide à tisser du lien, c'est un moyen d'accroche." (p.71, l.3611)

En plus de créer de la complicité avec les collègues de travail de l'interne, le statut de parent donnait à l'interne un statut d'adulte, capable d'endosser des responsabilités, qui imposait un certain respect.

E5 : "ça nous permettrait d'avoir un autre relationnel avec... avec nos maîtres de stage ou... ou dans le cadre du stage avec les professionnels paramédicaux,... Moi j'avais l'impression vraiment qu'ils voient quand même les internes comme des... des supers externes, ou alors des ados attardés qui... qui... (rires)[...] j'avais l'impression que tu passais d'ado à adulte en fait, en leur annonçant que tu étais parent quoi. "ah ouais il est interne, mais il est papa quoi", tu vois ? (rires)." (p.36, l.1857)

3.5 Disponibilité de l'interne parent pour ses patients

3.5.1 Facteurs influençant la disponibilité physique et psychologique de l'interne

La fatigue des internes parents était multifactorielle. Elle pouvait être liée aux trajets, si le stage était loin du domicile, à la grossesse, à la dette de sommeil qu'impose la première année d'un enfant, à des gardes de nuit, à la charge de travail, etc. Elle réduisait la capacité d'écoute et d'empathie de l'interne parent.

E1 : "j'arrivais pas à me mettre tout à fait en empathie avec eux parce que ben j'avais qu'une envie c'était de dormir donc du coup ils étaient pas forcément très contents." (p.2, l.161)

Des participants ont soulevé une difficulté liée à la distance entre leur domicile et leur lieu de stage. En augmentant le temps de trajet domicile-travail, elle diminuait la présence de l'interne en stage. Elle était source de fatigue et vécue comme un élément de séparation entre l'interne et ses enfants. Une interne, dont le conjoint était disponible, avait vécu à l'Internat d'un hôpital périphérique avec sa famille lors d'un de ses stages, et avait ainsi mieux vécu cette distance.

Les conditions de stage et la charge de travail pouvaient influencer la disponibilité psychologique de l'interne pour ses patients.

Les réactions des maîtres de stage face à la parentalité de l'interne étaient disparates. Les participants ressentaient de leur part, de la colère, de l'indifférence ou de la bienveillance avec adaptation des conditions de stage si besoin. Ces adaptations - souplesse des horaires, pauses, siège adapté, etc. - facilitaient bien-être et disponibilité de l'interne pour ses patients, en particulier pendant la grossesse, l'allaitement ou en cas de nécessité de garde d'enfant.

Des participants regrettaient une surveillance accrue de leur présence en stage pouvant générer un sentiment d'injustice vis-à-vis des internes n'ayant pas d'enfants. Être privé d'autonomie dans leur travail et leurs apprentissages pouvait les désintéresser de leurs patients.

E4 : "j'ai l'impression que dans la fac là, c'est vachement, ils ont peur qu'on ne veuille rien donner, [...] donc du coup ils nous fliquent [...]. Sauf que moi plus je suis fliquée, moins j'ai envie d'en faire, plus je le fais avec dégoût, plus ça me fatigue [...] quand tu augmentes la liberté des gens, ils s'impliquent beaucoup plus en fait" (p.33, l.1653)

Les participants, et en particulier les femmes de l'étude, ont rapporté des absences en stage ou aux enseignements liées au congé maternité, à d'éventuels arrêts pour maladie pendant la grossesse, à la nécessité de s'occuper de leur enfant en cas de maladie ou de problème de garde.

Ils ont également rapporté le poids important de leur famille dans l'équation des choix de stage. Ils pouvaient privilégier des horaires légers et la proximité de leur domicile au détriment de la "qualité" du stage.

E5 : "forcément tu réfléchis tout par rapport à ça quoi, tu es pas libre non plus dans tes choix. C'est normal en fait, après tu as une famille quoi." (p.38, l.1929)

L'idée de devoir "sacrifier" parfois leur temps de formation auprès des patients par obligation envers leurs enfants était présente dans plusieurs entretiens.

E10 : "très clairement, au sein de mes journées, euh même si il peut y avoir des situations médicales intéressantes ou quoi, je vais privilégier le fait de pouvoir partir tôt" (p.70, l.3575)

Des préoccupations parentales spécifiques comme par exemple son enfant malade, ou le besoin pour les mères de tirer leur lait à horaires réguliers, pouvaient venir distraire l'interne parent de son colloque singulier avec le patient.

E12 : "je sais que si y'en a un qui est malade par exemple...[...] Si tu vois qu'il est un peu tard dans la journée bon ben voilà ça t'embête un peu parce que tu tardes et que tu aimerais bien rentrer à la maison pour savoir comment ça va quoi." (p.85, l.4353)

Certains pensaient néanmoins arriver à s'extraire de leurs préoccupations parentales pour être entièrement à leur patient au sein d'une consultation.

E10 : "mais en vrai non, en général quand je suis avec un patient, je crois pas que je bourre la consult parce que je me dis qu'il faut que je parte. [...] j'ai pas l'impression de fuir la consultation, parce que je suis maman." (p.71, l.3596)

Cette altération de la disponibilité psychologique de l'interne à cause de difficultés de la sphère personnelle et familiale n'était pas uniquement le fruit de la parentalité.

E2 : "quand on n'est pas parent, il nous arrive des merdes aussi à la maison et du coup on arrive au cabinet énervé" (p.14, l.677)

3.5.2 Peut-on être à la fois un "bon docteur" et un "bon parent"?

Deux idéaux venaient sans cesse s'opposer dans les entretiens. Celui du "bon parent" qui passe du temps avec ses enfants et celui du "bon docteur" qui prend le temps avec ses patients.

Plusieurs participants ont insisté sur l'importance, pour eux, de consacrer du temps à leurs enfants.

E7 : “le temps qu'on passe avec eux il faut que ce soit bien, magique, il faut pas qu'on soit stressé, il faut pas qu'on arrive trop tard...” (p.49, l.2468)

Ainsi un investissement trop important dans le travail était nuisible à l'équilibre familial, au bien-être des enfants, et de l'interne.

E4 : “Ouais et puis surtout si on travaille trop, on est hyper fatigué quand on rentre, on n'est pas disponible, donc du coup les enfants en pâtissent encore plus” (p.33, l.1676)

Ce mal-être était susceptible de nuire *in fine* à la relation médecin-patient.

E7 : “ D'ailleurs je pense que tu peux pas soigner bien si tu es pas bien toi. [...]si ça ne va pas dans ta vie, avec tes enfants et ta famille ben tu es pas dispo pour autre chose donc...” (p.49, l.2478)

Les participants repéraient par ailleurs que la profession de médecin généraliste exige un investissement important, *quasi* sacerdotal, pour être disponible pour les patients et rester performant.

E9 : “Mais bon le problème de la médecine c'est que si on en fait très peu, on devient mauvais, [...] mais la médecine c'est... (silence) c'est quelqu'un, c'est une dame jalouse. Et faut en faire beaucoup, et faut faire beaucoup mais que ça aussi” (p.64, l.3280)

Cette double exigence de présence parentale auprès des enfants et de présence médicale auprès des patients pouvait être source d'anxiété du fait du ressenti de la nécessité de faire un choix, un sacrifice.

E11 : “Il faudrait que ben, sur les horaires où les écoles n'accueillent pas les enfants, nous on soit dispo pour les enfants des autres mais à un moment, si nous aussi on en a, euh, le compromis est difficile à trouver.[...]C'est vrai qu'c'est une anxiété”. (p.75, l.3820)

3.5.3 La parentalité redéfinit les priorités et impose un équilibre

La parentalité impliquait une prise de recul vis-à-vis de l'investissement professionnel de nos participants et une redéfinition de leurs priorités de vie.

E3 : “Parce que la naissance d'X m'a aussi permis de mettre un peu des priorités dans ma vie. Dans ma pratique aussi : est ce que j'ai envie d'accompagner les gens ou est ce que j'ai envie justement de me protéger, de faire que de la bobologie ?” (p.23, l.1133)

Clarifier ses priorités et prendre du recul était bénéfique pour travailler et vivre en cohérence avec ses principes et valeurs propres, préalablement établis.

E13 : “Je sais pas trop comment dire, décrire ça, mais j’ai une certaine, entre guillemets, pas maturité mais euh je suis un peu plus posée j’imagine, je relativise un peu plus certaines choses.” (p.90, l.4582)

Des stratégies étaient proposées par les participants pour leur permettre d’être le meilleur parent et le meilleur médecin possible. L’organisation était incontournable. Les conditions de travail, notamment les horaires, devaient s’adapter à la vie familiale. Ceci n’était pas toujours possible pendant l’internat. La rigidité des procédures de choix, de validation des stages et le principe d’équité entre les internes parents et non parents limitaient les adaptations possibles des conditions de stage pour les internes parents.

E4 : “Là avec l’internat il n’y a pas de compromis, c’est soit rien, soit énormément. Et ça c’est plus dur.” (p.28, l.1415)

L’installation en cabinet de groupe séduisait car elle permettait de pouvoir se relayer entre confrères pour assurer la permanence des soins.

E8 : “donc je sais que dans l’idéal, faudrait que je trouve un truc où on soit plusieurs médecins et où mettons je puisse faire une nocturne par semaine et le reste où je puisse aller les chercher à l’école.” (p.56, l.2881)

3.6 Impact de la parentalité sur l’attitude relationnelle des internes

3.6.1 Découverte de la perspective du patient et développement de l’empathie

La parentalité donnait aux participants une occasion d’expérimenter la relation médecin-patient du côté du patient et permettait de changer de perspective. Les internes se félicitaient d’analyser l’attitude relationnelle de leur médecin pour s’en approprier le meilleur.

E2 : “je vois plus du tout les mères anxieuses de la même façon puisque je me suis moi même fait remettre en place par ma pédiatre qui m’a dit “là vous êtes tombée dans l’anxiété”” (p.13, l.637)

E12 : [à propos du médecin] “il avait sa prise en charge et il avait pas forcément euh... écouté ce que moi je lui avais dit” (p.87, l.4420)

Certains participants avaient expérimenté avec leurs enfants des pratiques qu’ils savaient médicalement non recommandées.

E3 : “X, il y a eu un moment où dès qu’on la posait elle hurlait donc au final elle dormait contre nous, chose que je sais qu’il ne faut absolument pas faire en temps que médecin.” (p.24, l.1205)

La parentalité pourrait ainsi être un déclic pour comprendre la complexité d'une situation, entre ce qui est médicalement recommandé et ce qu'il serait raisonnable de faire, du fait du contexte de vie du patient.

Le vécu de parent apportait aux internes une meilleure compréhension des difficultés des parents comme la fatigue ou l'inquiétude ressentie face à la maladie ou aux vaccinations de leur enfant. Ils pouvaient se montrer plus empathiques envers les enfants et les parents.

E1 : "La fatigue psychologique qu'un parent peut avoir, je la enfin voilà je la comprenais parce qu'on me le disait mais je l'avais pas vécue donc ça aussi ça a complètement changé ma façon de voir." (p.4, l.200)

E3 : "Après quand t'es maman, que tu fais vacciner ton bébé, voilà c'est pas forcément effectivement une partie de plaisir pour eux, enfin du moins voilà ils pleurent et tout ça donc c'est vrai que en tout cas moi j'ai l'impression d'arriver plus à comprendre la peur de certaines mamans." (p.22, l.1094)

Les internes pensaient également mieux percevoir les difficultés organisationnelles des parents, le lien parent-enfant et la place des pères.

E5 : "Tu laisses pas la maman avec le petit poireauter pendant 6h (rires) en la laissant dans un coin quoi ! Tu sais que c'est pas gérable quoi en tant que parent donc voilà (rires)" (p.35, l.1798)

E10 : "je sais ce que c'est le lien que peuvent avoir des parents avec leur enfant. Enfin c'est un lien qui est tellement grand et tellement fort" (p.70, l.3558)

E3 : "j'ai eu aussi le point de vue de Y et je vois comment il est avec X et du coup je pense qu'on peut répondre un peu mieux aux questions des papas quand ils accompagnent leur bébé en consult. Parce que eux aussi ils ont leurs attentes, ils ont des questions" (p.26, l.1297)

Ils étaient également plus sensibles aux difficultés conceptionnelles des couples.

Certains participants ont noté au contraire peu d'impact de leur parentalité sur leur capacité d'empathie. Celle-ci s'était développée chez eux grâce à l'avancée dans l'internat et l'expérience complémentaire des premiers remplacements.

3.6.2 Développement de compétences à communiquer

Les participants de l'étude ont témoigné s'être approprié certains procédés de communication pendant leur internat avec l'aide de leur parentalité. Du fait d'une meilleure empathie envers les parents et de la compréhension de leur inquiétude, les participants estimaient qu'ils avaient progressé dans l'art de rassurer les parents.

E10 : “euh pour des mamans un peu stressées et tout ça, moi je, enfin les conseils que je peux donner [...] en fait c’est beaucoup rassurer je crois” (p.69, l.3514)

Certains participants pensaient progresser dans l’art de donner des explications au patient en particulier par la maîtrise de la reformulation et par la vérification de ce qu’a compris le patient.

E9 : “En terme général avec les enfants, quand je vois un enfant je réexplique bien aux parents mais j’insiste beaucoup, par exemple je... je prends beaucoup plus de temps pour expliquer aux parents” (p.60, l.3075)

Ils illustraient éventuellement leur propos par des exemples concrets tirés de leur vie personnelle.

Pour d’autres, cette progression était plutôt attribuable à l’avancée dans le DES.

E7 : “J’essaye de leur demander “est ce qu’ils ont compris”, de...ce que j’ai dit, de faire redire les choses (rires), parfois ça marche, parfois (rires) non! [...] Je pense que c’est la formation qu’on a eu.” (p.48, l.2424)

Certains participants se sentaient plus performants pour adapter leur discours en fonction de l’âge du patient, en particulier si leurs enfants étaient déjà passés par ces âges là.

E12 : “après même je pense qu’avec l’enfant on a peut être plus l’habitude de communiquer, on sait peut être un peu plus ce qui les calme selon leur âge...” (p.85, l.4336)

3.6.3 Respect de l’autonomie du patient

Attitude non jugeante

Des participants pensaient plus facilement adopter une attitude non jugeante envers des patients du fait de la parentalité.

E7 : “peut être que je juge un peu moins euh... les mamans qui n’arrivent pas à contenir leurs enfants (rires), ouais j’essaye d’être un peu plus cool là dessus peut être...” (p.46, l.2355)

Pour d’autres participants, au contraire, il pouvait être difficile de ne pas juger les parents quand ils remarquaient l’attitude inadaptée de l’enfant ou des parents en consultation. Ils expliquaient ressentir de la frustration à ne pas pouvoir réagir comme ils réagiraient avec leurs propres enfants.

E11 : “Mais je, ouais je développe moins de patience parce que moi avec les miens peut-être je m’autoriserai certains recadrages, que je m’autorise pas avec les enfants des autres évidemment et que...c’est pénible (rires) d’attendre le recadrage qui vient pas.” (p.74, l.3771)

Posture éducative

Des participants ont fait un parallèle entre l'éducation de leur enfant et l'éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique : Il était nécessaire de se montrer patient, de ne pas attaquer de front, d'accompagner le patient à son rythme et de respecter son autonomie.

E4 : "je pense que je suis beaucoup plus souple, euh, le fait d'être maman des fois je fais un peu le parallèle avec l'éducation et aussi avec les patients [...] par exemple les diabétiques ou les hypertendus, ces gens-là qui ne veulent pas adapter leurs mesures hygiéno-diététiques, ceux qui veulent pas prendre soin d'eux et tout ça je vais faire preuve plus de patience parce que je sais ce que c'est. Je vois avec mes enfants que faire changer quelqu'un c'est compliqué et ça prend du temps et il faut pas se braquer. Ca je le sais. Parce que quand je me braque avec mes enfants je sais que ça ne marche pas. (rires)" (p.31, l.1547)

Pour d'autres participants, il n'y avait pas de parallèle entre l'éducation des enfants et la prise en charge des patients atteints de maladie chronique.

E2 : "Mais après pour le reste, pour, je sais pas moi, un patient diabétique, de l'hypertension, des choses comme ça, je pense pas que ça ait changé ma façon de faire." (p.5, l.269)

Non intrusion dans les questions d'éducation

Les participants souhaitaient ne pas être intrusifs dans la prise en charge éducationnelle des enfants et laisser faire les parents.

E4 : "j'ai du mal aussi un peu à prendre en charge ça aussi d'ailleurs. Tu vois à m'immiscer dans le côté un peu éducation et les trucs comme ça. [...]" (p.30, l.1500)

E11 : "Et qu'il y a un moment moi faut que je reste dans mon rôle, et je suis pas l'éducateur de l'enfant, je peux éventuellement émettre des conseils mais c'est pas à moi de court-circuiter les parents non plus." (p.74, l.3775)

3.7 Impact de la parentalité sur la distance relationnelle

3.7.1 Projection des patients : le transfert

Certains participants nous ont témoigné avoir ressenti des phénomènes de transfert du patient envers eux, encouragés par leur statut de parent.

E10 : " [une femme enceinte] avait dit à l'infirmière : "ah le docteur..., elle attend un bébé et elle... " et, et du coup elle y voyait une certaine proximité que je puisse être enceinte, comme elle elle était enceinte quoi." (p.66, l.3349)

Parfois négatif, le transfert justifiait que les participants soient réticents à parler de leur enfant en consultation.

E2 : “Ca m’est arrivé une ou deux fois où on m’a posé la question [si j’avais des enfants] mais c’était des patientes euh, de, pour qui je faisais un suivi psy donc ça m’a pas plu du tout qu’elles me posent la question [...] et j’ai eu l’impression que ça faisait un peu... phénomène de transfert : “ah mais oui aussi vous avez un enfant non ? et combien ? Et quel âge ?”” (p.15, l.751)

Lorsque le transfert était positif, l’interne pouvait alors l’utiliser pour faire adhérer le patient à son point de vue.

E8 : “c’est encore ce truc enfin de parler du fait d’être maman ; je l’utilise à ce moment là en fait. Quand je sais que s’ils se disent que moi je ferai ça pour mes enfants... euh... ben du coup ils vont plus le faire pour les leurs enfin ils vont pas juste dire : “ah c’est un médecin qui me conseille comme ça”” (p.53, l.2691)

Certains patients se montraient curieux de connaître des éléments de vie privée de l’interne. En projetant une vie de famille sur leur médecin, ils lui donnaient alors une dimension de personne humaine. Le lien médecin-patient pouvait être ainsi renforcé.

E11 : “Les mamies si y a des enfants en bas âge ça fait des miracles, ça les... Les papis aussi mais moins quand même. Euh ça les, ça les amuse, ça les distrait quoi. Ils sentent que j’suis dans une vie qui ressemble un peu à la leur.” (p.78, l.3990)

En abordant sa parentalité avec un patient, certains constataient un effet de détente dans la conversation. Cela permettait de la détourner du sujet grave de la maladie.

E5 : “ça ouvre clairement une discussion et ça détend complètement j’ai trouvé l’atmosphère à chaque fois” (p.34, l.1733)

3.7.2 Projection des internes parents : le contre transfert

“T’as un p’tit gars? bon ben tu vas comprendre!” Cette citation empruntée à E11 illustre la connivence entre parents de tous horizons, médecin ou patient, chercheur ou participant, etc. La parentalité créait un lien entre tous les parents.

E11 : “Euh et de la même manière aussi le fait d’avoir des enfants, d’être Papa eux même, et d’avoir tous les défis de la vie d’un Papa, ben tout de suite forcément il y a je dirai une complaisance de ma part je pense (rire), mais aussi une connivence, dans le sens où peut être on ressent des choses communes.” (p.78, l.3969)

Les internes parents pouvaient parfois se sentir très proches de leur patients du fait de partager une expérience de parent, ce qui était à l’origine d’un contre transfert. Ce contre transfert poussait l’interne à s’investir - voire se surinvestir - dans des prises en charge auprès de patients auxquels il s’identifiait. Ainsi certains participants s’investissaient particulièrement dans les prises en charge touchant la sphère parentale.

E9 : “il y a une chose qui a changé c’est depuis que j’ai ma fille, quand j’examine un enfant, je fais beaucoup plus attention, et quand c’est pédiatrique, je m’investis beaucoup plus qu’avant” (p.60, l.3032)

Des participants confiaient être plus attentifs aux jeunes mères, en particulier la première année de vie du bébé, en dépistant plus systématiquement les signes de fatigue (prévention du risque de “bébé secoué”) et de dépression du post-partum. Ils proposaient plus facilement des arrêts de travail.

E1 : “Alors la dernière fois j’avais une femme, elle a passé la moitié de son congé maternité à l’hôpital, je lui ai dit “ben non, là c’est juste pas possible de reprendre maintenant”, c’est, elle venait pas pour ça la dame mais moi je lui ai interdit de reprendre, je lui ai dit là c’est pas possible, vous pouvez pas reprendre dans de bonnes conditions.” (p.35, l.1794)

D’autres participants rapportaient être particulièrement compatissants à la douleur ou au handicap des enfants par projection.

E5 : “Non mais un enfant qui avait vraiment mal quoi, qui s’est fait mal... c’est plus c’est plus difficile quand on a les siens qui se font mal c’est insupportable ! [...] je le prenais moins à la légère peut-être que d’autres confrères...” (p.35, l.1794)

Par sympathie, certains internes concédaient moins prescrire de gestes invasifs aux enfants.

E4 : “J’essaie toujours d’éviter, qu’ils [les enfants] aient le moins de soins invasifs.” (p.30, l.1479)

Dans certaines situations, la projection provoquait un envahissement émotionnel de l’interne et un retentissement sur son bien être.

E4 : “Le fait que j’ai des enfants ça me fend plus le coeur” (p.30, l.1477)

E1 : “La dernière fois j’avais une maman de quarante ans qui avait un cancer du sein et elle a pas passé l’été et elle laissait derrière elle deux petits euh de quatre et six ans euh (larmes au yeux)... beaucoup de mal à gérer la situation, parce que du coup je transpose beaucoup plus” (p.5, l.226)

E4 : “Parce que le fait de voir des gens qui vont pas bien, surtout quand j’étais aux urgences, je me disais toujours j’espère que ma famille est en sécurité. J’avais toujours une espèce de tension en moi, est ce que eux ils vont bien ? Est ce que eux ils sont en sécurité ?” (p.30, l.1527)

Des participants présentaient une anxiété démesurée, par exemple en pédiatrie, et ce quelque soit la santé de leur propres enfants.

E7 : “Je pense que j’ai un peu plus peur de passer à côté de quelque chose chez les enfants... puisqu’on est passé à côté de la mienne si tu veux” (p.47, l.2393)

E9 : “Franchement ouais je pense que je suis bien plus inquiet pour un enfant que que que... pour un adulte” (p.61, l.3082)

L'anxiété modifiait quelquefois la prise de décision. L'anxiété semblait plus être liée à la tolérance à l'incertitude concernant les enfants qu'à la parentalité des internes. Ainsi, quelque soit la santé de leurs propres enfants, certains étaient confiants et avaient l'approche de la réévaluation alors que d'autres étaient plus inquiets avec une tendance à prescrire plus facilement des médicaments.

E2 : “Mais effectivement chez les enfants euh...j'ai beaucoup plus l'approche de la réévaluation, de l'attente, de la réassurance en priorité des parents que de la prescription, parce qu'en fait, il y a que ça qui fonctionne” (p.14, l.722)

3.7.3 Sectorisation de la vie professionnelle et personnelle

Il existait un sentiment de danger à diminuer la distance relationnelle, pour le patient et pour le médecin. D'une part le médecin devait s'extraire de son expérience personnelle pour une prise de décision adéquate dans l'intérêt du patient.

E7 : “Faut pas prendre non plus son expérience personnelle comme modèle ou comme... enfin il faut faire attention à... à... faut pas non plus que ça, que ça influe des décisions” (p.36, l.1832)

D'autre part, le patient risquait d'envahir la vie privée du médecin avec des conséquences néfastes pour le médecin.

E3 : “On a fait beaucoup d'annonces, on a fait beaucoup d'accompagnement soins pal et j'ai pris pas mal de recul. J'arrive, j'ai l'impression, un peu plus à me protéger, à me protéger moi parce que du coup je rentrais à la maison j'y pensais au patient je... voilà je ruminais un peu.” (p.22, l.1120)

À des degrés divers, les participants recommandaient une sectorisation de la vie professionnelle et familiale afin d'éviter le plus possible les échanges entre ces deux sphères.

E7 : “[ma parentalité] on ne l'a jamais évoquée... je sépare tout à fait ma vie perso de ma vie pro, ... je ne pense pas qu'il y en ait qui le sache...” (p.46, l.849)

Deux stratégies étaient proposées pour répondre à cette sectorisation : un éloignement géographique entre lieu de vie et d'exercice et des horaires dédiés soit au travail soit aux enfants. La sectorisation était ainsi spatiale et temporelle.

E2 : “pour l’instant je me mets un point d’honneur à séparer ma vie privée et ma vie professionnelle. Je veux pas habiter là où je travaille, je veux pas que mes enfants soient à l’école avec euh les patients” (p.17, l.849)

Ce morcellement était un défi à cause de l’intégrité humaine du médecin parent.

*E8 : “J’essaye! Mais après on est humain donc c’est pas... ça se fait pas tout le temps.”
(p.49, l.2489)*

3.8 Théorisation

L’interne parent construisait sa relation médecin-patient tel un apprenti funambule. Il édifiait ses compétences parentales et médicales à partir de briques communes apportées par son expérience personnelle ou professionnelle. Les compétences partagées par le médecin et le parent concernaient l’attitude, la communication et les soins aux enfants. Le funambule devait trouver la juste disponibilité entre sa vie professionnelle et personnelle. Chaque pas pouvait le déstabiliser au gré du poids des événements familiaux et professionnels et de la fatigue qu’ils entraînaient. L’étayage familial, l’organisation, la clarification des priorités de vie, les conditions de stage favorables étaient autant de facteurs contribuant à rétablir l’équilibre, tel des ballons. Il semblait nécessaire de séparer dans le temps et l’espace l’univers personnel et professionnel afin d’éviter l’envahissement de l’un par l’autre et maintenir une relation médecin-patient équilibrée. L’apprenti généraliste puisait sa confiance en lui et sa légitimité de ses différentes expériences humaines, responsabilités, et statuts (de parent et de médecin). Dans son humanité, il ajustait ainsi sa posture de confident ou d’expert auprès du patient.

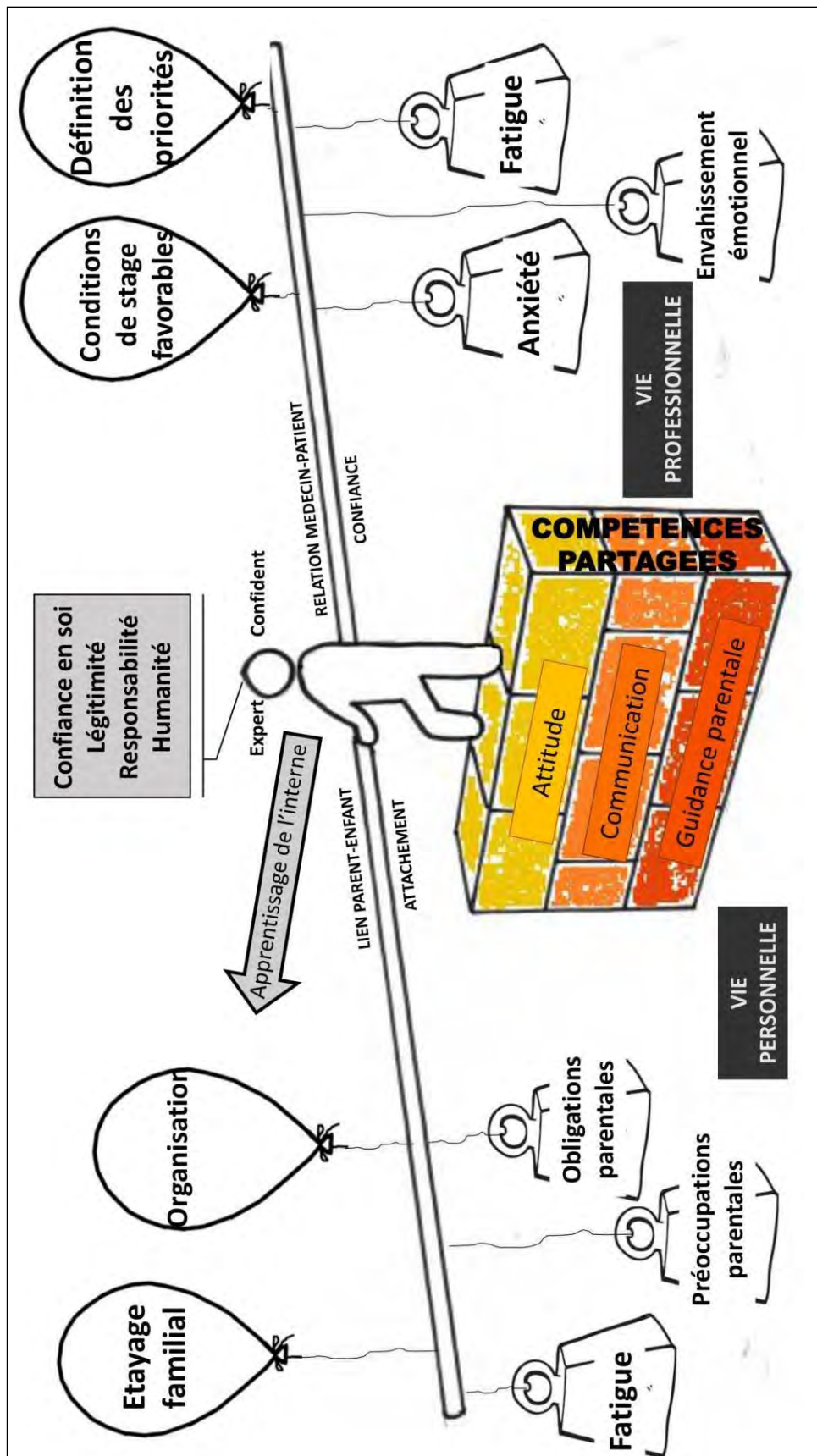


Figure 1: Théorisation de l'apprentissage de la relation médecin-patient pour les parents internes en médecine générale

IV. DISCUSSION

4.1 Forces et limites de l'étude

L'originalité du sujet

Aucune étude antérieure n'avait exploré la construction de la relation médecin-patient chez les internes de médecine générale qui vivent en parallèle l'expérience de la parentalité. Ce sujet original permet, via un focus sur la parentalité de l'interne, de réfléchir sur l'apprentissage de la relation médecin-patient pour les internes en général.

Le choix de la méthode qualitative

S'agissant d'un travail exploratoire, la méthode qualitative était adaptée pour apporter des pistes de réflexion nouvelles et inattendues à notre sujet de recherche. Elle permettait aussi d'explorer les ressentis et les représentations des internes parents autour des thèmes sensibles et personnels de la relation médecin-patient d'une part et de leur parentalité d'autres part. Cependant - et c'est une limite propre à la méthode - notre étude ne permet pas de comparer l'attitude des internes parents par rapport aux non parents. Cette comparaison pourrait être l'objet d'un travail de recherche complémentaire avec une méthode quantitative et permettrait de rationaliser les impressions des participants de l'étude. Il serait ainsi possible de déterminer si les modifications comportementales des internes dont il est question dans notre étude sont le fruit de l'avancée dans le DES ou de leur parentalité.

Le recrutement

Nous avons obtenu un échantillon varié d'hommes et de femmes, avec des trajectoires de vie très diverses (cursus universitaires et terrains de stage, nombre d'enfant, âge des enfants). Malgré un recrutement raisonné, nous n'avons pas recruté d'internes appartenant à des schémas familiaux atypiques (famille monoparentale, homoparentale, séparée ou recomposée...) ce qui aurait permis d'explorer la parentalité sous toutes ses formes. Selon l'INSEE en France en 2019, les familles traditionnelles représentent 66,7% des familles, les familles monoparentales 24,3% des familles, et les familles recomposées 9% (22). Moins d'un pour cent des personnes en couple vivent avec un conjoint du même sexe et seulement 10% d'entre eux déclarent vivre avec un enfant (23). La fréquence de ces schémas familiaux atypiques étant faible, on peut penser qu'ils étaient peu représentés dans notre population source d'internes en médecine générale rattachés à la faculté de Toulouse.

Nous avons eu un refus de participation d'une interne ayant un vécu douloureux de sa parentalité pendant l'internat, par inquiétude que ces propos soient reconnus par ses pairs ou par ses enseignants. On peut penser que certains internes qui avaient un mauvais vécu ou n'étaient pas intéressés par le sujet de la parentalité n'ont pas répondu, entraînant un biais de sélection. Notre invitation à participer à l'étude, n'abordant pas la relation médecin-patient, nous a permis de ne pas sélectionner uniquement les internes parents que ce sujet aurait intéressé.

Le déroulé des entretiens

S'agissant de notre premier travail de chercheuse en recherche qualitative, les entretiens ont pu être menés de façon imparfaite (utilisation de questions fermées, comportement non verbal inadapté, etc.) ce qui a pu suggérer des réponses aux participants et entraîner un biais d'information.

Nous avons été en difficulté pour amener les internes à parler de relationnel avec les patients car ils avaient une forte attente de décharger leur vécu émotionnel de la parentalité pendant l'internat. La révision du guide d'entretien et notre progression en tant qu'enquêtrices nous ont permis de dépasser cette limite.

Quatre entretiens n'ont pas pu avoir lieu en face à face en raison des recommandations de confinement liées à l'épidémie de covid-19 au moment du recueil de données. Le comportement non verbal n'a donc pas pu être recueilli sur un tiers des entretiens. Ces entretiens - trois par visioconférence et un par téléphone - ont des durées équivalentes aux autres entretiens et il semblerait que les participants aient apprécié cette modalité d'entretien leur permettant de se livrer avec moins de retenue. Ainsi les retranscriptions ayant nécessité, à la demande des participants, l'épuration du verbatim *a posteriori*, concernaient ces entretiens réalisés à distance.

Le statut des chercheuses

Le fait d'appartenir au même groupe d'étude que nos participants a pu nous influencer dans nos hypothèses de recherche, dans le recueil des données et dans l'analyse, par la sélection involontaire des idées qui nous paraissaient personnellement les plus pertinentes. Néanmoins, notre travail de réflexivité accompagné d'un effort d'*Épochè*, a permis de limiter l'influence de nos préjugés sur les résultats de cette étude. Ainsi certains de nos résultats étaient attendus, et d'autres étaient tout à fait inattendus ce qui laisse penser que nous avons fait une place suffisante aux idées des participants qui étaient contraires ou éloignées de nos propres représentations.

Notre statut d'interne chercheuse et également parent a pu participer à mettre en confiance les participants. Ceux-ci nous ont livré avec sincérité des éléments intimes de leur vécu de parent ou de médecin.

4.2 Pré-Requis : Représentations et construction de la relation MP

4.2.1 Des représentations universelles

Il nous paraissait important d'explorer les représentations des participants concernant la relation médecin-patient en médecine générale afin qu'ils puissent eux-mêmes définir le sujet de la recherche. Cela permettait aussi de recentrer le discours sur les aspects relationnels de la pratique médicale. Il ressortait de ces représentations une définition complexe de la relation médecin-patient en médecine générale, basée sur la confiance mutuelle. L'importance de cette relation pour le soin en médecine générale et les difficultés inhérentes étaient connues des participants. Les représentations de nos participants étaient comparables aux représentations des internes en médecine générale non parents (8) et aux données de la littérature (24). Dans son article sur la transmission des savoirs en médecine générale, G. Bloy caractérise ainsi la relation médecin-patient en médecine générale:

“Au cœur de cette médecine, à côté des indispensables connaissances biomédicales, se trouve alors une relation originale au patient et au temps. Un patient qui n'est pas celui de l'hôpital parce libre d'aller et venir, de s'exprimer, plus que dans n'importe quel autre lieu de soin, et qui n'est pas amputé de son épaisseur sociale, psychologique et familiale. Un temps qui n'est pas non plus celui de l'hôpital parce que le soin de médecine générale se déploie sur le temps long de la prévention, de la rémission spontanée, du suivi, de la conviction et de la négociation de la prise en charge. En outre, le temps court de la consultation n'est pas celui de la prise en charge à l'hôpital où le patient est à disposition du médecin jusqu'à ce que celui-ci en décide autrement.” (25)

4.2.2 Des compétences relationnelles qui s'enseignent

Dans notre étude, les habiletés relationnelles des internes progressaient au cours de l'internat malgré un enseignement qui semblait perfectible. De nombreuses études suggèrent que les compétences relationnelles et communicationnelles peuvent s'apprendre et se perfectionner (1).

Les participants ayant débuté l'internat après la réforme de 2017 ne semblaient pas se saisir des groupes de formation à la relation thérapeutique comme outil d'apprentissage de la relation médecin-patient. Ils ont cité, par contre, comme composante de progression, l'exposition à des situations réelles en stage. Des situations relationnelles difficiles pouvaient être le point de départ de recherches personnelles valorisées par exemple dans un RSCA. Les modalités des groupes de formation à la relation thérapeutique pourraient évoluer afin d'augmenter l'adhésion des internes. De nombreux manuels anglo-saxons ou canadiens existent pour se familiariser avec l'apprentissage ou l'enseignement de la communication médecin-patient et pourraient être utilisés à des fins de formation des internes et des formateurs. L'exposition à des situations relationnelles difficiles sans l'analyse de celles-ci ne permet pas de progression : "*Experience alone is a poor teacher*" (S. Kurtz)(26).

4.3 Impact de la pratique de la parentalité sur la relation MP

4.3.1 Le transfert de compétences du parent au médecin

Rappelons que d'après Didier Houzel, les soins physiques, la communication parent-enfant et la construction du lien parent-enfant font partie de la *pratique* de la parentalité qui regroupe l'ensemble des compétences parentales (27). On peut imaginer que certaines compétences peuvent se transférer du rôle de parent au rôle de médecin chez les internes parents.

Les soins physiques

Dans notre étude, les internes parents se considéraient plus à l'aise avec les questions des patients concernant les soins physiques à apporter aux nourrissons et aux enfants. Les participants relevaient également plus d'aisance dans la manipulation des nourrissons. Ces résultats apparaissent comme des conséquences directes héritées de leur pratique quotidienne de parent. Nous pouvons les rapprocher des résultats d'une thèse qui retrouvait, en 2002, que la féminisation de la médecine générale s'accompagnait d'une pratique spécifique avec orientation vers la gynécologie et la pédiatrie (28). Dans notre étude, ce sont tous les parents, hommes et femmes, qui semblaient avoir progressé en gynécologie et en pédiatrie par la parentalité.

Par la maîtrise de compétences parentales et une progression dans leur capacité à les transmettre, les internes-parents pensaient que la relation de confiance entre eux et les parents était améliorée. La communication médecin-parent est en effet essentielle pour créer un climat de confiance qui permet l'implication des parents dans le soin de leur enfant (29),(30).

La communication

En matière de communication médecin-patient, nous avons retrouvé chez nos participants des modifications subjectives et positives dans les habiletés à transmettre une information au patient (reformuler, expliquer, vérifier la compréhension). Ces procédés constituent des processus de communication décrits dans le guide de l'entrevue médicale de Calgary-Cambridge (annexe 10). Ce guide est un modèle d'entrevue médicale destiné à l'apprentissage de la communication médecin-patient chez les étudiants en médecine (31). L'amélioration des internes parents dans la maîtrise de ces procédés semblait s'être faite de façon inconsciente essentiellement par l'expérience acquise en stage auprès des patients. La parentalité pourrait avoir un rôle dans l'acquisition de ces compétences puisque les internes parents semblaient mobiliser les mêmes compétences de communication pour la construction du lien parent-enfant ou de la relation médecin-patient. La communication médecin-patient et la communication parent-enfant sont deux formes de communication interpersonnelle. La parentalité de l'interne pourrait donc contribuer à la constitution du *“répertoire de comportements”*, sorte de boîte à outils de processus de communication que le médecin doit apprendre à utiliser à bon escient avec ses patients (1).

La posture éducative

Notre étude souligne que certains internes parents pensaient adopter plus facilement une posture éducative face aux patients. On peut voir un parallèle entre la relation médecin-patient et le lien parent-enfant. La première ayant pu être qualifiée de relation *“paternaliste”* positionne le médecin dans un rôle de parent et le patient dans le rôle de l'enfant. Alors que la relation de soin évolue vers le respect de l'autonomie du patient, les principes éducatifs évoluent également vers le respect de l'autonomie de l'enfant. Celui-ci est depuis peu considéré comme une personne à part entière avec des besoins spécifiques grâce aux découvertes dans le domaine des neurosciences (32),(33). L'éducation bienveillante est un style éducatif qui a pour but de guider l'enfant entre autorité et autorisation en respectant son autonomie. Dr S. Benkemoun, médecin généraliste, a ainsi

créé en 2006 l'*Atelier des parents* qui propose des formations aux parents et professionnels de l'enfance (34). Différents domaines, comme l'éducation ou l'entreprise, évoluent vers un respect croissant de l'autonomie des personnes, enfant ou adulte, et encourage une communication respectueuse et bienveillante pour éviter les conflits et favoriser l'épanouissement personnel et global.

4.3.2 Le transfert de compétences du médecin au parent

S'il existait un transfert de compétences du parent au médecin, la réciproque se vérifiait également. La pratique médicale influençait la pratique de la parentalité. Dans notre étude, les connaissances médicales pouvaient aider les participants dans les soins apportés à leurs enfants. Les médecins parents sont, dans leur formation, particulièrement sensibilisés à la "bonne parentalité" : l'importance du lien parent-enfant, les étapes du développement psychomoteur de l'enfant, les soins physiques à apporter aux nourrissons, l'allaitement, les dangers des écrans, etc. Autant de savoirs et de savoirs-faire que tout parent doit acquérir afin de répondre aux besoins de son propre enfant.

Notre étude a retrouvé que certains internes parents pensaient avoir été traité différemment des autres parents par les professionnels censés les accompagner dans la pratique de la parentalité. Du fait de leur formation médicale et de leur statut de médecin, les internes parents ressentaient que les professionnels les considéraient comme s'ils maîtrisaient déjà les compétences parentales. Plusieurs études retrouvent que les médecins ne sont pas des patients comme les autres (moins de recours à un médecin traitant, consultation tardive, automédication, ...). La santé des médecins serait moins bonne que celle de la population générale (35). Des difficultés spécifiques de la relation médecin-patient entre un médecin et son patient médecin pourraient expliquer partiellement ce constat (36),(37). On peut penser que c'est la raison pour laquelle le stage SFSE et ses enseignements étaient perçus comme bénéfiques et semblant combler une carence d'accompagnement à la parentalité ressentie par les parents internes. Il serait intéressant de voir si les médecins installés, habitués dans leur pratique médicale à la guidance parentale et la transmission des compétences parentales, ressentent un besoin d'accompagnement équivalent à celui de la population générale (38), au moment de la naissance de leur enfant.

4.4 Impact de l'expérience parentale sur la relation médecin-patient

L'expérience parentale désigne pour Didier Houzel le processus de parentification, à savoir l'expérience psychologique du "devenir parent".

4.4.1 Empathie et contre transfert

Les participants de notre étude ont souligné un intérêt renforcé pour la pédiatrie, la gynécologie, la fertilité, le lien parent-enfant...depuis qu'ils "expérimentaient" la parentalité. Leur vécu de parent était perçu comme une aide pour comprendre les parents et les enfants, et développer une attitude empathique. Pour Didier Houzel, *"nous identifier aux parents, être en empathie avec eux, est la condition de base pour aborder leurs problèmes et ceux de leurs enfants dans une approche de compréhension et d'élaboration et non de jugement et de normativité."* (39)

Définir l'empathie

La relation médecin-patient est une relation humaine, intersubjective dans laquelle l'empathie permet à deux être humains un "triple partage : d'émotions, de représentations et d'actions, parfois en même temps" (Cosnier, 1994). L'empathie est à la fois un mécanisme humain, inconscient et involontaire de résonance face à l'émotion de l'autre, et l'aptitude cognitive consciente de se mettre à la place de l'autre de à lui rendre compte de cette démarche (40). Morse a ainsi défini quatre dimensions de l'empathie: morale, affective, cognitive et comportementale dont les caractéristiques sont présentés dans le tableau situé en annexe 11 (41). L'*empathie morale* est "l'élan spontané" de se rendre disponible pour l'autre et d'avoir envie de l'aider. L'*empathie affective* est la "résonance empathique" par "contagion émotionnelle". L'*empathie cognitive* est la tentative "d'adopter la perspective de l'autre" pour comprendre son expérience. Enfin l'*empathie comportementale* est le fait de rendre compte de son empathie à l'autre par des procédés de communication verbaux et non verbaux (42).

Une résonance immédiate au vécu des patient parents

On comprend donc pourquoi les internes parents pouvaient être naturellement empathiques envers les parents ou les enfants. Ils partagent, en effet, ce vécu de la parentalité qui les rend plus enclin à entrer en résonance, spontanément et sans effort, avec les émotions d'un autre parent, comme l'inquiétude par exemple. La plupart des situations présentées par des patients parents font écho à leur propre situation avec leur enfant et son cortège d'émotions

et de représentations. Les internes parents peuvent rapidement, par un comportement involontaire et en partie non verbal, légitimer le vécu du patient auquel ils s'identifient (40).

Ainsi, les internes parents ressentaient des facilités pour répondre à l'angoisse parentale, ce qui est une attente majeure des parents consultant pour leur enfant (43). L'adéquation entre l'attente du patient et la réponse du médecin, par une empathie affective et morale spontanée, permet de créer un attachement privilégié, une confiance, qui pérennise cette relation dans le temps (40). Elle améliore la satisfaction des protagonistes de la relation et contribue à l'alliance thérapeutique.

Humanité

Des participants ressentaient que les patients étaient heureux de connaître des éléments de leur vie personnelle et notamment de leur parentalité. L'empathie affective était réciproque : *“C'est aussi par cette voie que le médecin et le patient peuvent expérimenter, l'espace d'un bref moment, un vécu partagé et, par là, participer à l'humanité de l'autre”* (Glick, 1993). Les patients appréciaient projeter une vie humaine sur leur médecin. Or il est décrit qu'une majorité de patients souhaitent une relation de type humain avec leur médecin (Cosnier, 1994) (40).

Les difficultés d'empathie liées à la parentalité

La dimension naturelle et involontaire de l'empathie affective n'est pas suffisante pour garantir une relation empathique envers tous les patients. Nos participants soulevaient leur difficultés parfois vis à vis de patients auxquels ils ne s'identifiaient pas, qui leur inspiraient antipathie ou indifférence. Il existait aussi un risque de débordement émotionnel excessif, lié à des mécanismes de sympathie ou de compassion. Ces mécanismes “dysempathiques” correspondent à la confusion par l'interne de son propre vécu avec celui du patient : le médecin vit les émotions positives ou négatives avec la perte de la barrière entre lui et l'autre (44).

«L'empathie c'est tendre la main à celui qui est dans le trou ; ce n'est pas sauter dedans pour l'aider à remonter» Agnès Ledig

Les internes doivent s'efforcer d'accorder un intérêt égal à tout patient et exercer la médecine “sans discrimination” (Art. 1 : Principe d'Éthique Européenne). Ce principe fondamental est également repris dans l'article 7 du Code de déontologie médicale : *“ Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les*

personnes quels que soient [...] les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. ” (45).

La parentalité des internes peut être un obstacle à l'empathie si l'interne n'entreprend pas une élaboration cognitive de ce qui se passe dans l'interaction avec le patient. Pour Didier Houzel, les professionnels qui sont parents, sont toujours mobilisés en tant que parent lorsqu'il s'agit de s'occuper d'un enfant. Il est nécessaire qu'ils s'interrogent sur ce qu'une situation leur renvoie en tant que parent, afin de ne pas confondre rôle parental et professionnel (46). L'empathie clinique du soignant doit compléter l'empathie naturelle et involontaire de toute relation humaine, intersubjective. L'empathie clinique implique un travail de gestion des émotions qui apparaissent durant une entrevue médicale (47). Ce travail signifie s'exercer à percevoir ses propres émotions et celles des autres, à les nommer, et à les légitimer. Cette démarche pourrait améliorer la relation médecin-patient en augmentant la satisfaction des deux protagonistes (40).

La disponibilité

L'expérience parentale, parce qu'elle est forte et prenante peut altérer la disponibilité du médecin sur le plan physique mais aussi psychologique. La capacité d'empathie cognitive de nos participants ainsi que la gestion des émotions pouvaient ainsi être altérés par la fatigue ou les préoccupations parentales.

4.4.2 Ressenti clinique

Certains participants pensaient que leur intuition clinique à propos d'un enfant malade était amélioré par le fait d'avoir vécu les maladies bénignes de leur enfant. “L'intuition clinique que quelque chose ne va pas” (*clinician gut feeling that something is wrong*) est un critère à prendre en compte en médecine générale où les situations d'incertitude sont omniprésentes (48). Elle est corrélée au ressenti de l'inquiétude des parents et à l'apparence de l'enfant. Les études évaluant l'intérêt de prendre en compte ce ressenti clinique dans la prise de décision sont contradictoires. Une étude rapporte qu'indépendamment des critères cliniques présentés par l'enfant, “l'intuition clinique que quelque chose ne va pas” était corrélé à l'aggravation de l'état clinique d'un enfant (49). La même étude suggère que l'intuition clinique n'est pas liée à l'expérience du praticien. Elle serait plutôt un phénomène purement intuitif, favorisé par l'empathie affective du clinicien envers les patients, parents et enfants.

4.4.3 Crise identitaire

Confiance en soi

L'expérience de la parentalité transforme à des degrés variables les individus (13). Dans notre étude, les internes parents se sentaient enrichis par cette expérience, considérée comme "un plus". Cette expérience, assurément altruiste, puisque l'intérêt de l'enfant vient précéder l'intérêt de l'individu, est enrichissante sur le plan humain. Elle apportait un sentiment de maturité et de confiance en soi.

Hierarchisation des priorités de vie

Certains participants dans notre étude ont remarqué une prise de recul par rapport à leur vie professionnelle et éventuellement une nouvelle hiérarchisation de leurs priorités de vie liée à leur parentalité. La parentalité venait redonner sa "juste place" au travail de médecin. Le médecin était moins disponible pour ses patients ou en tout cas pas tout le temps. Cette clarification de la place limitée du travail dans la vie de l'individu pourrait l'aider à se prémunir contre le surinvestissement au travail et le *burn out* et agir comme un facteur protecteur. A l'inverse si l'investissement dans la parentalité est excessif, on a vu apparaître ces dernières années le terme de "burn out parental"(50). Ces deux type de *burn out* résultent d'un déséquilibre entre des facteurs protecteurs et des facteurs de risque de stress chronique dont certains sont communs (51).

Trouver un équilibre entre la vie personnelle et professionnelle

La parentalité impactait le temps passé au travail, la fatigue au travail et les performances relationnelles. Le travail impactait la qualité et la quantité du temps passé avec les enfants. Les participants pensaient pouvoir trouver un équilibre entre la vie personnelle et professionnelle au moyen notamment d'un exercice en cabinet de groupe, à temps partiel avec des horaires programmables. Ces aspirations sont cohérentes avec les tendances actuelles de modification d'exercice (52). Ces modifications sont souvent attribuées à la féminisation de la profession (50% en 2020) (53). A l'inverse nous n'avons pas noté de différence entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la volonté de partager leur temps équitablement entre exercice professionnel et vie personnelle. De plus en plus de conjoints de médecin - homme ou femme - travaillent et les tâches ménagères et parentales sont redistribuées. Notre étude apporte des données corroborant l'hypothèse de Lapeyre et Feuvre concernant le fait que les aspirations des hommes se sont alignées sur celles des femmes (54).

4.5 Impact de l'exercice de la parentalité sur la relation MP

Définir la légitimité

Dans le domaine de la santé, l'autorité médicale, est incarnée par le médecin du fait de son statut professionnel et de la légitimité sociale dont il bénéficie. Le médecin est considéré comme la personne la plus compétente pour diagnostiquer et assurer le suivi médical du patient (44). Pour Claude Lévi-Strauss : *“Nous ne sommes pas médecins parce que nous guérissons nos patients, nous les guérissons parce qu'ils font de nous leur médecin”* (Lévi-Strauss, 1974) (55). Cette légitimité sociale du médecin permet au patient de lui accorder spontanément sa confiance. La confiance pourra ensuite être diminuée ou améliorée par le comportement du médecin dans la relation, le parcours du patient, la réputation du médecin.

Légitimité des internes parents

“Trop jeune”, “inexpérimenté”, “pas à l'aise avec les enfants” : notre étude soulève le fait que le statut d'interne manque parfois de légitimité. C'est ce qui ressort également d'une étude qui a donné la parole aux internes de médecine générale pendant leur stage chez le praticien. Dans les consultations à trois avec le maître de stage ou en autonomie *“le statut du stagiaire est le plus incertain puisqu'il est ce que le patient, mais surtout le praticien, veulent bien qu'il soit”*. La légitimité de l'interne tient avant tout à sa présentation par le maître de stage, *“comme un jeune confrère, dont le patient peut attendre compétences, sens des responsabilités et respect du secret médical”*(25). Dans le Code de la Santé publique, l'interne est défini comme un *“praticien en formation spécialisée [qui] exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève”* (56). Le maître de stage joue donc un rôle essentiel dans l'acceptation de l'interne auprès des patients par l'autonomie et le respect qu'il lui accorde. Dans notre étude, par leur statut de parent, les internes se sentaient plus légitimes aux yeux des patients, mais aussi des équipes ou des maîtres de stage qui leur accordaient plus de crédit. Le statut de parent est reconnu par la société comme un statut d'adulte responsable qui prend des décisions pour son enfant, exerce l'autorité parentale pour le bien être de l'enfant (13).

Généralisation aux internes non-parent

Le statut d'adulte responsable des internes parents interroge sur celui des internes non parents. Il est intéressant de réaliser que les internes non parents endossent les mêmes responsabilités médicales. Si la légitimité de l'interne en général tient à la présentation qu'en fait le maître de stage, il faut donc convaincre les maîtres de stage des compétences et du sens des responsabilités qu'ils peuvent attendre de leur interne, parent ou non (57). Ceci permettrait d'éviter certains comportements d'infantilisation qui peuvent disqualifier les internes en les faisant apparaître comme des "sous-médecins" : niveau de langage inadapté, tutoiement, désignation par le prénom, etc...(25)

4.6 Perspectives

4.6.1 Rôle du médecin généraliste dans le soutien de la parentalité

Soutenir la parentalité

La parentalité est reconnue comme un facteur déterminant de la santé et du développement d'un enfant. En effet, les comportements déviants des enfants font toujours supposer des "carences" parentales : manque de soins, de présence, de tendresse ou d'autorité (12). Le soutien à la parentalité regroupe l'ensemble des ressources et services qui accompagnent les parents dans leur rôle éducatif et de soins. La création du Conseil National de Soutien à la Parentalité (CNSP) en 2012 et le plan gouvernemental "Dessine-moi un parent 2018-2022", illustrent une volonté de soutenir la parentalité dans un objectif de santé publique et de prévention (58),(11),(59). Le soutien à la parentalité est un levier de prévention universel et global car il permet de réduire les inégalités sociales de santé (60). Les actions sont diverses sur le plan international, national et local, par des acteurs publics, privés et associatifs : livret des parents, REAAP (réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents), journée de la parentalité, etc... Le médecin généraliste, par sa fonction de médecin de famille en soins primaires, est un acteur du soutien à la parentalité même s'il est rarement cité dans les articles de soutien à la parentalité (61). L'approche de la santé globale et les actions de santé publique font partie des compétences du médecin généraliste (4).

Compétence des internes de médecine générale à soutenir la parentalité

Les participants ont souligné l'intérêt du stage SFSE, particulièrement des stages ambulatoires et de la PMI, ainsi que les enseignements du DES de médecine générale dans l'acquisition de compétences dans le lien parent-enfant, les conseils, la prévention. Un récent travail de thèse retrouve que les médecins généralistes seraient favorable à une formation complémentaire pour consolider leurs connaissances et développer leur compétences dans le soutien à la parentalité (61).

Dans ce contexte, la parentalité propre des internes de médecine générale, sous ses dimensions d'exercice, d'expérience et de pratique, pouvait influencer la relation médecin-patient en ce qui concerne les parents et les enfants. La parentalité donnait à des degrés divers :

- l'envie de s'investir dans des prises en charge touchant l'accompagnement à la parentalité par empathie morale et affective ;
- des compétences parentales et un savoir médico-parental à transmettre aux parents ;
- des habiletés communicationnelles pour faciliter cette guidance parentale ;
- et une facilité à instaurer une relation de confiance en particulier avec les parents.

Etre parent pourrait être un catalyseur du soutien à la parentalité. Mais l'interne parent doit sans cesse s'interroger sur sa propre position de parent, au vue d'une situation donnée. Un travail de gestion des émotions et de prise en compte de son ressenti en tant que parent est nécessaire afin de dépasser cette dimension émotionnelle, dans la réponse comportementale qui sera faite au patient.

4.6.2 Impact de la parentalité de l'interne en dehors de situations cliniques en lien avec la sphère parentale

En dehors de la sphère parentale, la parentalité influencerait la relation médecin-patient de façon plus inconsciente :

- légitimité de l'interne parent à exercer une responsabilité médicale ;
- crise identitaire de la parentalité qui resitue les priorités de vie ;
- modification de la disponibilité de l'interne pour les patients ;
- amélioration de certaines compétences relationnelles et de communication.

4.6.2 Généralisation à d'autres expériences du lien interpersonnel des internes

La parentalité est un exemple de parcours de vie pouvant entraîner des modifications psychologiques et comportementales chez l'individu. Les participants qui avaient exercé une activité professionnelle mettant en jeu la relation interpersonnelle avant leur étude médicales percevaient l'impact de celle-ci sur la construction de la relation médecin-patient. On peut imaginer que d'autres expériences de vie comme l'engagement associatif, les voyages et autres expériences interculturelles, le vécu du deuil, de la maladie grave de soi ou d'un proche,... influencent la construction de la relation médecin-patient et contribuent à la diversité des approches relationnelles des médecins.

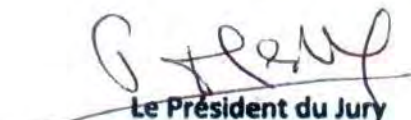
V. CONCLUSION

La relation médecin-patient reste une notion complexe, difficile à définir, qui est basée sur la confiance mutuelle et conditionne l'efficacité du soin. Elle est essentielle en médecine générale du fait d'un suivi durable et transversal des patients. Alors que l'internat est le théâtre de l'apprentissage de celle-ci, la parentalité de l'interne influait sur différents aspects de la relation. Ces aspects étaient : la confiance mutuelle, la légitimité de l'interne, la disponibilité physique et psychologique pour le patient, la communication médecin-patient, l'empathie, l'attitude et la distance relationnelle. Des modifications, plus ou moins conscientes, ont été remarquées en particulier avec des patients enfants ou des patients parents et se sont généralisées parfois aux autres patients. La construction de la relation médecin-patient chez le parent interne en médecine générale était comparable à la progression d'un funambule. Cet artiste, fort de ses compétences déjà acquises, avançait en équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Ces deux domaines étaient en perpétuelle interaction, bien que leur séparation semblait vitale.

La construction de la relation médecin-patient paraissait ainsi impactée par les trois dimensions de la parentalité de l'interne. La pratique parentale contribuait à développer des compétences dans le champ de l'attitude relationnelle et de la communication bienveillante. L'expérience parentale modifiait la capacité de résonance empathique de l'interne envers les patients et bouleversait les priorités de vie. L'exercice de la parentalité apportait un statut de médecin responsable qui questionnait le statut de l'interne de façon générale.

Etre parent met en jeu des relations humaines singulières. D'autres expériences interpersonnelles peuvent émailler le parcours de vie d'un interne de médecine générale. Évaluer leur impact sur l'aptitude relationnelle de l'interne serait intéressant. Valoriser les compétences acquises légitimerait l'acceptation des parcours de vie atypiques au cours de la formation médicale initiale.

Vu
Toulouse le 08/09/2020


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 10 septembre 2020
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse-Purpan
Didier CARRIE



Bibliographie

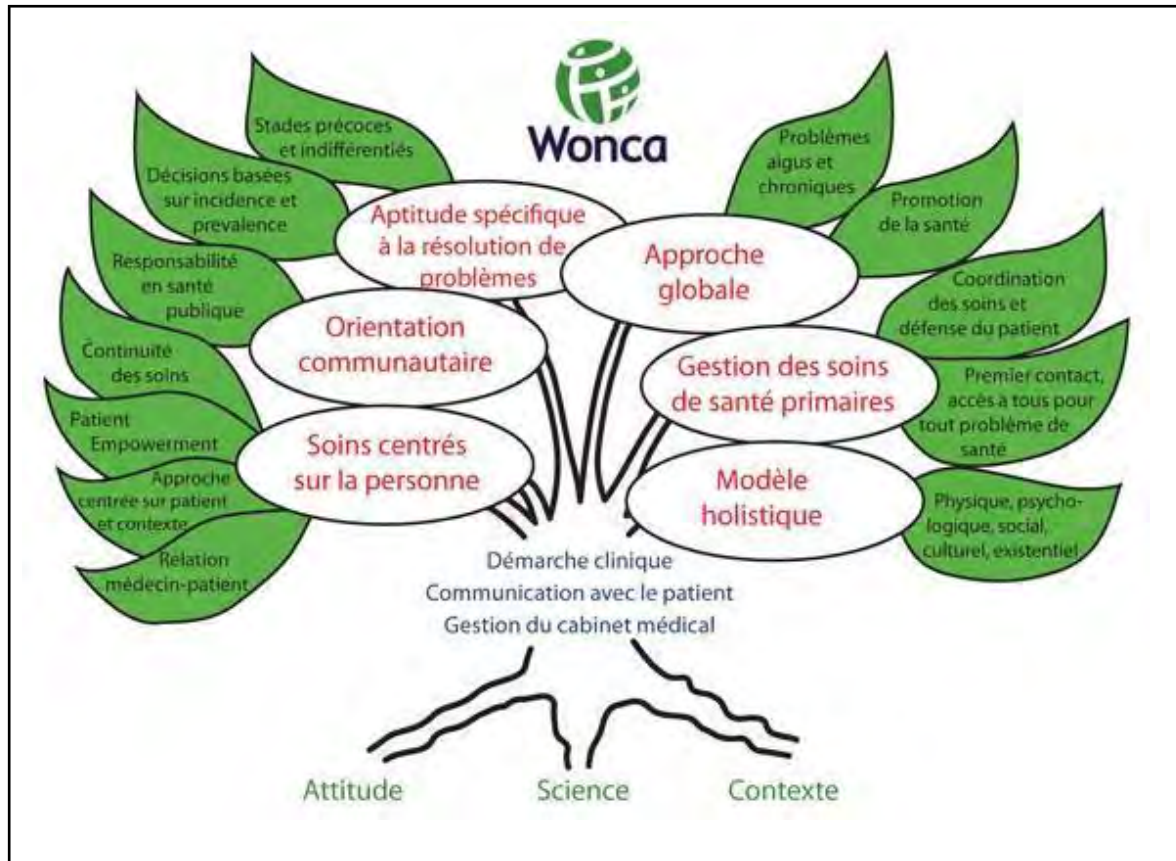
1. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Montréal: Éditions du Renouveau pédagogique; 2016.
2. Balint Michael, Valabrega J.P. Le médecin, son malade et la maladie. 2^e éd. Paris: Payot; 1988.
3. Référentiels métiers et compétences médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
4. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002.
5. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer*. janv 2006;(76):31-2.
6. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.
7. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain J-C. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. *Médecine*. 1 oct 2011;7(8):381-5.
8. Choplin M, Ricard S. Représentations des internes en médecine générales de Haute-Garonne concernant la notion de « relation médecin-patient » [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
9. Larapidie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2018.
10. Volant S. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. *Insee Prem*. mars 2017;(1642).
11. Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? *Devenir*. 23 mars 2009;Vol. 21(1):31-60.
12. Besse M. La parentalité : une mise au neutre des parents ? *VST - Vie Soc Trait*. 27 mai 2011;n° 110(2):30-5.
13. Houzel D. Les enjeux de la parentalité- Note de synthèse. Ministère de l'emploi et de la solidarité; 1999 p. 7.
14. Raselinary S. Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine générale: conséquences et ressenti : étude qualitative réalisée à partir de 15 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
15. Levecq M, Leduc J-J, Université du droit et de la santé (Lille). Comment les internes de médecine générale de Lille concilient parentalité et études médicales ? [S.l.]: s.n.; 2015.
16. Frappé P, Frappé P, Druais P-L, Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale (Lyon). Initiation à la recherche. 2018.
17. Kaufmann Jean-Claude, Singly François de. L'entretien compréhensif. 4e édition. Malakoff: Armand Colin; 2016. 126 p. (128 tout le savoir).
18. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Malakoff: Armand Colin; 2019.
19. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 4. paperback printing. New Brunswick: Aldine; 2009. 271 p.
20. Arrêté du 12 avril 2018 fixant la liste des recherches mentionnées au 2° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique.
21. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item

- checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
22. Bloch K. En 2019, 800 000 beaux-parents habitent avec les enfants de leur conjoint. *Insee Prem*. 8 juill 2020;(1806).
 23. Buisson G, Lapinte A. Le couple dans tous ses états. *Insee Prem*. 14 févr 2013;(1435).
 24. Tétart J. Évolution de la relation médecin patient lors d'un suivi au long cours: points de vue de médecins généralistes installés depuis plus de 30 ans dans les Alpes-Maritimes recueillis lors d'entretiens individuels. :99.
 25. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. *Rev Française Aff Soc*. 2005;(1):101-25.
 26. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning communication skills in medicine*. 2. ed., reprinted. Oxford: Radcliffe; 2006. 369 p.
 27. Coum D. Parentalité (pratique de la parentalité). *Trames*. 2010;232-4.
 28. Astruc B. La féminisation d'une profession s'accompagne t elle d'une pratique spécifique ? A propos d'une enquête menée auprès des femmes généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2002.
 29. Orioles A, Miller VA, Kersun LS, Ingram M, Morrison WE. « To be a phenomenal doctor you have to be the whole package »: physicians' interpersonal behaviors during difficult conversations in pediatrics. *J Palliat Med*. août 2013;16(8):929-33.
 30. Singh M. Communication as a Bridge to Build a Sound Doctor-Patient/Parent Relationship. *Indian J Pediatr*. janv 2016;83(1):33-7.
 31. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. 1996;30(2):83-9.
 32. Gavarini L. L'enfant est-il un sujet ? Évolution des représentations et des savoirs. Mais où est donc passé l'enfant ? *ERES*; 2003.
 33. Gueguen C. Pour une enfance heureuse : repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau. Paris: Pocket; 2015. 368 p.
 34. A Propos - APcomm | Apprendre à Communiquer [Internet]. APcomm. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://apcomm.fr/a-propos/>
 35. Biencourt DM, Bouet P, Carton M, Cressard P, Lucas J, Montane F, et al. Le médecin malade synthèse. *Ordre national des médecin*; 2008 juin p. 10.
 36. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. 1 juill 2008;58(552):501-8.
 37. Galam É. Soigner les médecins malades Première partie : un patient (pas tout à fait) comme les autres. *Médecine*. 1 nov 2013;9(9):420-3.
 38. Crépin A, Moeneclaey J. Les attentes et besoins des parents en matière d'accompagnement à la parentalité. *L'e-Ssentiel Publ Électronique Caisse Natl Alloc Fam Dir Stat Études Recherch*. juill 2016;(165).
 39. Houzel D. Un autre regard sur la parentalité. *Enfances Psy*. 2003;21(1):79-82.
 40. Vannotti M. L 'empathie dans la relation médecin – patient. *Cah Crit Ther Fam Prat Réseaux*. 2002;no 29(2):213-37.
 41. Marin E. Enseigner l'empathie en médecine ? : Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques. 2011.

42. Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image-- J Nurs Scholarsh.* 1992;24(4):273-80.
43. Artufel-Meiffret M. La consultation pédiatrique en médecine générale: expériences, perception et attentes de parents d'enfants de 0 à 6 ans: enquête qualitative auprès de 16 parents dans les Alpes-Maritimes. 2013.
44. Jeffrey D. Clarifying empathy: the first step to more humane clinical care. *Br J Gen Pract.* févr 2016;66(643):e143-5.
45. Code de la santé publique - Article R4127-7. Code de la santé publique.
46. Houzel D. Les axes de la parentalité. *Rhizome.* déc 2009;(37):4-8.
47. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA.* 2 mars 2005;293(9):1100-6.
48. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Sante.* 2008;Vol. 26(1):67-91.
49. Van den Bruel A, Thompson M, Buntinx F, Mant D. Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study. *BMJ.* 25 sept 2012;345:e6144.
50. Roskam I, Raes M-E, Mikolajczak M. Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. *Front Psychol.* 2017;8:163.
51. Mikolajczak M, Roskam I. A Theoretical and Clinical Framework for Parental Burnout: The Balance Between Risks and Resources (BR2). *Front Psychol.* 2018;9:886.
52. Ferley J-P, Da Silva E. Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact. Approche quantitative et qualitative. Enquête auprès des médecins en exercice. URLM-CAREPS; 2003 oct. Report No.: 418.A.
53. Ordre National des médecins. Chiffres clés Médecins inscrits -Atlas de la démographie médicale 2018. 2018.
54. Lapeyre N, Feuvre NL. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Française Aff Soc.* 2005;(1):59-81.
55. Bourdon M-C. Le médecin est-il un guérisseur? Une étude anthropologique auprès de cliniciens hospitaliers à Montréal. *Reflets Rev D'intervention Soc Communaut.* 2011;17(2):50-76.
56. Code de la santé publique - Article R6153-3. Code de la santé publique.
57. Ducrey N, Pilet F. Formation post-graduée au cabinet du praticien. *Rev Médicale Suisse Romande.* 2003;(123):539-40.
58. Dessine-moi un parent. Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018 - 2019 [Internet]. DGS - Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019 mai [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/strategie-nationale-de-soutien-a-la-parentalite-2018-2019>
59. Centre d'analyse stratégique, Lemoine S. Aider les parents à être parents: le soutien à la parentalité, une perspective internationale. Paris: La Documentation française; 2012. (Rapports et Documents).
60. Houzel D. S'associer aux acteurs de l'accompagnement à la parentalité dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé : un défi à relever pour la santé publique. *Santé Publique (Bucur).* 1 déc 2016;Vol. 28(5):553-4.
61. Chevreuil A, Masson-Bellanger C. Le médecin généraliste : acteur du soutien à la parentalité? Angers: Université Angers; 2020. p. 125.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Arbre des compétences de la WONCA¹



¹ © 2004/2011



² Source : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE
Conception graphique: johannakern.fr

ANNEXE 3 : Première version du guide d'entretien

Les titres en italiques n'ont pas été énoncés à l'oral lors des entretiens. Ils étaient un guide pour que les chercheuses puissent se repérer dans le déroulement de l'entretien.

I - Tableau démographique

- âge, sexe
- parcours professionnel et étudiant : année des ECN? parcours avant médecine? terrain de stage actuel? étapes de la maquette ambulatoire/hospitalier?
- situation maritale, profession du conjoint
- nombre d'enfants, âges actuels
- à quel moment dans la formation sont nés les enfants ?
- allaitement, santé des enfants : maladies chroniques, maladies à répétitions, hospitalisations?

II- Question brise-glace :

Peux-tu me raconter comment s'est déroulée ta parentalité au cours de l'internat?

Relances : Moment, maternité, difficultés, accouchement, naissance, allaitement, congé paternité/maternité, mode de garde, adaptation des stages/enseignements facultaires, parentalités en fonction des enfants, ...

III- Parentalité et relation médecin-patient :

1) Question principale

- En quoi le fait d'être père/mère impacte-t-il ta relation avec les patients?

2) Relances

- Quelles situations penses-tu gérer différemment du fait d'être parent?
 - *Relance* : concernant la pédiatrie? la grossesse? les maladies graves? attitude vis-à-vis de la parentalité des patients?
 - *Relance*: concernant :
 - La prise de décision médicale/ La gestion de l'incertitude
 - La capacité d'écoute et la disponibilité
 - La reformulation/ la répétition
 - Les explications données aux patients, adaptation du discours au patient
 - L'empathie/ la distance relationnelle
 - La négociation
 - L'organisation de la consultation
- As-tu eu l'impression que c'était différent selon le terrain de stage?

3) Image renvoyée par les patients

- Quelle image de toi les patients te renvoient-ils en tant qu'interne - parent?
 - *Relance* : Parles-tu de tes enfants aux patients que tu rencontres? Comment réagissent-ils?

4) Image renvoyée par les pairs

- Comment les services ou les maîtres de stage réagissent-ils au fait que tu sois parent?

IV- Conclusion : pistes d'améliorations

- Est-ce que tu aurais des suggestions pour concilier parentalité et relation médecin-patient?
- Aurais-tu des choses à ajouter à cet entretien?

ANNEXE 3bis : Dernière version du guide d'entretien

I- Tableau démographique

- âge, sexe
- parcours professionnel et étudiant: année des ECN? parcours avant médecine? terrain de stage actuel? étapes de la maquette ambu/hospit?
- situation maritale, profession du conjoint
- nombre d'enfants, âges actuels
- à quel moment dans la formation sont nés les enfants ?
- allaitement, santé des enfants

II- Question brise glace :

Comment as-tu vécu le fait de devenir maman/papa pendant l'internat?

Comment les patients réagissent-ils au fait que tu sois maman/papa?

- Parles-tu de tes enfants aux patients que tu rencontres?
- Quelle image de toi les patients te renvoient-ils en tant qu'interne parent?

Comment les services, les maîtres de stage, les autres internes réagissent au fait que tu sois maman/papa?

III- Parentalité et relation médecin-patient :

Qu'est ce que c'est pour toi la relation médecin-patient?

Depuis le début de tes études que peux tu dire de l'évolution de ta relation aux patients?

- Quelles situations tu penses gérer différemment du fait d'être maman/papa?
- Raconte moi une situation que tu penses avoir géré différemment du fait d'être maman/papa?
- As-tu d'autres exemples dans un domaine en dehors de (citer le domaine de l'exemple précédent)?
- D'une façon générale, pendant une consultation, qu'est ce qui te paraît plus facile?
- D'une façon générale, pendant une consultation, qu'est ce qui te paraît plus difficile?
- *Relance :*
 - L'organisation de la consultation
 - La capacité d'écoute et la disponibilité
 - L'empathie/ la distance relationnelle
 - La reformulation/ l'adaptation du discours au patient
 - La négociation
 - La prise de décision médicale
 - La gestion de l'incertitude

Qui assure le suivi de ton enfant? Comment ça se passe?

IV- Conclusion : pistes d'amélioration

- Est ce que tu aurais des conseils à donner à des médecins parents pour favoriser une relation médecin patient de qualité?
- Aurais-tu des choses à ajouter à cet entretien?

ANNEXE 4 : Exemple de contexte d'énonciation

Réalisé le 14.02.2020 à la pause méridienne au cabinet où est installée E7. Elle avait fini ses consultations un peu tard et m'avait proposé de prendre un thé pendant qu'elle déjeunait avant notre entretien. Je lui ai assuré que nous aurions fini à temps pour qu'elle soit à l'heure pour reprendre les consultations de l'après-midi, qu'en général nous prévoyions une heure mais que les entretiens duraient moins longtemps et que de toute façon ses consultations étaient prioritaires si toutefois nous venions à nous éterniser. Notre différence d'âge et son statut de médecin installée créaient une atmosphère plus distante, renforcée par le fait que c'était la première fois pour moi que j'interrogeais quelqu'un que je ne connaissais pas du tout dans le cadre de ma thèse. Je lui ai de suite proposé que nous nous tutoyions pour gommer un peu cet espace.

ANNEXE 5 : Extrait d'un entretien intégral

Entretien réalisé à la pause méridienne dans une salle de cours de la faculté de médecine de Rangueil le 24/10/2019, nous étions seuls.

Chercheuse : Comment toi tu as vécu le fait de devenir papa pendant l'internat ?

E5 : Bah c'était choisi donc c'était pas c'était pas subi donc déjà il y a pas eu, euh... il y a absolument pas eu de souffrance par rapport à ça quoi. C'était un choix. Et pendant l'internat euh... après j'étais dans le groupe d'amis un peu restreint on était les premiers donc c'était un peu l'aventure. Il y en a quand même beaucoup qui nous disaient "vous êtes un eu fou, il y a beaucoup de choses à faire, beaucoup de choses à penser". Mais en fait ça s'est très bien passé quoi. Ça s'est très bien passé. Ça a été... pour Y je pense ça a peut-être été compliqué la grossesse à vivre parce que elle a, elle était enceinte pendant son stage d'urgence à ville E et là, ça a été un peu particulier parce que elle, parce que pour les gardes elle a eu un aménagement d'horaire, un aménagement des jours et on lui a quand même bien fait sentir que... on lui a reproché en fait le fait d'être enceinte quoi voilà et d'avoir eu ce qu'il pensait ce qu'il disait être des faveurs en fait pendant l'internat du fait de sa condition de femme enceinte quoi.

Plutôt elle que... ?

Elle oui pour son stage des urgences ça n'a pas été facile ouais. Pour moi, ça a été compliqué entre guillemets parce que ça a été pendant le stage d'urgences donc il y avait des gardes de 24 heures à ville A avec de la route du coup et ça a été compliqué ben de toute façon comme tous les jeunes parents j'imagine pendant les premiers mois parce que on dort pas trop et pendant les gardes je dormais pas non plus donc en fait je dormais jamais en fait bon ça, ça a duré que trois mois finalement cette période-là.

Tu as pu prendre un congé toi à l'arrivée de X1 ?

Ben justement à l'arrivée de X1 non, pas vraiment. Parce qu'en fait ce qui c'est, ce qui s'est passé c'est que c'était des gardes et donc en fait... les gardes n'ont pas été reprises c'est-à-dire que ça a été des gardes échangées. Donc en fait mon mois de janvier a été, il est né le 28 décembre. Mon mois de janvier a été léger parce que moi j'avais échangé les gardes qui correspondaient aux deux semaines de congé pater' mais en fait c'était pas du tout des congés parce que en fait toutes ces gardes, je les ai rattrapées après. Donc ça a pas été des congés quoi, ça a juste été un aménagement de planning ! (rires)

Est-ce que tu parles de tes enfants à tes patients ?

Ouais ça peut, ça peut m'arriver. Ça peut m'arriver quand ils me posent la question souvent en fait quand les patients me posent la question ça arrive, ça arrive que les patients me posent la question : "est-ce que vous avez des enfants ? vous êtes marié ? vous avez des enfants ?" ça peut arriver donc dans ce cas-là, je réponds. Ou des fois quand j'ai... quand je suis en consultation de pédiatrie avec des enfants qui ont à peu près le même âge et des choses... des pathologies que j'ai déjà pu rencontrer en tant que parent, ça m'arrive de donner un petit mot, ça marche souvent assez bien dans la... pour la... dans la confiance en fait de consultation, dans la confiance en fait.

Quand tu leur dis, tu as l'impression qu'ils ont un peu plus confiance ?

Ouais souvent ouais... ça ouvre clairement la... Ça ouvre clairement une discussion et ça détend complètement, j'ai trouvé, l'atmosphère à chaque fois ouais ! Après je le dis pas à tout le monde ! (rires) Ça peut marcher pour détendre un peu des jeunes parents stressés sur des pathologies bénignes quoi.

Qu'est-ce que c'est pour toi la relation médecin-patient ?

(Rires... rires) La relation médecin-patient ?

Comment tu vois ça, comment tu y penses tous les jours ou que tu n'y penses pas et que ça se crée ?

Ouais la relation médecin-patient ouais moi je l'ai vécue, encore que comme interne ou comme remplaçant mais du coup ça a été très ponctuel. Il y a très peu de gens que j'ai eu l'occasion de revoir mais pour ceux que j'ai eu l'occasion de revoir c'était... la relation médecin-patient c'était... je sais pas... 'fin pour moi c'est un suivi dans le temps avec une confiance mutuelle... je sais pas comment te définir ma définition (rires) !

Donc ta relation médecin-patient elle est plutôt dans la durée ? Pour la construction de la confiance ?

Ouais ben c'est un peu ça ouais... 'fin pour la médecine générale en tout cas pour moi c'est... c'est... c'est ça qui est important ouais. S'il y a pas de confiance il y a pas de soins quoi.

C'est rigolo parce que tu disais que tu avais un peu plus de confiance de la part des patients justement quand tu leur disais que tu étais parent ?

Hmmm hmmm.

Du coup est-ce que tu as l'impression que le fait d'être parent modifie un peu ta relation avec les patients ?

Ouais... [passage de quelqu'un dans la pièce] tu peux répéter ? (rires)

Ouais bien sûr ! Tu disais que des fois quand tu leur disais que tu es papa ils avaient plus confiance en toi et d'autre part tu m'as dit que la relation avec les patients c'est surtout une question de confiance, du coup est-ce que tu as l'impression que d'être papa influence ta relation avec les patients ?

Pas plus que ça non, pas plus que ça !

Il y a des situations que tu penses gérer différemment depuis que tu es papa ? Tu parlais des consultations de pédiatrie...

Oui oui, ben forcément tu... t'es... je pense que ça se voit que tu es à l'aise quand tu attrapes le petit quand tu lui parles quand tu... c'est tout bête, mais quand tu parles des pipettes de « Doliprane » bon ben tu sais que ça fait 13 kilos maximum c'est... c'est des petites choses en fait (rires) mais je pense que ça se... forcément tu es plus à l'aise avec toutes ces petites choses donc les patients, les parents, ils doivent le sentir... enfin je pense qu'ils le sentent quoi ouais.

ANNEXE 6 : Extrait du tableau Excel°

THEMES	CATEGORIES	SOUS-CATEGORIES	CODES	E4	E6	E8
Confiance	Connaissances et expériences	Expériences en tant que parent	La parentalité apporte de la légitimité à son discours pour les patients qui cherchent son avis de mère plus que de médecin			ou des fois ils demandent: "Vous ça serait votre enfant qu'est-ce que vous feriez?" [...]
Confiance	Connaissances et expériences	Expériences en tant que parent	Apprentissages meilleurs si expérience concrète	et que pour apprendre, vraiment l'expérience c'est un truc qui marche hyper bien et voilà !		
Confiance	Confiance en soi et légitimité	Comportement des internes	surprise de la réaction des co internes: admiratifs de sa présence encointe en stage		Ils t'ont pas fait de remarques sur le fait que tu étais encointe ? Non pas du tout [...]	
Confiance	Confiance en soi et légitimité	Comportement des internes	Interne et maman = confiance de son co interne pour gérer une patiente difficile, provoquant un sentiment de plaisir	Et ça m'a fait trop plaisir d'ailleurs.		
Confiance	Confiance en soi et légitimité	Comportement des référents (MSU/DUMG)	diminution de la quantité de consultations journalières en saspas liée à l'allaitement (et impression d'impact négatif sur l'estime de soi)			De du coup je, j'avais, je voyais, à l'époque je tirais mon lait et j'avais 2 plages d'une demi heure par jour qui... qui sautait du coup pour ça et du coup je voyais quinze patients quoi, 14-15 patients max [...]
Confiance	Confiance en soi et légitimité	Comportement des référents (MSU/DUMG)	Réactions hétérogènes des MSU vis à vis de la parentalité de leur interne : colère, indifférence, empathie	"Dans les services et au cabinet, comment les MSU réagissent ils au fait que tu sois maman ? Ca dépend des gens, il y en a ils s'énervent trop (Rires). Non il y en a ils sont très froids par rapport à ça, pas du tout empathiques, ils ne se rendent pas compte du tout des conséquences que ça a, donc du coup ils changent pas du tout leur attitude par rapport à moi quoi, et il y en a ils comprennent "Des fois froids Ouais"	Oui mes maîtres de stage ils savent que j'ai un petit, même la plupart... fin sauf un qui est un peu plus distant mais c'est son caractère ! (rires), après les trois autres ils me demandent souvent "comment il va le petit ? alors ça y est fait ses nuits ?"; "non il fait pas ses nuits..." (rires) ils me demandent souvent des nouvelles!	

ANNEXE 7 : Lettre de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A LA RECHERCHE MÉDICALE

INFORMATION:

Dans le cadre de notre projet de thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine, nous réalisons un travail de recherche portant sur les internes de médecine générale de Midi pyrénées qui sont ou deviennent parents au cours de leur internat. Ce travail de recherche adopte une approche qualitative; il est encadré par le Département universitaire de médecine générale de Toulouse et a reçu l'approbation d'un comité d'Ethique.

L'étude nécessite la réalisation d'entretiens individuels auprès d'internes de médecine générale de Midi Pyrénées qui avaient ou ont eu des enfants pendant l'internat et qui ont passé les ECN entre 2015 et 2018.

Les entretiens durent environ une heure et sont réalisés au lieu et à la date de votre convenance. Ils sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone, retranscrits et analysés sans jugement. Ils ne seront pas écoutés par des personnes extérieures à l'étude. Tous les entretiens recueillis au cours de l'étude seront anonymisés afin de préserver votre identité et la confidentialité des informations.

La participation à ce projet de recherche est volontaire et vous restez libre, à tout moment et quelle qu'en soit la raison, de mettre fin à votre participation.

Vous serez informés, si vous le souhaitez des résultats de l'étude et des publications qui en découleraient, le cas échéant.

Les chercheuses: Anne-Sophie IZAUTE (06.30.43.XX.XX) et Lise BONDIVENNE (06.77.93.XX.XX)

CONSENTEMENT:

Je soussigné(e) (*nom et prénom du sujet*), accepte de participer à l'étude sur la parentalité des internes de médecine générale de Midi Pyrénées.

J'accepte de participer à l'entretien, à son enregistrement et à sa retranscription. J'ai été informé(e) de l'anonymisation des réponses à l'entretien. J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à, le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

ANNEXE 8 : Grille COREQ

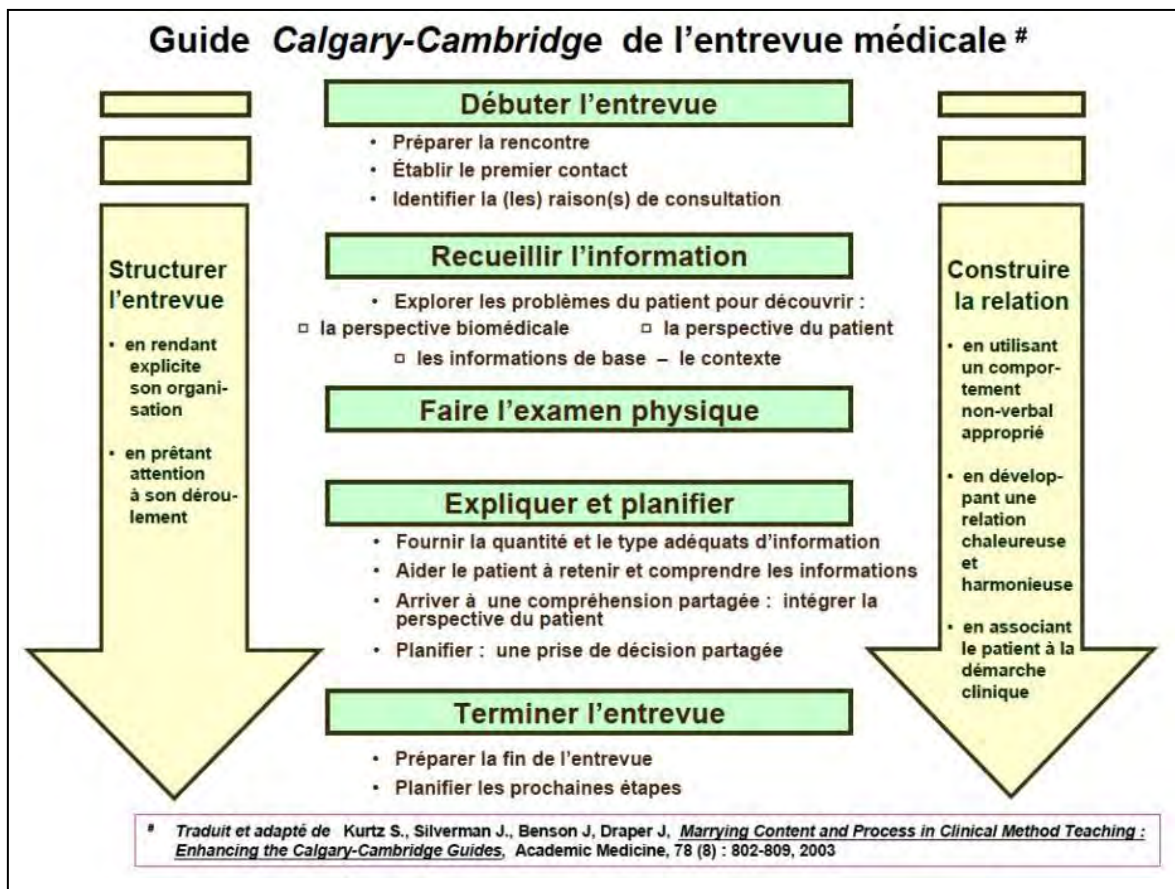
EQUIPE DE RECHERCHE ET REFLEXION	ITEMS	REponses
Caractéristiques personnelles	Enquêteur/animateur	IZAUTE Anne-Sophie/ BONDIVENNE Lise
	Titres académiques	Néant
	Activité	Médecin remplaçant/interne en médecine générale
	Genre	Femmes
	Expérience et formation	Débutant
Relations avec les participants	Relation antérieure	IZAUTE Anne-Sophie : aucune (8) BONDIVENNE Lise : amical (3)/ aucune (2)
	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Médecin chercheur dans le cadre d'un travail de thèse et mère
	Caractéristiques de l'enquêteur	Médecin et mère ; biais d'ancrage
CONCEPTION DE L'ETUDE		
Cadre théorique	Orientation méthodologique	Analyse thématique sur le modèle de la théorisation ancrée
Sélection des participants	Echantillonnage	Par effet boule-de-neige puis dirigé pour échantillon raisonné
	Prise de contact	Téléphone et courriel
	Taille échantillon	13
	Non-participation	1 ; peur de perte d'anonymat
	Cadre de la collecte des données	Faculté de médecine (6) /domicile des participants (2) /visioconférence (3) /appel téléphonique (1) / cabinet du participant (1)
	Présence de non participants	Non
	Description échantillon	Internes (12)/médecin généralistes (1), dont parents (13); âge moyen 30 ans, 3 hommes, 10 femmes, ECN entre 2015 et 2018
Recueil de données	Guide d'entretien	Questions énoncées à l'oral et guide non testé au préalable
	Entretiens répétés	Non
	Enregistrement	Enregistrement audio
	Cahier de terrain	Notes prises pendant et après l'entretien
	Durée	Moyenne 33 minutes, max. 49 minutes, min. 22 minutes
	Seuil de saturation	11
	Retour des retranscriptions	Systématique
ANALYSE ET RESULTATS		
Analyse des données	Nombre de personne codant	Deux
	Description de l'arbre de codage	Non
	Détermination des thèmes	A partir des données
	Logiciel	Excel® (regroupement manuel des codes et catégories)
	Vérification par les participants	8 retours dont 2 avec suppression de verbatim
Rédaction	Citations présentées	Utilisées dans les résultats, avec identification (E1, E2, E3...)
	Cohérence données et résultats	Oui
	Clarté des thèmes principaux	Oui
	Clarté des thèmes secondaires	Oui

ANNEXE 9 : Tableau démographique de l'échantillon

Chercheuse	ANNE-SOPHIE								LISE				
Participant	E1	E2	E3	E8	E9	E10	E11	E13	E4	E5	E6	E7	E12
Lieu	Faculté	Domicile	Faculté	Domicile	Faculté	Visio conférence	Téléphone	Visio conférence	Faculté	Faculté	Faculté	Cabinet	Visio conférence
Durée (minutes)	37	40	39	28	32	49	45	24	26	31	23	22	27
Age (années)	28	28	27	28	28	27	35	27	29	29	28	42	34
Genre	Femme	Femme	Femme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme	Femme	Femme	Femme
Situation maritale	Mariée	En couple	En couple	Mariée	Marié	Mariée	Marié	PACS	Mariée	En couple	En couple	En couple : père du dernier enfant	Mariée
Nombre d'enfants	1	1	1	2	1	3	2	1 + nièce pendant 6 mois	3	2	1	3	2
Année des ECN	2016	2016	2017	2016	2017	2016	2018	2017	2016	2016	2016	2015	2018
Classement dans la promotion d'internes	Dans le premier quart	Inconnu	Inconnu	Dans le troisième quart	Dans les 40 premiers	Vers le milieu	Vers le milieu	Dans le dernier quart	Dans le dernier tiers	Dans le premier tiers	Dans le premier tiers	Dans les premiers	Dans le premier tiers
SASPAS réalisé avant l'entretien	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Moment de la formation où est né le premier enfant	3ème semestre Avant stage SFSE	2ème semestre Avant stage SFSE	3ème semestre Avant stage SFSE	2ème semestre Avant stage SFSE	1er semestre Avant stage SFSE	Post-ECN Avant stage SFSE	Externat Avant stage SFSE	1er semestre Avant stage SFSE	Externat Avant stage SFSE	1er semestre Avant stage SFSE	4ème semestre Après stage SFSE	Externat Avant stage SFSE	Avant les études de médecine
Particularité au cours du cursus	Surnombre validant	Surnombre validat	Surnombre non validant	2 surnombre non validant	Pas de congé paternité	3 surnombre non validant	Exercice professionnel antérieur	Surnombre non validant	Médecine après un an d'études supérieures	Pas de congé paternité	Disponibilité après la naissance	Exercice professionnel antérieur	Exercice professionnel antérieur

Participant	E1	E2	E3	E8	E9	E10	E11	E13	E4	E5	E6	E7	E12
Age enfant 1 (année)	1.5	2	<1	2.5	2	4	4	2.5	9	3	<1	15	8
Age enfant 2 (année)				1		2	1.5	4.5 *	5	<1		13	6.5
Age enfant 3 (année)						<1			<1			8	
Santé des enfants	Maladie chronique	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne	Maladie aigue grave	Bonne	Bonne	Maladie chronique	Bonne
Allaitement	2 mois	1 semaine	1 mois et demi	> 6 mois pour les 2	> 6 mois	> 6 mois pour les 3	> 6 mois pour les 2	Non	> 6 mois pour 2	3.5 mois et > 2 mois	> 6 mois	> 6 mois pour les 3	> 6 mois et 2.5 mois
Disponibilité du conjoint	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Support familial	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	?	Oui	Oui	Non	Oui	?	?	Non
Vécu de la grossesse	Fatigue	A continué les gardes	Bon	?	Non concerné	Fatigue, trajets, problèmes relationnels	Non concerné	Bon	Fatigue, trajets	Non concerné	Difficulté liée aux trajets	?	?
Vécu de l'allaitement	Sevrage anticipé par reprise	Difficultés initiales et sevrage rapide	Pauvreté des interactions avec bébé	Stress lié à nécessité d'extraction du lait	Bon	?	Bon	Non concernée	Sevrage anticipé par reprise	?	Difficultés le premier mois	?	Sevrage anticipé par reprise
Vécu de la parentalité	Regrette manque d'infrastructures pour allaiter	Manque d'accompagnement grossesse et post partum	Manque d'accompagnement les premiers mois	S'interroge sur le choix de la période de l'internat	"C'est que du plus"	"Expérience merveilleuse"	Bon	Manque d'accompagnement à la maternité	Fatigue ++ Regrette absence d'aménagement	Bon	Bon	Regrette absence d'aménagement horaires	Bon
Vécu de la distance domicile-stage	Non concernée	Non concernée	Non concernée	Non concernée	Non concerné	Difficile : séparation, fatigue	Non concerné	Bonne car déménagement avec famille	Difficile : séparation, fatigue	Bonne car déménagement avec famille	Non concernée	Non concernée	Non concernée
Vécu de la reprise	Fatigue, "surveillée"	Soulagée (isolement, anxiété face aux pleurs)	Soulagée	?	Fatigue	?	Difficultés à poser congé paternité	?	Séparation difficile "Surveillée"	Fatigue	?	?	Séparation difficile
Suivi médical des enfants	Pédiatre	Sage-femme puis pédiatre	Médecin généraliste jeune maman	?	Pédiatre, relation amicale	?	Ne s'en occupe pas	Peu de suivi ancien MSU	?	?	MG ancien MSU	Suivi spécialisé	Médecin généraliste, prend part aux décisions

ANNEXE 10 : Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale - les processus de communication³



³ *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills* :
 < <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

ANNEXE 11 : Les quatre dimensions de l'empathie selon Morse⁴

Composante	Définitions	Bases/phénomènes
Empathie morale/motivation à l'empathie	Elan spontané "souci empathique" pour autrui Réceptivité, disponibilité, attention pour autrui	Universalité des besoins humains et élan d'aider chacun à satisfaire ses besoins élémentaires
Empathie affective	Expérimentation subjective du ressenti d'autrui Hypothèse : potentiel naturel qui se développe Résonnance empathique	Contagion émotionnelle Elément automatique "déclencheur" du choix ensuite conscient de s'engager à "être en empathie"
Empathie cognitive	Adopter la perspective d'autrui pour analyser et comprendre son expérience	Imagination, simulations, distanciation/attribution des émotions à autrui
Empathie comportementale	Rendre compte au patient de la préoccupation et de la compréhension empathique	<u>Verbale</u> : perception, vérification, validation. Support pour que le patient face son chemin de reconnaissance et de compréhension de son expérience <u>Non verbale</u> : attitude d'écoute active, réaction corporelle en miroir, congruence

⁴ Thèse de E. Marin (41)

AUTEURS : BONDIVENNE Lise, IZAUTE Anne-Sophie

TITRE : INFLUENCE DE LA PARENTALITÉ SUR LA CONSTRUCTION DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE : Étude qualitative auprès de parents internes en médecine générale rattachés à la faculté de Toulouse

DIRECTRICE DE THÈSE : Dr Sandra Coste

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, 29 septembre 2020

RÉSUMÉ : INTRODUCTION : La parentalité regroupe le statut de parent, l'ensemble des soins apportés par un parent à son enfant, ainsi que l'expérience psychologique de "devenir parent". Les internes en médecine générale comptent parmi eux des parents. Ceux-ci construisent leur relation médecin-patient en parallèle du lien parent-enfant. MÉTHODE : Notre objectif était d'explorer l'impact de la parentalité sur la construction de la relation médecin-patient chez les parents internes en médecine générale. Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de treize parents internes en médecine générale, rattachés à la faculté de médecine de Toulouse. Nous avons réalisé une analyse thématique sur le modèle de la théorisation ancrée. RÉSULTATS : Des modifications conscientes ou inconscientes, s'observaient dans différents aspects de la relation médecin-patient : confiance des patients et confiance en soi des internes, disponibilité physique et psychique de l'interne pour les patients, communication, empathie et distance relationnelle. La construction de la relation médecin-patient chez le parent interne en médecine générale était comparable à la progression d'un funambule, en équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Ces deux domaines, bien qu'en interaction, devaient être séparés. DISCUSSION : La parentalité impactait la construction de la relation médecin-patient des internes parents dans ses trois dimensions. La pratique parentale permettait de développer des compétences relationnelles. L'expérience parentale modifiait la capacité empathique de l'interne et bouleversait les priorités de vie de l'interne. Le statut parental légitimait la responsabilité médicale de l'interne ce qui interroge le statut de l'interne de façon générale. CONCLUSION : Être parent impacte la construction de la relation médecin-patient par l'expérience d'une relation interpersonnelle singulière. D'autres expériences interpersonnelles peuvent émailler le parcours de vie d'un interne de médecine générale et leurs conséquences sur les compétences relationnelles pourraient être évaluées.

IMPACT OF PARENTHOOD ON BUILDING PATIENT-PHYSICIAN RELATIONSHIP DURING RESIDENCY IN GENERAL PRACTICE. A qualitative study on parents following the General Practice Training in Toulouse, France.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Being a parent combines the status of being a parent, care to children (parenting) and the psychological experience of becoming a parent. Some medical students are parents during residency in General Practice (GP). They are building the patient-physician relationship as well as the child-parent relationship. METHOD: Our objective was to explore the impact of parenthood on building the patient-physician relationship during GP training. We carried out a qualitative study of thirteen semi structured interviews of GP trainees in Toulouse. They were analysed by thematic analysis using the grounded theory approach. RESULTS: Parenthood had a conscious and unconscious impact on building the patient-physician relationship in different fields : trust of patient and self confidence, physical and psychological availability, communication, empathy and emotional distancing. Building the patient-physician relationship for parents following GP training was comparable to the progression of a tightrope walker balancing above his professional and personal life. These two areas needed to be separated even if they were interacting. DISCUSSION : Parenthood impacted the building of the patient-physician relationship within its three dimensions. Parenting helped develop relational skills. The psychological experience modified empathy and upset life's priorities. The status of being a parent helped legitimate medical responsibilities, which questioned the status of GP trainees in general. CONCLUSION: Being a parent impacts on building the patient-physician relationship by the experience of a special interpersonal relationship. Other experiences of interpersonal relationships can occur within GP training and their consequences on relationship skills of physicians could be evaluated.

Mots-Clés : relation médecin-patient, interne de médecine générale, parentalité
patient-physician relationship, Residency, General practice, parenthood/parenting

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France