

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Clémence, BARREAU

Thomas, FORET

Présentée et soutenue publiquement le 18 janvier 2022

**Vécu des parents d'une consultation en médecine générale menée par un interne
SASPAS pour leur enfant de 0 à 6 ans : étude qualitative par entretiens individuels.**

Président : Madame la Professeure Elise LAUNAY

Directeur de thèse : Madame le Docteur Rosalie ROUSSEAU

Remerciements Clémence Barreau

Au Président du jury, Madame la Professeur Elise Launay, qui nous fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

Au Dr Rosalie Rousseau, notre directrice de thèse. Merci pour ta disponibilité pendant ces mois de travail et pour ta bienveillance. Merci de nous avoir permis de mener ce projet à bien.

Au Dr Maud Jourdain d'avoir accepté de participer à ce jury en tant que maître de stage universitaire. Merci de l'attention que vous avez pu porter à ce projet.

A mon co thésard, Thomas qui fut d'un soutien indéfectible. Merci pour ton entrain, ton sens de l'organisation et pour ton enthousiasme pour les conjonctions de subordination. Ce fut un plaisir de faire ce travail avec toi.

A tous les soignants rencontrés lors de ces années d'études à Paris, à Nantes, à Pouzauges et à Saint Nazaire qui m'ont enseignée, inspirée, encouragée, donnée à réfléchir, qui m'ont fait grandir et qui m'ont donné le goût pour une médecine incarnée, ambitieuse et rigoureuse.

Merci particulièrement aux Drs Métois, Kowalski, Boulestreau, Soulard et Remy qui m'ont guidée avec patience et bienveillance dans mon apprentissage de la médecine générale.

A mes cointernes avec qui j'ai eu la joie de travailler. Merci pour votre soutien dans les moments d'incertitudes et pour les nombreux cafés partagés.

A mes parents, pour avoir toujours respecté mes choix, pour m'avoir transmis le sens du partage, de l'aventure, et de la curiosité. Merci de m'avoir permis de faire ces études qui m'ont passionnée.

A ma grande fratrie qui m'apporte beaucoup de joie, merci de votre soutien. J'aurai besoin de deux pages de remerciement pour vous citer un par un et pour vous dire combien chacun de vous m'avez porté pendant ces études.

Aux amis Nantais qui m'ont entouré pendant ces trois années d'internat. Des apéros de la plage Sainte Marguerite aux soirées nantaises, merci pour tous ces moments partagés ensemble.

A Amélie, présente depuis ce fameux cours d'anglais, pour ta capacité à toujours voir le positif, pour ton bon sens et pour toutes les aventures vécues ensemble. A Joséphine, ma cousine de toujours qui a pris soin de moi avant les concours. Aux amis de lycée, merci d'être là après la distance et le temps écoulé.

Remerciements Thomas Foret

Au Dr Rosalie Rousseau, directrice de thèse. Merci pour ce que tu m'as transmis tant au niveau médical qu'humain et merci d'avoir accepté de guider ce travail. Ton approche de la médecine générale m'a beaucoup apporté et je suis fier de pouvoir continuer à travailler avec toi.

Aux membres du jury. Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

A ma co-thésarde Clémence. Merci de t'être embarqué dans cette aventure avec moi, merci de ton soutien et de ta bonne humeur qui a toujours su me rassurer.

A mes maîtres de stage de médecine générale, qui ont chacun à leur manière forgé le médecin que je suis aujourd'hui. Merci au Dr Delahaye, pour m'avoir donné envie d'exercer la médecine générale. Merci au Dr Meslin, pour ta bienveillance et la confiance que tu as su me donner quand j'en avais besoin. Merci Dr Guillet, médecin généraliste consciencieux, à l'écoute et toujours disponible pour de longs débriefings, pour m'avoir enseigné ta vision globale du patient.

A mes vieux amis du lycée, merci d'être toujours là malgré les années et parfois la distance. Merci à Valentin, témoin de mariage sans faille et ami fidèle, depuis les cours de tennis jusqu'à ce jour.

A mes copains de la fac de médecine de Caen, merci pour ces années passées ensemble, pour les soirées, pour la BU, pour les pauses, pour le soutien dans les moments difficiles, et pour le lien que nous gardons ensemble et je l'espère pour longtemps.

A mes copains de la troupe Permanantes, pour votre bienveillance...permanente et énergie débordante. Merci d'être mon bol d'oxygène hebdomadaire et merci pour m'avoir permis de réaliser mon rêve de faire de la comédie musicale.

A mes cousins. Merci pour ces moments de joie et de rigolade passés dans notre jeunesse, et pour cette relation que nous gardons ensemble malgré les années, grâce surtout à toi Mathilde, pierre angulaire de cette famille.

A mes beaux-parents. Merci Pascale et Laurent de m'avoir accueilli à bras ouverts dans votre famille et d'avoir développé mes compétences culinaires et pédestres.

A ma sœur. Merci Elise pour notre relation proche depuis le début, pour les cabanes, pour les discussions au coin du feu, pour m'avoir accueilli/supporté dans ton appartement, pour avoir tracé le chemin d'études de médecine qui, sans toi, aurait été bien plus difficiles ; merci pour le "swag". Et merci pour Romane, notre rayon de soleil à tous.

A mes parents, merci pour votre soutien sans faille tout au long de mes études et pour votre amour ; je n'aurais jamais réussi sans vous. Merci papa pour l'éducation que tu m'as transmise, pour le sens de la famille, de l'effort, la passion du sport et le riz au lait. Merci maman de sans cesse me rassurer et me donner confiance en moi, pour ta capacité d'empathie que tu m'as transmise, pour les pauses café, pour ta relecture et pour l'art plastique.

A Océane. Merci ma chérie d'être mon épouse, merci pour ces projets que nous faisons ensemble et qui nous font grandir jour après jour, merci pour ton soutien infini et pour ton amour. Poupoum poupoum.

Table des matières

1. Introduction.....	5
1.1. La pédiatrie en médecine générale.....	5
1.2. Le vécu des parents lors des consultations de pédiatrie.....	6
1.3. L’interne SASPAS en médecine générale	7
1.4. Objectifs de l’étude	8
2. Méthodes.....	9
2.1. Une étude qualitative	9
2.2. Population et échantillonnage	9
2.2.1. Echantillonnage.....	9
2.2.2. Recrutement	10
2.3. Recueil des données	10
2.4. Elaboration du guide d’entretien.....	10
2.5. Analyse des données	11
2.6. Aspects éthiques et réglementaires	11
3. Résultats.....	12
3.1. Descriptif de l’échantillon.....	12
3.2. Modèle explicatif	13
3.3. Analyse.....	14
3.3.1. Les représentations du parent.....	14
3.3.2. Les compétences mobilisées par l’interne	17
3.3.3. Ce qui influence le vécu de l’enfant.....	19
3.3.4. L’importance d’une atmosphère détendue	20
3.3.5. Le vécu du parent, conditionné par celui de son enfant.....	20
3.3.6. L’évolution du regard du parent sur l’interne	21
4. Discussion.....	25
4.1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature.....	25
4.1.1. Le vécu du parent : perception du statut d’étudiant et souci du bien-être de l’enfant	25
4.1.2. La consultation menée par interne SASPAS : mobiliser ses compétences pour créer une atmosphère détendue	26
4.1.3. Le lien de connaissance au coeur de la motivation à consulter un interne SASPAS	27
4.1.4. Objectif secondaire : organisation du SASPAS.....	28
4.2. Forces et faiblesses.....	29
4.2.1. Forces de l’étude	29
4.2.2. Les limites de l’étude	29
4.3. Perspectives.....	30
5. Bibliographie	32
6. Annexes	35

1. Introduction

1.1. La pédiatrie en médecine générale

Les consultations pédiatriques constituent une part importante de la pratique d'un médecin généraliste. Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2002, les enfants de moins de 16 ans représentaient 13% de l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes en France (1).

Bien que ce suivi puisse être assuré par les pédiatres de ville ou bien par la Protection maternelle et infantile (PMI), le médecin généraliste occupe une place primordiale dans la prise en charge des jeunes enfants. D'après une étude de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en 2002, 40% des enfants de moins de 3 ans avaient vu seulement un médecin généraliste dans le cadre de leur suivi, 5% avaient vu uniquement un pédiatre et 55% bénéficiaient d'un suivi conjoint par un généraliste et par un pédiatre (2).

Plus récemment, en 2014, l'étude des certificats réalisés lors des consultations obligatoires du 9e et du 24e mois montrait que la majorité de ceux-ci était réalisés par des omnipraticiens. En Pays de la Loire, ces derniers étaient réalisés dans 70 à 80% des cas par un omnipraticien plutôt que par un pédiatre (3,4).

On pouvait expliquer cette proportion d'enfants suivis par les médecins généralistes par une demande importante du fait que la France restait le pays le plus fécond de l'Union Européenne en 2019 (5). On observait également une diminution récente de la part des médecins pédiatres exerçant en libéral. En effet, entre 2012 et 2021, le nombre de pédiatres libéraux a diminué de 20%, une baisse liée à de nombreux départs en retraite, peu remplacés dans ce mode d'exercice par les jeunes praticiens, qui privilégiaient le salariat (hospitalier ou en PMI par exemple) (6).

La prise en charge des enfants est donc un des rôles du médecin généraliste. Une définition de la discipline a d'ailleurs été établie en 2002 par la WONCA (World Organization of National Colleges Academies). Elle définissait la médecine générale par onze critères, notamment le premier qui la place comme le « premier contact habituel avec le système de soin, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée » (7).

La médecine générale est donc une médecine, en soins primaires, pour tous les âges. Parmi l'ensemble des consultations, celles de pédiatrie se distinguent par plusieurs aspects :

- des pathologies aiguës différentes de celles des adultes, avec une prévalence augmentée pour les viroses respiratoires (1)
- une place essentielle accordée au dépistage (8)
- le remplacement du colloque singulier médecin-patient par une relation triangulaire entre l'enfant, le parent et le médecin.

1.2. Le vécu des parents lors des consultations de pédiatrie

Les parents sont des acteurs indispensables de la prise en charge de l'enfant, en particulier chez l'enfant d'âge préscolaire. Ils forment, avec le médecin généraliste, une alliance pour le bien de l'enfant.

Pour le sociologue Massimo Corsale, le vécu était « l'image que chacun de nous va continuellement se former de tout ce qui lui est arrivé pendant sa vie, et à laquelle est liée l'identité du sujet » (9). Ainsi, le vécu du parent était influencé par ses expériences passées, et formait ce qu'il serait à l'avenir.

S'intéresser au vécu des parents permettait de s'inscrire dans une démarche centrée-patient et centrée-famille. Comme l'exprimait Daniel Bourdes dans son article sur la place des parents en pédiatrie, le partenariat enfant/parent/soignant était "essentiellement fondé sur une approche de complémentarité" permettant une décision médicale la plus adaptée possible (10).

Une étude américaine réalisée en 2020 s'est intéressée aux facteurs influençant l'expérience des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant. Le confort de l'enfant était le principal facteur d'influence, mais la communication entre le parent et le médecin semblait aussi jouer un rôle primordial. La qualité de celle-ci était déterminée par une écoute attentive, des explications faciles à comprendre et une attitude respectueuse et courtoise (11).

Ces critères de communication étaient repris dans une échelle, la Child Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (Child HCAHPS), dans l'objectif d'une évaluation et d'une amélioration des services hospitaliers américains. Des éléments de cette échelle ont d'ailleurs également été utilisés dans une étude sur les soins primaires aux États-Unis (12). Dans cette étude réalisée sur un échantillon de plus de 8000 enfants, on découvrait qu'un niveau élevé de qualité des soins primaires réduisait significativement le recours aux services d'urgence pédiatriques pour des motifs bénins. Le critère de soins centré-famille (family centeredness) était un des critères principaux de l'évaluation de la qualité des soins primaires.

Le soin centré-famille était une prise en charge plébiscitée par les deux parties, à la fois le patient et ses proches ayant une meilleure expérience du soin, et le praticien ayant plus de satisfaction dans son travail (13).

Une thèse qualitative réalisée en 2017 par Artufel-Meiffret s'est intéressée à l'expérience et aux attentes des parents concernant la consultation pédiatrique en médecine générale pour leur enfant de 0 à 6 ans (14). Par des entretiens semi-dirigés, on découvrait que les attentes des parents s'articulaient autour de 3 axes :

- les conditions d'accueil (l'organisation de la salle d'attente, la propreté des locaux, la décoration chaleureuse du cabinet médical)
- le professionnalisme du médecin aux travers des différentes étapes de la consultation (interrogatoire, examen physique, diagnostic, prescription, tenue du carnet de santé)
- les compétences relationnelles du médecin (écoute active du parent et de l'enfant, dialogue adapté et attentif, prise en compte de l'inquiétude parentale), nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance.

Cette thèse s'intéressait également au choix du médecin généraliste plutôt que d'un pédiatre pour la prise en charge de l'enfant. Les parents interrogés rapportaient les facteurs motivant le recours au médecin généraliste, comme la proximité du cabinet, la concordance des emplois du temps ou bien l'ancienneté du suivi. Néanmoins, certains estimaient qu'une prise en charge par un pédiatre était plus adaptée dans certaines situations, notamment dans le cadre d'un motif ressenti comme grave par le parent, ou bien pour les enfants en bas âge ne sachant pas s'exprimer verbalement.

Il était intéressant de confronter ces données à d'autres acteurs des soins de premiers recours.

1.3. L'interne SASPAS en médecine générale

L'interne en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) fait partie intégrante du système de soins de premier recours. Ce mode de formation, dans un « esprit de compagnonnage », a même été inscrit récemment dans le code de la santé publique, légitimant la place des internes dans les cabinets de médecine générale (15). Créé en 2004, le SASPAS permet aux internes de réaliser seuls des consultations en cabinet de médecine générale, sous la supervision indirecte de leur maître de stage, au moyen de séances de rétroaction. (16).

Pendant 6 mois, les internes ont la possibilité d'acquérir, en ambulatoire, les compétences nécessaires à l'exercice de leur futur métier : la prise en charge centrée patient, la gestion de l'urgence, l'approche globale du patient, la coordination des soins, l'organisation des actes de prévention et le professionnalisme (17).

D'après plusieurs travaux réalisés à partir de questionnaires (18–20), les patients étaient en très grande majorité satisfaits d'être reçus par un interne SASPAS.

Peu d'études ont utilisé un recueil de données par entretiens pour évaluer le ressenti des patients reçus par un interne SASPAS. Parmi ces dernières, on retrouvait une thèse qualitative réalisée en 2016 par Vallet auprès de patients adultes, consultant pour eux-mêmes (21). Par un recueil des données via des entretiens semi-dirigés, ce travail suggérait plusieurs facteurs d'influence du ressenti des patients :

- l'interne en lui-même, à travers des caractéristiques diverses (âge, sexe, capacités relationnelles, compétences)
- le patient, selon ses antécédents et le motif de consultation
- la comparaison au médecin traitant : les patients attribuaient parfois aux internes une meilleure rigueur dans l'examen clinique ainsi que l'apport d'un regard neuf sur leur santé, mais se sentaient parfois mieux compris par leur médecin traitant lorsqu'il existait un suivi depuis plusieurs années
- l'organisation du cabinet : la présence d'un interne SASPAS facilitait l'accès aux soins pour les patients mais ces derniers pointaient du doigt une information pas toujours suffisante sur le statut de l'interne ; la notion de l'existence d'une séance de rétroaction n'était pas toujours connue, mais celui-ci donnait un sentiment de sécurité à certains patients
- la perception de l'interne aux yeux des patients : la présence de l'interne leur apportait le sentiment que leur médecin traitant mettait à jour ses connaissances, mais entraînait parfois une altération du suivi par celui-ci.

Le SASPAS était un mode de formation plébiscité par les patients, mais critiqué par certains aspects. Il était intéressant de voir si l'on retrouvait des données similaires dans des types de consultations plus spécifiques, notamment les consultations de pédiatrie.

1.4. Objectifs de l'étude

Les parents sont amenés à consulter des internes SASPAS dans le cadre du suivi de leur enfant. Les enjeux de ces consultations, tels que la gestion d'une relation triangulaire, l'accompagnement à la parentalité et le souci du dépistage, font de celles-ci des entretiens bien spécifiques. Le parent étant un acteur essentiel de l'alliance thérapeutique pour le bien de l'enfant, s'intéresser à ce qu'il vit lors de ces moments et le sens qu'il y donne permettait de développer des soins centré-famille afin d'obtenir la meilleure prise en charge possible.

À ce jour, nous n'avons recensé aucun travail concernant le vécu des parents reçus par un interne SASPAS en cabinet de médecine générale.

Notre question de recherche était : quel vécu ont les parents d'une consultation en médecine générale menée par un interne SASPAS pour leur enfant de 0 à 6 ans, en Pays de la Loire en 2021 ?

L'objectif de cette étude était de comprendre l'expérience vécue par les parents lors de ces consultations, à travers leurs attentes, leur ressenti émotionnel et la place qu'ils accordaient à l'interne dans la prise en charge de leur enfant.

Un objectif secondaire était de dégager des axes d'amélioration dans l'organisation du SASPAS et la formation des internes.

2. Méthodes

2.1. Une étude qualitative

L'objectif de ce travail était d'analyser le vécu des parents ayant assisté à une consultation pour leur enfant de 0 à 6 ans dans un cabinet de médecine générale menée par un interne SASPAS. Nous avons mené une étude qualitative inspirée de la méthodologie par théorisation ancrée en nous appuyant sur des entretiens (22,23). Cette méthode permettait d'étudier le vécu des participants pour en avoir une compréhension plus approfondie. Nous voulions notamment explorer quels étaient les facteurs influençant le vécu de ces consultations, décrire le vécu émotionnel des parents et l'impact de la présence des internes. Les entretiens étaient individuels et semi-dirigés pour laisser aux participants un large espace de parole et ainsi nous donner accès à plus d'informations d'ordre psychosocial (24). Comme décrit par Michelat : *“On considère que l'entretien non directif permet, mieux que d'autres méthodes, l'émergence de ce contenu socio-affectif profond, en facilitant pour l'enquête l'accession à ces informations que l'on ne peut atteindre directement.”* (25).

L'expression du participant était guidée seulement par une grille d'entretien (ANNEXE 5) qui permettait d'accompagner le discours sans le restreindre. Nous voulions découvrir ce qui est perçu de l'autre côté du bureau de consultation lorsqu'un interne mène seul une consultation de pédiatrie.

L'ensemble de la méthodologie a cherché à répondre aux critères COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), décrits pour les études qualitatives.

2.2. Population et échantillonnage

2.2.1. Échantillonnage

L'étude était menée auprès de parents d'enfants de 0 à 6 ans ayant consulté un interne SASPAS dans la région Pays de la Loire.

Le choix s'est porté uniquement sur les enfants de 0 à 6 ans car c'est une tranche d'âge où le parent est particulièrement investi dans la consultation médicale. De plus, cela s'inscrivait dans un souci de faisabilité en excluant de l'étude les adolescents qui nous font entrer dans des problématiques bien différentes, et où l'enfant devient de plus en plus acteur de la consultation. D'autres études se sont focalisées particulièrement sur l'âge préscolaire (26,27) qui est une période intéressante à étudier indépendamment des autres tranches d'âge.

Les parents recrutés devaient être majeurs et parler la langue française. Nous nous sommes intéressés aux internes SASPAS, c'est-à-dire aux internes de médecine générale ayant déjà validé leur stade de praticien niveau 1 et qui effectuent alors ce stage en autonomie. Nous n'avons pas inclus les internes en praticien de niveau 1 pour qu'il n'y ait pas de trop grande disparité de niveau entre les internes concernés, d'autant que ces derniers sont moins souvent en autonomie. Au moment de l'entretien, la consultation devait avoir eu lieu dans les trois derniers mois afin que le parent ait encore en mémoire le déroulement de la consultation. Dans le but de rechercher *“l'exemplarité plus que la représentativité”*(24), le nombre de parents recrutés par cabinet était limité à quatre afin d'avoir différents internes SASPAS concernés. Le parent ne devait pas avoir connu l'investigateur dans le cadre d'une consultation médicale auparavant pour limiter le biais de désirabilité sociale.

En respectant les critères précédemment cités, nous avons cherché à recruter des participants avec des caractéristiques les plus différentes possibles et ainsi faire un échantillonnage à variation maximale.

2.2.2. Recrutement

Pour recruter les participants, nous avons contacté des Maîtres de Stage Universitaire (MSU) accueillant des internes SASPAS. Les MSU des Pays de la Loire ont été contactés par mail avec la présentation du projet. Les internes en stage SASPAS ont aussi été directement contactés au moment de l'étude. La phase de recrutement a été effectuée de janvier 2021 à juillet 2021 en ne recueillant que des coordonnées indirectement identifiantes (adresse mail et/ou numéro de téléphone).

Pour recruter les participants, trois modalités ont été utilisées.

Premièrement, le maître de stage ou l'interne SASPAS pouvait repérer dans sa patientèle les consultations correspondant aux critères de l'étude, contacter le parent et recueillir son accord verbal de participer à l'étude et à la transmission de ses coordonnées à l'investigateur.

Deuxièmement, une affiche pouvait être mise dans la salle d'attente par le maître de stage à destination des parents. Cette affiche proposait de participer et indiquait les coordonnées des investigateurs pour les joindre. (ANNEXE 3)

Troisièmement, l'interne SASPAS pouvait soit donner à la fin de la consultation une fiche d'information (ANNEXE 4) proposant au parent de rejoindre l'étude en contactant eux-mêmes les investigateurs, soit recueillir l'accord verbal du parent et transmettre leurs coordonnées.

Une fois les coordonnées des participants recueillies, les investigateurs établissaient un premier contact afin de convenir d'une date et de la modalité de l'entretien.

2.3. Recueil des données

Les données étaient recueillies à l'aide d'entretiens semi dirigés individuels auprès des parents recrutés. Concernant les conditions de recueil, les entretiens ont été réalisés en distanciel étant donné les mesures sanitaires en vigueur lors de la réalisation du projet. Les entretiens ont eu lieu en visioconférence ou en entretien téléphonique.

Les entretiens étaient enregistrés par dictaphone puis retranscrits mot à mot dans un logiciel de traitement de texte (Word®).

2.4. Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir de différentes thèses qualitatives portant sur le vécu de patients (14,18,20,21). Les premières questions se sont voulues les plus ouvertes possibles afin de laisser le participant livrer son vécu plus librement. En fin d'entretien, des questions plus fermées ont été posées afin de caractériser le participant. Le guide a été adapté au cours de l'étude en fonction des premiers résultats (ANNEXE 5).

2.5. Analyse des données

Pour ce qui est de la méthode d'analyse, le choix d'une analyse s'est porté initialement sur la phénoménologie interprétative puis la théorisation ancrée a été retenue compte tenu des données recueillies lors des entretiens. Les entretiens ont d'abord été relus pour se familiariser avec le contenu. Chaque investigateur a effectué une analyse du verbatim en effectuant un étiquetage thématique sur logiciel Word® pour ensuite trouver un accord sur un étiquetage commun.

Nous avons collecté toutes les étiquettes sur un logiciel Excel® afin de les regrouper par catégories. Les catégories et sous catégories ont évolué au fur et à mesure des nouveaux entretiens.

La construction des catégories a été faite par les deux investigateurs dans une démarche de triangulation des données.

Nous avons réalisé des entretiens jusqu'à suffisance théorique des données, c'est-à-dire quand le dernier entretien n'apportait plus de nouvelles propriétés aux catégories définies.

2.6. Aspects éthiques et réglementaires

L'étude a été menée en respectant le consentement éclairé des participants. Le consentement des participants était demandé au moment du recrutement avant que les coordonnées ne soient transmises aux investigateurs. Au moment de l'entretien, l'investigateur commençait par présenter le contexte de l'étude avant de recueillir de nouveau le consentement oral du participant. Le participant était donc prévenu que l'entretien était enregistré et que les données étaient anonymisées avant de donner son accord. Il pouvait retirer son accord à tout moment de l'étude.

Les entretiens réalisés en visioconférence ont été faits via une plateforme respectant les normes du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) : Lifesize®.

Les données personnelles des participants étaient anonymisées.

Dans le cadre de cette étude non interventionnelle, une déclaration à la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL), avec engagement de conformité à la méthodologie de référence MR 004, a été faite au préalable selon les exigences du Règlement Général sur la Protection des Données et la loi du 6 janvier 1978 modifiée. (ANNEXE 8)

3. Résultats

3.1. Descriptif de l'échantillon

15 parents, 13 femmes et 3 hommes, ont été interrogés. Leur âge moyen était de 30,8 ans. La durée moyenne des entretiens était de 26 minutes. Les caractéristiques des patients interrogés sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : données des parents interrogés et de l'interne ayant effectué la consultation.

	Parent (sexe et âge)	Enfant (sexe et âge)	Nombre d'enfants	Ancienneté du suivi de l'enfant par le médecin traitant	Motif recours	Interne (sexe ; semestre)	A eu un stage en pédiatrie ?
Entretien n°1	Homme, 29 ans	Fille ; 22 mois	1	Aucune consultation avec médecin traitant	Aigu	Interne 1 ; Femme ; 6e semestre	Oui
Entretien n°2	Femme ; 26 ans	Fille ; 6 semaines	1	1 an	Suivi	Interne 1 ; Femme ; 6e semestre	Oui
Entretien n°3	Femme ; 32 ans	Garçon ; 5 ans	2	2 ans	Suivi	Interne 1 ; Femme ; 6e semestre	Oui
Entretien n°4	Femme ; 34 ans	Fille ; 6 ans + Fille ; 4 ans	3	> 2 ans	Suivi	Interne 1 ; Femme ; 6e semestre	Oui
Entretien n°5	Femme ; 27 ans	Garçon ; 2 ans	1	1 an	Aigu	Interne 1 ; Femme ; 6e semestre	Oui
Entretien n°6	Femme ; 41 ans	Garçon ; 5 ans	3	> 2 ans	Aigu	Interne 2 ; Femme ; 5e semestre	Oui
Entretien n°7	Femme ; 26 ans	Garçon ; 6 mois	2	> 2 ans	Aigu	Interne 2 ; Femme ; 5e semestre	Oui
Entretien n°8	Femme ; 26 ans	Garçon ; 11 mois	1	< 1 an	Suivi	Interne 2 ; Femme ; 5e semestre	Oui
Entretien n°9	Femme ; 30 ans	Fille ; 9 mois	1	> 2 ans	Suivi	Interne 3 ; Femme ; 5e semestre	Non
Entretien n°10	Homme ; 32 ans	Fille ; 13 mois	1	> 2 ans	Suivi	Interne 3 ; Femme ; 5e semestre	Non
Entretien n°11	Homme ; 36 ans	Fille ; 3 ans	3	2 ans	Aigu	Interne 4 ; Homme ; 5e semestre	Non
Entretien n°12	Femme ; 28 ans	Fille ; 2 mois	1	> 2 ans	Suivi	Interne 4 ; Homme ; 5e semestre	Non
Entretien n°13	Femme ; 27 ans	Garçon ; 10 mois	2	> 2 ans	Suivi	Interne 5 ; Femme ; 5e semestre	Non
Entretien n°14	Femme ; 28ans	Garçon ; 10 mois	2	> 2 ans	Suivi + aigu	Interne 5 ; Femme ; 5e semestre	Non
Entretien n°15	Femme ; 41 ans	Fille ; 6 ans	3	> 2 ans	Suivi	Interne 6 ; Femme ; 6e semestre	Oui

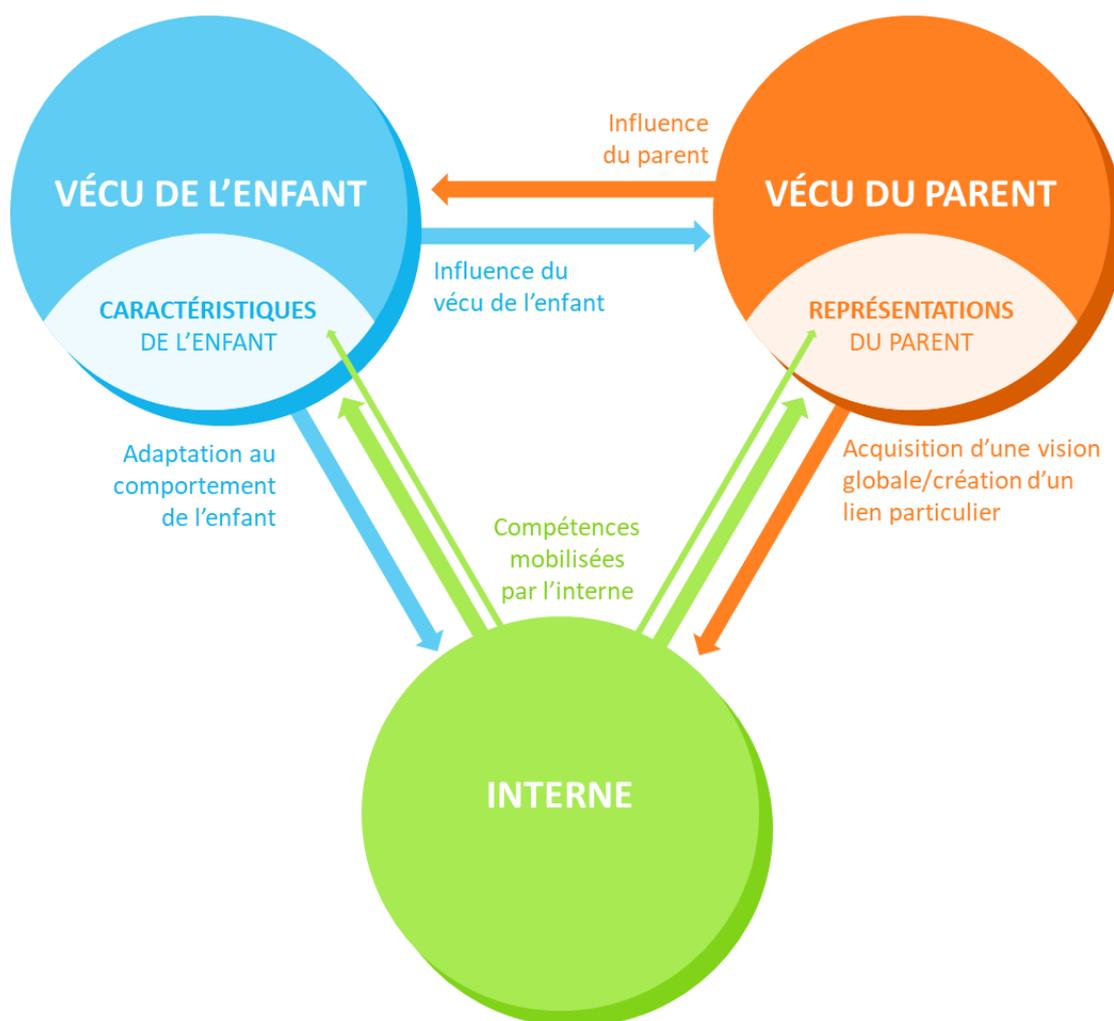
3.2. Modèle explicatif

Notre travail a permis d'élaborer un modèle explicatif du vécu des parents d'une consultation menée par un interne SASPAS, en médecine générale, pour leur enfant de 0 à 6 ans. Grâce à une analyse par théorisation ancrée, ce modèle a émergé au bout de 14 entretiens. Un 15e entretien a permis de confirmer ce modèle.

Le vécu du parent semblait être influencé par des représentations préexistantes à la consultation. Celles-ci pouvaient déterminer ses attentes envers l'interne. L'enfant reçu en consultation avait également des caractéristiques propres, pouvant jouer à la fois sur le parent, ainsi que sur l'interne.

Ensuite, les compétences mobilisées par l'interne influençaient le vécu du parent, directement par des capacités médicales et relationnelles et indirectement par son attitude envers l'enfant. Le ressenti de l'enfant était un élément prépondérant du ressenti du parent.

Enfin, il semblait que l'interne arrivait à mettre en place une atmosphère détendue, propice aux soins lors de ses consultations. Ses aptitudes permettaient de faire évoluer le rapport de l'enfant aux médecins, ainsi que le regard du parent sur les internes. La relation au parent permettait également à l'interne d'évoluer dans sa pratique.



3.3. Résultats

3.3.1. Les représentations du parent

Avant même le début de la consultation, certains paramètres étaient à même d'influencer le vécu du parent. En effet, celui-ci arrivait en consultation avec ses habitudes, ses expériences passées et ses valeurs.

3.3.1.1. Les habitudes de suivi

La consultation avec l'interne s'intégrait au sein d'un suivi souvent déjà établi pour l'enfant. Le maître de stage, également médecin traitant de l'enfant, occupait pour certains parents une place privilégiée : il possédait le statut de médecin de famille, auquel on préférait confier son enfant plutôt qu'à un autre professionnel de santé, du fait de l'ancienneté du suivi (E11 *“bah on se connaît plutôt bien donc une consultation on va dire, plutôt familiale, plutôt courtoise et sympa”*). Cependant, d'autres parents évoquaient être régulièrement reçus par d'autres membres du cabinet médical, voire par des internes. Dans les deux cas, les parents exprimaient un bon vécu habituel des consultations pour leur enfant (E9 *“Habituellement ça se passe bien, elle est... ça se passe c'est soit avec le médecin ou soit c'est avec des internes et ça va, ça se passe bien oui”*).

L'expérience pratique du parent dans les consultations médicales pour son enfant était également un facteur important. Le nombre d'enfants, ainsi que le nombre de consultations de pédiatrie réalisées par le parent pouvaient influencer son aisance lors de la consultation (E1 *“c'est souvent ma copine qu'allait chez le médecin donc avec la petite j'étais pas trop trop doué. Par exemple quand il fallait la peser et tout ça bon elle pleurait donc je savais pas trop comment faire”*). Également, bien que tous les parents nous aient décrit avoir participé à des consultations de suivi pour leur enfant, certains d'entre eux exprimaient avoir très peu recours au médecin pour des motifs aigus. Ainsi, lors d'une consultation pour motif aigu, le parent d'un premier enfant venant principalement pour des motifs de suivi pouvait être plus inquiet qu'un parent de deux enfants ayant l'habitude des consultations pour motif infectieux.

3.3.1.2. Les valeurs parentales

Lors des entretiens, les parents nous ont exprimés un certain nombre d'attentes et de valeurs concernant la santé de leur enfant et le déroulement des consultations :

- le bien-être de l'enfant lors de la consultation et le fait qu'il soit considéré par le médecin comme un individu à part entière (E14 *“il faut que l'enfant se sente en confiance [...] donc pour moi c'est important que le médecin ne parle pas qu'à moi.”* et E1 *“je trouve que c'est important de se sentir à l'aise quand on va chez le médecin quoi [...]. Même pour E, même si elle est petite, qu'elle comprend pas tout, c'est personnel”*)
- l'importance du bon suivi de l'enfant, notamment dans le remplissage assidu du carnet de santé (E14 *“Même si on me dit que tout va bien, j'aime bien voir l'évolution de sa courbe ou ce genre de choses”*)
- le parent comme acteur de la santé de son enfant, avec la prise en compte de son avis dans les décisions médicales (E2 *“C'est bête à dire mais des fois on a juste besoin d'entendre ce genre de chose « écoutez vous »”*)

- le besoin de se sentir compris, entre autres par un médecin dont on se sent proche (E11 *“Je fais plus confiance à quelqu’un qui est à peu près dans le même cocon que moi que quelqu’un qui a un vécu un peu différent et qui se prononce sur des sujets qu’il maîtrise pas forcément”*).

3.3.1.3. Le motif de recours

La situation motivant la consultation médicale influençait beaucoup l’émotion du parent quand il arrivait en consultation, et on distinguait notamment deux grands groupes : les motifs de suivi et les motifs aigus.

Lors d’une consultation pour motif aigu, l’émotion principale ressentie par les parents était l’inquiétude, particulièrement si les symptômes étaient inhabituels, dans leur durée ou bien dans leur intensité. Si le parent estimait que le motif de recours était grave pour son enfant, il préférerait parfois être reçu par le médecin traitant, du fait d’une plus grande confiance ressentie et d’une meilleure connaissance de l’enfant (E11 *“Pour mon petit dernier qui a 5 mois, s’il y a quelque chose d’assez grave, une forte fièvre ou quelque chose comme ça, oui je spécifie vraiment d’avoir mon médecin traitant qui le connaît depuis sa naissance”*).

Certains parents exprimaient aussi se sentir pressés, notamment dans un contexte infectieux où il peut exister une demande de consultation rapide par le mode de garde (E1 *“Surtout par rapport à la nourrice, par rapport aux autres enfants [...] Et du coup c’était par rapport à nous parce qu’on travaille aussi, donc s’il fallait la garder, il nous fallait un justificatif”*).

Alors qu’un sentiment d’impuissance pouvait gagner certains parents par rapport à la maladie de leur enfant, d’autres arrivaient à prendre du recul par rapport aux symptômes et temporiser une demande de consultation médicale, de par leur personnalité ou la connaissance des traitements de premiers recours (E11 *“On donne du doliprane quand c’est nécessaire, et puis de toute manière à chaque fois qu’on consulte, généralement il prescrit pas de médicament ou... Faut laisser couler, laisser évacuer et puis s’adapter aux réactions de l’enfant ; en fait c’est tout. Là on y va de moins en moins”*).

Dans ce contexte, les parents étaient souvent dans l’attente de l’expression d’un diagnostic par le médecin, et d’une prescription médicamenteuse (E7 *“Ben quand j’y vais, je sais... Je ressors avec la maladie qu’il a, avec un traitement comme ça au moins je sais que dans la suite il peut être guéri rapidement”*).

Lors d’une consultation pour motif de suivi, l’émotion principale ressentie par les parents était la sérénité, principalement parce que l’enfant n’était pas malade. Peut-être dans l’idée de gagner du temps, cette absence d’inquiétude amenait parfois les parents à souhaiter une consultation pour deux enfants en même temps, en particulier pour les consultations de réalisation de certificats de non contre-indication au sport.

Parfois perçues comme des obligations, notamment pour la réalisation des vaccins ou bien le suivi rapproché d’un enfant en retard dans les acquisitions psychomotrices, les consultations de suivi étaient plus souvent perçues comme des opportunités de pouvoir poser des questions ne nécessitant pas un avis urgent (E8 *“On sait que c’est un examen de routine pour voir si l’évolution du bébé va bien [...] Je peux même avoir des petites questions sur des choses que j’ai vu à la maison, je peux reposer la question donc je trouve ça plutôt pas mal”*).

La seule source d'appréhension des parents concernant les consultations de suivi pouvait se situer lors de la réalisation d'un vaccin, considéré comme potentiel facteur d'altération du ressenti de l'enfant.

3.3.1.4. La perception de l'interne avant la consultation

La façon dont les parents percevaient l'interne influençait leur manière d'aborder la consultation. L'interne de médecine générale lors du stage SASPAS avait un double statut : il était à la fois étudiant et médecin.

Les parents pouvaient ressentir une certaine appréhension à l'idée d'une première consultation pour leur enfant, réalisée par un interne. Cette appréhension s'expliquait par l'anticipation de l'imperfection de l'examen du fait d'un cursus d'apprentissage encore en cours. Il existait également une incertitude sur l'organisation de la consultation, entre autres de savoir si le médecin traitant serait présent dans la salle d'examen ou non.

Les parents assimilaient parfois l'interne à un stagiaire, donc un étudiant restant pour un temps donné dans le cabinet médical. Ils lui concédaient cependant des connaissances théoriques plus à jour que le médecin traitant. Les études étant réputées difficiles, la réalisation de ce cursus suscitait une certaine admiration et donc confiance chez certains parents (E4 "*On fait confiance à des personnes qui ont fait aussi des études pour être là et pour nous soigner*"). Néanmoins, un parent estimait que le manque d'expérience d'un interne peut parfois l'amener à réaliser un examen trop ciblé sur la pathologie supposée de l'enfant (E15 "*Ils ont pas assez de vécu, je sais pas... Il y en a qui sont encore trop dans les cours*").

Malgré tout, la plupart des parents étaient en accord avec ce mode de formation en cabinet de médecine générale, car ils soutenaient ces valeurs pédagogiques (E13 "*Il m'a dit qu'il était interne en dernière année et je me dis « bah tout le monde doit aussi apprendre ». Moi je suis plutôt dans cette optique-là*"). Ils évoquaient aussi que le médecin traitant assurait sa succession en formant la prochaine génération de médecins, dans un esprit de compagnonnage.

Pour beaucoup de parents, l'interne était avant tout un médecin. Ils estimaient que celui-ci possédait des compétences équivalentes à un autre médecin et ne faisaient finalement pas de différence d'aptitude dans la prise en charge de leur enfant (E13 "*pour moi un interne c'est un médecin, ça revient au même*" ; E11 "*Bon après l'interne pour moi il a autant de compétences qu'un médecin. Même s'il est en phase d'apprentissage, ça me dérange pas du tout*"). L'interne, souvent assimilé à un remplaçant, possédait donc comme principale particularité d'être généralement un médecin que l'on ne connaît pas. Être reçu par un médecin qui ne connaît pas l'enfant n'induisait souvent aucune appréhension, mais nécessitait d'anticiper la consultation pour pouvoir délivrer les informations nécessaires à la prise en charge.

L'aisance à confier son enfant à un médecin inconnu tenait aussi du fait que l'interne était inclus dans une confiance globale, soit envers le cabinet médical, soit envers le corps médical (E7 "*Le cabinet médical s'il me passe un interne, c'est qu'ils ont confiance en lui donc j'ai confiance en l'interne aussi donc il y a pas de souci*"). Néanmoins, certains parents mettaient en avant leur préférence à être reçu par leur médecin traitant, du fait d'un lien plus fort.

L'interne était aussi perçu comme un médecin plus disponible que le médecin traitant, répondant à une problématique de démographie médicale, ou bien simplement grâce à une concordance entre ses jours de présence et les jours de disponibilité du parent.

Au moment de la prise de rendez-vous, le statut du médecin réalisant la consultation n'était pas toujours connu, ce qui impliquait que parfois les parents se retrouvaient devant le fait accompli. A noter que cette lacune était plus souvent retrouvée quand la prise de rendez-vous se faisait par internet, ou bien via un secrétariat téléphonique plutôt que via un secrétariat physique.

3.3.2. Les compétences mobilisées par l'interne

3.3.2.1. L'interne respecte la structure d'une consultation classique

Même si les parents pouvaient être déstabilisés par la présence d'un interne à la place de leur médecin traitant, ils retrouvaient par ailleurs des éléments familiers comme dans une consultation dite "classique".

Ils remarquaient et appréciaient que l'interne respecte l'ordre habituel d'une consultation médicale (E6 "*Et puis après l'enfant se rhabille et elle nous dit en fait voilà le traitement à suivre donc pour moi c'est toujours structuré de la même façon on va dire*") comme ce qu'ils connaissaient déjà avec leur médecin traitant. Ils retrouvaient la prise de constantes, la retranscription dans le carnet de santé des données de l'examen et la délivrance de la prise en charge. Certains parents soulignaient l'importance de la transmission des informations par le carnet de santé, surtout lorsque plusieurs médecins étaient amenés à suivre leur enfant. Le fait que l'interne respecte la même structure temporelle dans la consultation donnait au parent un repère connu et lui donnait l'impression d'assister à une consultation habituelle, bien qu'il soit reçu par un médecin qui ne lui était pas connu (E4 "*elle s'est passée comme d'habitude mais avec quelqu'un qu'on ne connaissait pas. Mais elle s'est très bien passée en fait*").

Les parents retrouvaient aussi un repère connu quand la consultation avec l'interne se concluait de la même façon qu'habituellement. Ils ressentaient la même satisfaction d'obtenir ce qu'ils étaient venus chercher, comme un certificat de sport ou le même soulagement après l'examen de leur enfant malade suite à la réassurance du médecin. (E11 "*rassuré, rassuré parce que... parce que je sais que je vais pouvoir la soigner correctement et voilà quoi. Comme quand on sort de chez le médecin*").

3.3.2.2. L'interne s'implique dans la consultation

Au-delà de respecter le déroulé habituel d'une consultation médicale, le parent était sensible au fait que l'interne s'implique dans la consultation avec motivation.

La façon de s'impliquer de l'interne se manifestait de différentes façons.

Certains parents notaient que l'interne apportait des connaissances nouvelles au parent. Cela pouvait passer par des conseils donnés au sujet du développement de la motricité de l'enfant ou bien une information nouvelle sur un traitement habituel (E11 "*Et puis là je lui ai demandé s'il pouvait me prescrire du sirop pour la toux, il m'a dit : bah non, c'est plus trop...[...] Je me suis dit : ah bah très bien, moi ça me convient quoi. Moins je donne des médicaments à mes enfants et en plus ils le combattent tout seuls le virus donc très bien. Ça c'est pas un avis de médecin que j'avais déjà entendu*"). Le parent appréciait de ressortir de la consultation en ayant appris quelque chose.

Certains parents accordaient de l'importance au fait que l'interne prenne son temps pour mener la consultation notamment en allant au "rythme de l'enfant". Ils pouvaient avoir ce ressenti en comparaison d'autres consultations médicales (E2 "*Je pensais pas qu'on pouvait prendre autant de temps pour un enfant. Ça paraît assez logique pourtant mais voilà du coup c'était bien. En fait de ne pas se sentir bousculée, ne pas être pressée comme dans certaines consultations*"). Une durée d'entretien et d'examen clinique plus long pouvait être vécue comme la marque d'une consultation plus approfondie et un signe d'attention vis-à-vis de l'enfant.

Plusieurs parents soulignaient que l'interne avait fait preuve de professionnalisme lors de la consultation. Il approfondissait son entretien en veillant à répondre à toutes les interrogations du parent. Il réalisait un examen clinique consciencieux à la recherche de diagnostic différentiel. L'interne donnait des explications claires et compréhensibles que le parent était capable de retranscrire à une tierce personne, comme son conjoint. Certains parents ressentaient la maîtrise de la consultation par l'interne, qui suivait un raisonnement scientifique clair et compréhensible (E11 "*La consultation est assez carrée, c'est-à-dire qu'on sent que c'est maîtrisé quoi, que y a... [...]Du coup, on ressent quand la personne elle connaît ses modes opératoires. C'est-à-dire que chaque séquence, il y a quelque chose après. On voit que la personne, elle est carrée et qu'on y va étape par étape*"). Ils reconnaissaient lorsque l'interne repérait une anomalie et qu'il proposait une conduite à tenir adaptée. Certains parents notaient lorsque leur avis était pris en considération. Le professionnalisme passait aussi par le fait de respecter sa place de médecin dans son comportement vis-à-vis de l'enfant (E7 "*Mais c'est vraiment des mots très très doux que je sais pas trop ce qu'elle a pu bien dire parce que je m'en rappelle plus trop mais... Rien de déplacé, vraiment restée gentille et restant quand même son médecin*").

Le récit de plusieurs parents révélait que l'interne était parfois amené à développer le sentiment de compétence parentale. Cela passait par une attitude pédagogique vis-à-vis du parent en expliquant par exemple les gestes de l'examen clinique, ou bien en guidant le parent dans la consultation (E1 "*Ben ouais c'est ça, qu'elle me dise un peu comment faire. Quand elle pleurait, je savais pas trop comment faire*") ou enfin en valorisant l'attitude du parent (E9 "*elle m'a demandé d'abord qu'est-ce que je fais en ce moment, quel est, quels sont les rituels pour la changer et je lui avais dit comment je faisais et elle m'a dit que c'était très bien*").

De nombreux parents soulignaient l'importance des capacités relationnelles de l'interne qui se traduisaient par un comportement avenant dans son accueil, une attitude souriante et une capacité à créer une atmosphère détendue. Les capacités relationnelles concernaient aussi son attitude envers l'enfant notamment lorsque l'interne s'adressait directement à l'enfant lorsqu'il le manipulait ou pour lui expliquer ce qu'il allait faire lors de l'examen (E4 "*Elle a eu des petits mots pour les enfants, des petites questions sympas, elle les a mis à l'aise*"). Certains parents se sentaient à l'aise avec l'interne du fait des compétences communicationnelles de celui-ci. Parfois, c'était aussi le tempérament social du parent qui facilitait la relation.

3.3.3. Ce qui influence le vécu de l'enfant

Certains facteurs influençaient le vécu de l'enfant et on verra par la suite que le vécu de l'enfant était un élément important pour le vécu du parent.

3.3.3.1. L'interne crée une relation personnelle avec l'enfant

Certains parents notaient que l'interne cherchait à rassurer l'enfant. On pouvait rassurer l'enfant par le jeu ou en chantant (E1 *“Et puis elle lui a chanté des petites chansons donc plein de choses comme ça... ”*). La réassurance pouvait aussi passer par une attitude douce de l'interne vis-à-vis de l'enfant. Enfin, on notait qu'il semblait important que l'interne prépare l'enfant en lui donnant des explications avant de pratiquer un examen ou un vaccin pour le mettre en confiance (E13 *“Voilà, mais elle a été très en interaction avec V. pour essayer de le calmer. Et puis voilà elle lui a présenté les objets qu'elle manipulait pour lui montrer ce qu'elle allait lui faire”*).

Parmi les compétences que l'interne pouvait mobiliser, on retrouvait la capacité de s'adapter à l'enfant au fur et à mesure de la consultation en adaptant son attitude en fonction du comportement de l'enfant (E11 *“ l'interne a fait ce qu'il fallait quand il fallait... fin quand il a eu l'occasion, pas quand il fallait (petit rire). Quand il a eu l'occasion il a pu regarder, écouter son cœur et tout ça.”*).

On remarquait aussi que certains enfants étaient sensibles au fait que l'interne puisse les faire participer à la consultation. Par exemple, quand l'interne leur adressait directement les explications en adaptant son langage ou lorsqu'il leur proposait d'essayer les instruments médicaux.

Enfin, pour certains parents il était important que l'interne s'applique à créer une relation personnelle avec l'enfant, sans passer par le parent, en s'adressant directement à lui, en lui posant des questions (E14 *“ Il faut que l'enfant se sente en confiance, il faut qu'il se laisse faire, pas qu'il ait peur donc pour moi c'est important que le médecin soit, enfin ne parle pas qu'à moi. Ok je suis là pour prendre les enfants mais c'est pas forcément à moi qu'il faut parler mais aussi à l'enfant”*).

3.3.3.2. Les caractéristiques de l'enfant

Certains facteurs influençaient le vécu de l'enfant de la consultation sans être en rapport avec les compétences mobilisées par l'interne. Par exemple, l'âge de l'enfant avait un impact puisque cela influençait ses capacités de coopération avec le médecin. On remarquait aussi que le tempérament propre à chaque enfant avait son importance : un enfant, craintif ou timide, n'avait pas le même vécu de la consultation. D'autant plus s'il appréhendait un geste désagréable comme un vaccin.

L'éducation de l'enfant jouait aussi un rôle dans leur façon d'appréhender une consultation médicale, particulièrement lorsqu'on leur avait fait assimiler la consultation médicale à un jeu ou une habitude (E5 *“à Noël, sa grand-mère paternelle lui a offert un petit kit de médecin donc du coup il s'amuse à ausculter ses doudous et nous-mêmes du coup je pense que ça l'aide aussi à appréhender quand il va au rendez-vous médical”*).

Un “feeling” pouvait se créer entre l’enfant et le médecin en fonction des tempéraments de chacun (E6 “*c’est vrai qu’avec (médecin 2),[...], il y a une autre approche qui fait que F. se sent plus en confiance avec (médecin 2), c’est pour ça qu’on a gardé ce médecin pour elle*”). Enfin le vécu de l’enfant était impacté par son rapport aux médecins : il pouvait craindre un médecin qu’il ne connaissait pas, ou craindre les médecins de façon générale.

L’enfant pouvait être rassuré par la présence d’éléments familiaux comme la proximité du parent ou bien le fait de consulter avec un autre membre de la fratrie.

3.3.4. L’importance d’une atmosphère détendue

Les parents étaient sensibles au fait d’avoir perçu une atmosphère détendue ou non pendant la consultation. Ce ressenti global venait de différents facteurs.

Tout d’abord, le lieu de la consultation impactait le vécu du parent, notamment la connaissance du cabinet médical qui était source de réassurance.

Ensuite, l’attitude de l’interne pouvait créer une ambiance agréable par son accueil souriant, par sa sérénité pendant la consultation, même confronté à une difficulté médicale (E13 “*Et puis quand je lui ai dit « ah je crois qu’il a pas pris de poids », elle s’est pas du tout alarmée euh... J’ai pas senti dans son visage une réaction genre « ouh là, il faut que j’aille vérifier quelque chose ». ‘fin voilà elle a fini de faire l’examen et ensuite elle a été prendre le carnet de santé pour vérifier la courbe de V), ou par un comportement rassurant avec l’enfant. La coopération de l’enfant était ici un prérequis à une consultation détendue mais aussi une conséquence lorsque l’enfant percevait un environnement apaisant qui le mènerait à coopérer.*

Enfin le ressenti global de la consultation était perçu comme agréable par un certain nombre de parents. Il était important pour cela que le parent ait senti son enfant confortable pendant l’examen. Le ressenti agréable pouvait être d’autant plus marqué si la consultation était assimilée à un moment ludique notamment lors de l’examen (E4 “*C’était pas comme chez le médecin, hop on se déshabille, on consulte. Voilà... même si on était chez le médecin, c’était différent. Il y a eu des jeux, il y a eu des mots...*”).

3.3.5. Le vécu du parent, conditionné par celui de son enfant

Le vécu de la consultation par l’enfant semblait primordial pour les parents. Le lien créé entre l’enfant et l’interne influençait la relation entre le parent et l’interne, et le bon vécu global de la consultation par l’enfant mettait le parent à l’aise (E8 “*Question : comment est-ce qu’elle a créé un lien avec vous ? Réponse : Bah déjà le fait que ça se passe bien avec mon enfant*”). Le parent analysait le vécu de son enfant par deux principaux facteurs : son comportement et l’émotion qu’il percevait.

3.3.5.1. Le comportement et la coopération de l’enfant

La coopération de l’enfant pendant la consultation, en particulier pendant l’examen clinique, permettait un bon vécu du parent de celle-ci. Il induisait même parfois un sentiment de fierté envers l’enfant. Au contraire, certains parents évoquaient le souvenir de consultations compliquées en lien avec le manque de coopération de l’enfant, provoquant l’inconfort du parent qui ressentait que le médecin était plus en difficulté pour examiner l’enfant.

Mais plus que faciliter le travail du médecin, la coopération de l’enfant était avant tout la

marque de l'aisance de l'enfant lors de la consultation, ainsi que l'expression de sa confiance envers l'interne (E5 *“Ça a été vraiment un échange et une confiance qui s'est installé facilement entre eux. Il s'est laissé faire, lui qui était un peu difficile à manipuler.”*).

3.3.5.2. L'émotion de l'enfant

Lors de la consultation, le parent ressentait l'émotion de son enfant. Il percevait sa joie par les sourires et les rires qu'il pouvait avoir, notamment lors de la réalisation des examens de dépistage. Cette émotion rendait compte selon certains parents de la qualité de la consultation (E4 *“Quand on voit que les enfants repartent en disant au revoir avec un sourire, c'est que ça s'est bien passé”*).

Les pleurs de l'enfant, au contraire, étaient à même de pouvoir altérer le vécu des parents. Cependant, ceux-ci prenaient facilement du recul, en particulier en ce qui concernait les pleurs lors de la réalisation d'un vaccin, qui étaient considérés comme inévitables. Leur impact pouvait même être diminué par une attitude bienveillante de l'interne envers l'enfant (E9 *“Ça s'est bien passé. Bien sûr elle a pleuré une fois qu'il y a eu l'aiguille mais la manière de faire [...] elle a réussi à capter son attention”*). En revanche, l'absence de pleurs lors de la consultation semblait avoir un impact plus important, attestant du confort de l'enfant et rassurant par la même occasion le parent (E2 *“La première consultation était vraiment appréciable. Et elle n'a pas pleuré donc mine de rien c'est qu'elle aussi elle a dû apprécier”*).

3.3.5.3. L'évolution du rapport de l'enfant aux médecins

L'habitude d'être reçu par des médecins différents, et notamment par des internes, était bénéfique pour la sociabilisation de leur enfant selon certains parents, et diminuait la peur de médecins inconnus. Également, par une attitude bienveillante envers l'enfant, l'interne faisait évoluer le rapport de l'enfant aux médecins et son appréhension (E5 *“Il s'est laissé manipuler parce qu'avant il ne voulait pas se laisser manipuler euh donc ça ça s'est amélioré [...] Comme il est habitué à en voir quasiment des différents à chaque fois qu'il y va, il s'y est fait et surtout bah ils sont très tendres, ils font attention.”*).

3.3.6. L'évolution du regard du parent sur l'interne

Au fur et à mesure de la consultation, le parent se forgeait un vécu du rendez-vous avec l'interne. Au travers du vécu de son enfant et de l'implication de l'interne, cette expérience lui amenait certaines émotions, voire faisait parfois évoluer sa position, notamment sur sa perception de l'interne.

3.3.6.1. Évaluer les compétences médicales de l'interne

Les compétences médicales de l'interne étaient perçues différemment par les parents. La possibilité laissée à l'interne de pouvoir consulter seul était pour certains déjà la preuve d'une compétence médicale suffisante pour prendre en charge leur enfant, car elle attestait que celui-ci était en fin de cursus.

Souvent conscients qu'ils étaient accueillis par un étudiant, les parents étaient indulgents envers l'interne qui pouvait ne pas être à l'aise dans la manipulation d'un jeune enfant, ou bien ne pas avoir la réponse concernant une de leurs interrogations (E9 *“Il était pas à l'aise donc euh mais*

bon je pense que ça peut arriver à n'importe qui et puis ça m'a pas... ça m'a pas choqué en fait”). Néanmoins, ils appréciaient si celui-ci effectuait un travail de recherche afin d'apporter le renseignement demandé. De même, ils étaient prêts à excuser un geste iatrogène s'ils savaient que celui-ci avait été fait dans l'intérêt de l'enfant, notamment un vomissement provoqué par un examen buccal avec utilisation d'un abaisse-langue.

La grande majorité ne trouvait pas de critique à faire concernant le diagnostic ni le traitement donné. Lors d'une consultation de suivi, la découverte fortuite d'un problème de santé bénin, comme un bouchon dans l'oreille, attestait de l'exhaustivité de l'examen et était rassurant pour le parent. Selon certains parents, le prix de la consultation n'était justifié que si l'interne réalisait un examen clinique complet et d'une durée suffisante (E15 *“Il me demande 25 euros, je me dis « bah c'est bien cher payé ». Il m'a gardé 5 minutes, il a fait l'ordonnance et puis merci au revoir.”*) Par ailleurs, certains estimaient qu'il existait parfois une moins bonne assiduité dans le remplissage du carnet de santé.

Enfin, d'autres parents expliquaient se fier à leur ressenti global afin d'évaluer la compétence de l'interne (E2 *“On le sent ou on le sent pas. C'est en fonction de la personne et pas que du titre [...] Il y a une histoire de confiance et de feeling”*), ainsi que dans son aisance avec l'enfant.

3.3.6.2. Évaluer l'implication relationnelle de l'interne envers l'enfant

Au-delà des compétences médicales, les parents étaient surtout attentifs à la relation entre leur enfant et l'interne. De nombreux parents étaient rassurés et mis à l'aise par une attitude douce de l'interne envers l'enfant. Cette attitude était propice à faciliter une bonne relation entre l'interne et le parent, et au final une relation triangulaire saine (E2 *“ C'est vrai qu'elle a été patiente et délicate et voilà y avait plein de petites choses pendant la consultation qu'ont faits que c'était agréable, et pour moi et mon enfant”*).

Les parents percevaient donc que l'interne était attentif au bien-être de l'enfant. Ils appréciaient aussi qu'il essaye de créer un lien personnel avec lui, en lui parlant, en le faisant participer, ou en tentant de le calmer s'il pleurait. La création de ce lien avec l'enfant était même pour certains un moyen efficace de dépister une situation de maltraitance (E15 *“Les enfants ils ont du mal à mentir [...] J'ai connu des gens qui buvaient beaucoup et les enfants ne mangeaient pas beaucoup... 'fin s'ils avaient un repas par jour c'était déjà vachement bien donc... C'est là que je me dis quand l'interne lui a posé les questions, j'étais contente, je me dis que c'est bien.”*)

3.3.6.3. Découvrir une diversité d'approche

Lors de la consultation, les parents étaient amenés à comparer la pratique de l'interne avec les souvenirs de consultations antérieures. Certains parents ne trouvaient aucun changement. D'autres percevaient une manière différente de mener l'examen de l'enfant, avec une plus grande interaction, dans un but de réassurance et de pédagogie, ainsi qu'une communication directe envers lui. Cette différence était expliquée par certains par l'âge du médecin prenant en charge l'enfant (E1 *“C'est pas de la même époque quoi... Enfin je sais pas si... Parce qu'elle était âgée donc après est-ce qu'elle avait pas les mêmes méthodes ? est-ce que maintenant il y a d'autres méthodes ?... Donc c'est vraiment cette méthode-là qui était pas mal quoi.”*) ou bien par son appartenance au secteur hospitalier. Également, certains parents ressentaient un plus grand dynamisme et un investissement plus important de l'interne dans la consultation. Ce dernier approfondissait son interrogatoire et son

examen dans l'idée d'avoir une vision globale de l'enfant (E12 *“Sur le côté ouai un peu “peps”, qui rentre vite en communication et puis le côté attentive, je pense quand vous êtes toute fraîche dans le métier, comme moi quand je suis enseignante, on a tendance à communiquer à fond avec les enfants, parce qu'on a envie et qu'on est pas lassé du métier”*).

Certains parents, ayant déjà été reçus par un interne au sein de leur cabinet médical, appréciaient également la diversité d'approche qui pouvait exister entre les internes. Cette diversité montrait parfois une différence d'aisance dans la gestion de l'examen de l'enfant, mais elle semblait plutôt plébiscitée (E8 *“Ce que j'aime bien avec les internes, c'est qu'ils ont différentes manières, comparé au médecin de famille”*). Seul un parent nous a livré le récit d'une expérience passée d'une consultation avec un interne, dont il avait un vécu négatif. Dans cet exemple, le parent reprochait à l'interne de ne pas avoir mis en place les compétences que nous avons retrouvées dans la plupart de nos entretiens, à savoir qu'il n'avait pas réalisé d'examen exhaustif, avait réalisé une consultation trop rapide et n'avait pas pris en compte l'inquiétude du parent. Néanmoins, en dépit cette mauvaise expérience, le parent acceptait malgré tout d'être reçu par des internes.

Cette diversité d'approche amenait parfois à changer ses habitudes (E13 *“Mais voilà, c'était au départ, je me suis dit « bah mince il va pas voir la même personne » et finalement avec du recul je me dis que c'est pas dérangeant et que c'est même plutôt bien pour lui”*).

3.3.6.4. Créer un lien particulier

Lors de la consultation, un lien se créait entre l'interne et le parent. Au-delà d'une simple relation médecin-parent, les parents décrivaient quelquefois qu'il existait un “feeling”, une confiance ressentie dès la première entrevue. Lorsque le suivi de l'enfant n'était pas réalisé par le médecin maître de stage (ancien médecin en retraite, nouveau-né), les parents souhaitaient parfois reprendre rendez-vous spécifiquement avec l'interne (E2 *“C'est ce qui fait aussi que j'ai poursuivi les consultations avec cette personne et que je n'ai repris directement avec mon médecin traitant [...] Je me suis sentie en confiance donc voilà j'ai réitéré”*).

Les parents éprouvaient souvent un lien de confiance avec leur médecin traitant, forgé au fur et à mesure des consultations qu'ils avaient pu réaliser avec lui. Ce lien, selon eux, ne pouvait se construire en une seule consultation ponctuelle avec un interne. Néanmoins, à la faveur de coïncidence d'emploi du temps entre la journée de présence de l'interne et les disponibilités du parent, il arrivait que le suivi de l'enfant soit réalisé principalement par un interne. Dans la première année de vie, où les consultations sont régulières, l'interne était donc le principal praticien à prendre en charge l'enfant. Un lien de connaissance se créait alors entre l'interne et le parent. Nous avons nommé par “lien de connaissance” le fait de se sentir de plus en plus à l'aise en consultation par l'habitude d'être toujours reçue par le même professionnel de santé (E8 *“Maintenant c'est vrai que je suis tellement habituée à avoir affaire à mon interne que... On est très très à l'aise”*). Il était parfois même difficile, au changement de stage, de devoir se réhabituer à un nouvel interne.

3.3.6.5. Le statut de l'interne s'efface

Ainsi, que ce soit par un “feeling” ressenti lors d'une consultation ponctuelle, ou bien par un lien créé sur plusieurs consultations de suivi, plusieurs parents expliquaient ne pas tenir compte du statut du médecin qui les recevait. Ils se fiaient principalement à l'aspect relationnel de la personne

qui se trouvait en face d'eux (E2 "*En dehors du fait d'être interne ou pas interne je trouvais qu'il avait un côté humain avec la personne qu'on a rencontré*"). Également, l'habitude d'être reçue régulièrement par le même interne faisait disparaître toute appréhension et lui conférait le statut de médecin à part entière (E8 "*C'est même plus « je vais voir un interne », c'est « je vais voir mon médecin »*")

3.3.6.6. L'interne évolue dans sa pratique

On a remarqué, à travers les récits des parents, que l'interne, lui aussi, évoluait au contact de ces consultations de pédiatrie :

- un parent, qui avait été reçu par plusieurs internes différents, notait que certains internes finissaient par se détacher de leur cours, de leur vision "scolaire" de la consultation, pour avoir une vision plus globale du patient
- les internes apprenaient de nouvelles connaissances auprès des parents ; par exemple, un interne a été confronté à une question du parent dont il n'avait pas la réponse, le parent s'est renseigné et lui a communiqué le résultat de ses recherches
- les internes pouvaient eux aussi, à leur échelle, créer ce lien de connaissance que les patients apprécient particulièrement avec leur médecin traitant ; au fur et à mesure des consultations, les internes ont créé des relations privilégiées avec les parents et ont ainsi tissé un lien de connaissance avec certains parents.

4. Discussion

4.1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

4.1.1. Le vécu du parent : perception du statut d'étudiant et souci du bien-être de l'enfant

4.1.1.1. Adhésion au compagnonnage

En rencontrant des internes dans le cabinet du médecin généraliste de leur enfant, les parents découvraient le système de compagnonnage qui permettait aux internes de se former. L'organisation précise de l'enseignement n'était souvent pas connue du parent (le nombre d'années d'étude de l'interne, la séance de rétroaction de fin de journée, ...) mais ils avaient notion que l'interne était en formation. Le parent ne percevait pas négativement le statut d'étudiant. L'interne était avant tout un médecin en apprentissage ayant beaucoup de connaissances théoriques. Certains parents estimaient qu'un interne avait autant de compétence que n'importe quel médecin. La confiance était corrélée au fait que les études de médecine sont longues et que l'interne avait parfois des connaissances plus récentes des données de la science.

On retrouvait dans la littérature des références précisant que les patients adhéraient à la présence d'étudiants en médecine dans le cadre des soins primaires. Simons *et al.* avaient interrogé 194 patients sur leur ressenti concernant la présence d'internes lors des soins : 46,5% avaient apprécié et 43% étaient neutres, seulement 10,3% n'avaient pas apprécié (28). On retrouvait aussi ce ressenti d'une plus forte implication de l'interne dans la consultation du fait qu'il soit en formation ou qu'il soit plus jeune dans le métier. Cette expérience positive de leur présence n'était vraie que si le parent était prévenu à l'avance et que la raison de sa présence était expliquée. D'après Prislín *et al.* qui étudiaient la perception des étudiants en médecine par les patients en médecine ambulatoire, les patients trouvaient que les étudiants étaient plus fortement impliqués dans la prestation de soins et que leur présence améliorait la qualité des soins (29). Lemercier, dans une thèse sur les conséquences de la présence d'un interne, confortait cette adhésion à la présence de médecin en formation et l'incluait dans la confiance globale du cabinet (30).

Dans notre travail, la présence d'internes dans le cabinet de leur médecin généraliste était devenue une habitude pour les patients. Cette donnée était un changement car dans des travaux plus anciens, l'interne était encore beaucoup associé au milieu hospitalier (31).

4.1.1.2. Rapport de l'interne à l'enfant au cœur du ressenti

Le ressenti du parent vis-à-vis de l'interne était principalement influencé par la façon dont il interagissait avec l'enfant. Son attitude et sa façon de manipuler l'enfant induisaient ou non un sentiment de confiance et de sécurité pour le parent. Le parent était vigilant au fait que l'interne veille au confort de son enfant, cherche à le rassurer ou crée un lien avec lui en lui adressant directement les explications. La coopération de l'enfant, qui pouvait être la résultante de l'attitude de l'interne, était un facteur important influençant le vécu du parent.

Ce savoir-faire de l'interne vis-à-vis de l'enfant induisait chez le parent le sentiment que l'interne savait ce qu'il faisait, et qu'il était compétent. A contrario, le vécu était moins bon quand l'interne n'avait pas su s'adapter à l'enfant ou qu'il interagissait peu avec lui.

On retrouvait cette importance de l'interaction avec l'enfant dans la littérature. En 2013, Artufel-Meiffret s'intéressait aux attentes du parent lors d'une consultation de médecine générale. Elle relevait cette importance pour le parent que le médecin s'adresse directement à l'enfant et adapte sa communication en fonction de l'âge de l'enfant (14)

Canévet *et al.* publiaient en 2009 un article sur le comportement des enfants en consultation (étude observationnelle directe). Ils retrouvaient aussi la nécessité d'instaurer un climat de sécurité pour l'enfant notamment en lui expliquant au fur et à mesure de l'examen clinique et en prenant le temps (32).

4.1.2. La consultation menée par interne SASPAS : mobiliser ses compétences pour créer une atmosphère détendue

4.1.2.1. Structurer la consultation

Le respect d'une structure de consultation semblable à celle du médecin traitant était identifié par le parent. Dans cette organisation, on retrouvait l'accueil, le recueil du motif de consultation, l'examen physique, la délivrance de la prise en charge ainsi que de consignes de surveillance. Il apparaissait donc que les parents percevaient la maîtrise des internes dans leur gestion de la consultation, respectant le guide Calgary Cambridge de l'entrevue médicale (33). Cette structure semblait évidente pour les parents et permettait de retrouver des repères connus.

4.1.2.2. Réaliser un examen clinique exhaustif

La réalisation d'un examen clinique exhaustif semblait favoriser le sentiment de professionnalisme de l'interne, et participer à l'établissement d'une relation de confiance. En 2013, Artufel-Meiffret décrivait cette attente par les parents d'un examen clinique complet et d'une approche globale de l'enfant (14). Cette dernière induisait chez les parents le sentiment que l'interne avait pris du temps pour eux et pour leur enfant. La durée des consultations réalisées n'a pas été recensée au moment du recueil des données. Néanmoins, un travail de thèse réalisé en 2020 par Auge et Gonsolin (34), montrait que l'important n'était pas tant la durée de consultation que l'interaction entre le médecin et son patient. La satisfaction du patient était surtout induite par l'empathie du médecin à travers son écoute et sa disponibilité.

4.1.2.3. Mobiliser des compétences communicationnelles

La relation de confiance semblait aussi soutenue par des compétences communicationnelles mises en place par les internes.

La communication directe avec l'enfant était l'une des compétences qui permettait l'établissement d'une relation triangulaire propice au soin de l'enfant. Une étude réalisée par Stivers *et al.* en 2012 s'est intéressée à la communication médecin-patient chez des enfants entre 2 et 6 ans (35). Les enfants répondaient plus souvent aux questions du médecin lorsque celui-ci les regardait dans les yeux, lorsqu'il commençait l'entrevue par leur poser quelques questions sur leur vie générale (quel âge as-tu ? en quelle classe es-tu ?), en privilégiant d'abord des questions fermées avant des questions ouvertes. Débuter ainsi la consultation permettait à l'enfant de continuer à être actif dans la

consultation, et amenait le médecin à lui poser d'autres questions. Une étude réalisée par Nova *et al.* en 2005 montrait l'importance d'inclure l'enfant dans la consultation, afin de lui permettre d'exprimer son vécu de la maladie et améliorer ses connaissances dans le domaine de la médecine, dans le but final qu'il puisse prendre part à la décision médicale (36).

Les internes étaient également capables de s'adapter en fonction du parent et de l'enfant.

Concernant l'enfant, l'adaptabilité de l'interne se manifestait quand il s'accordait à son tempérament ou à son âge en modifiant sa façon de procéder en fonction du niveau de compréhension de l'enfant. Dans leur ouvrage "Communication professionnelle en Santé", Richard et Lussier s'intéressaient au comportement à adopter en consultation, en fonction du stade de développement de l'enfant, décrit par Piaget (37). On remarquait dans notre étude que les internes appliquaient ces concepts, par exemple en "utilisant des mots simples" ou en "expliquant chaque acte médical" pour des enfants dont l'âge requiert cette attitude.

Concernant le parent, l'interne était capable d'adapter son examen en fonction des questions du parent, et était à même de guider un parent se sentant peu à l'aise. Il délivrait également des explications claires et compréhensibles. Selon une étude menée en 2017 s'intéressant à la satisfaction des familles fréquentant un service d'urgences pédiatriques, ces compétences font partie des attentes des parents dans un contexte aigu (38).

Par une attitude douce envers l'enfant et une communication empathique envers le parent, l'interne était aussi à même de créer une ambiance détendue au sein de la consultation médicale. Une étude suisse réalisée en 2017 s'intéressant à la communication médecin-patient dans un service de pédiatrie a d'ailleurs démontré une baisse du taux de réponse au stress lors des entretiens avec les parents, grâce à cette communication, dite "affective" (39). Que ce soit grâce à une communication verbale (mots de réassurance, expressions empathiques) ou non verbale (posture du médecin, faciliter l'expression des émotions), le pic de cortisol (dont l'intensité de la réponse anxieuse) produit lors de la consultation était moindre quand le médecin utilisait la communication "affective".

4.1.3. Le lien de connaissance au cœur de la motivation à consulter un interne SASPAS

4.1.3.1. L'importance du lien de connaissance dans un contexte de gravité ressentie

Dans notre étude, certains parents nous ont exprimé leur préférence à être reçus par le médecin traitant dans un contexte aigu, lorsqu'il existait des symptômes ressentis comme graves. Même si la plupart des parents estimaient les connaissances médicales de l'interne équivalentes à celles du médecin généraliste, le lien de connaissance faisait qu'ils se sentaient plus rassurés d'être reçus par ce dernier. Un parent nous a notamment expliqué se sentir mieux compris par son médecin généraliste car il le connaît depuis des années, et apprécie recueillir son avis. Dans une thèse réalisée en 2017 par Deffromont, la proportion de refus d'être reçu par l'interne SASPAS était significativement plus importante parmi les patients ayant un suivi ancien par le médecin traitant que parmi ceux dont le suivi était récent (40). Nous n'avons pas recensé d'étude s'intéressant aux freins à consulter un interne dans le cadre d'une population pédiatrique.

4.1.3.2. Quand l'interne devient "Mon" médecin

Certains parents ont réalisé des consultations régulières avec un interne SASPAS. Souvent à la faveur d'une concordance entre leur emploi du temps et le jour de présence de l'interne, les parents semblaient adhérer à un suivi par des internes, valorisant leur attitude envers les enfants ainsi que leur diversité d'approches. Il existe en France des terrains de stage de SASPAS où les consultations sont réalisées exclusivement par des internes. Un travail de thèse réalisé par Schmitt en 2017 a recueilli l'opinion de médecins et de patients concernant un de ces lieux de consultations (41). Il apparaissait qu'une telle structure était largement plébiscitée, notamment par les patients, très satisfaits de la disponibilité rapide de l'interne. Il est à noter que la proximité immédiate d'une structure hospitalière était également un motif de satisfaction et de sentiment de sécurité pour les patients. Cependant, dans ces structures, la majorité des consultations concernaient des soins non programmés, ce qui ne représentait qu'une partie des motifs rencontrés en médecine générale.

Ainsi, dans notre étude, il semblait qu'au-delà de motifs de consultations aigus, l'interne était à même de devenir le principal référent du suivi de l'enfant, grâce à la création d'un lien de connaissance.

4.1.4. Objectif secondaire : organisation du SASPAS.

Un objectif secondaire de notre étude portait sur l'amélioration de l'organisation du SASPAS dans les cabinets médicaux. Certains parents nous ont rapporté ne pas avoir été prévenus en amont qu'ils seraient reçus par un interne. En effet, bien qu'en théorie les patients doivent savoir quel médecin les recevra en consultation, il apparaissait, selon une thèse réalisée en 2017 par Deffromont, que près de la moitié des patients ont déjà été confrontés à cette situation inconfortable (40).

Dans cette même étude, les patients décrivaient aussi un manque d'information concernant l'interne SASPAS, et notamment le stade de son avancée dans ses études médicales. Nous avons également retrouvé ce paramètre dans notre étude. En moyenne, les parents estimaient que l'interne qui les recevait avait réalisé 6,6 années d'études supérieures, alors que tous les internes SASPAS étaient en 9^e année de médecine.

4.2. Forces et faiblesses

4.2.1. Forces de l'étude

Ce sujet d'étude n'avait encore jamais été réalisé. Il se centrait sur le vécu du parent pour faire évoluer les pratiques des soignants, en particulier ici par l'intermédiaire de la formation des internes.

Le profil des parents (sexe, âge, profession, nombre d'enfants) interrogés était varié, ce qui permettait à cette étude qualitative d'explorer de manière plus exhaustive les différents vécus. De plus, les enfants concernés différaient par leur âge, entre 0 et 6 ans, et cela permettait d'explorer des thématiques variées. Les parents interrogés apportaient une certaine expertise car ils avaient connu plusieurs internes au gré des années et comparaient leur vécu avec des internes différents. La période de recrutement a été suffisamment longue pour s'intéresser à des internes en début et en fin de semestre.

L'analyse s'est appuyée sur une triangulation des données avec deux investigateurs différents ce qui renforce la validité interne de l'étude. L'étiquetage, les propriétés et les catégories conceptuelles ont d'abord été réalisés séparément puis mis en commun. A noter que l'analyse a été réalisée au fur et à mesure des entretiens.

Elle s'appuie sur des entretiens de durée suffisante, avec des questions ouvertes et réalisés dans un cadre neutre (en dehors d'une structure de soin). Les entretiens ont été menés jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire que le dernier entretien n'apportait pas de nouvelle idée supplémentaire. A noter qu'un entretien en plus a été réalisé mais non analysé car l'interne ayant reçu l'enfant était un interne de niveau 1. Dans un souci de cohérence, nous avons préféré écarter cet entretien.

4.2.2. Les limites de l'étude

Notre étude était marquée par un biais de recrutement car les internes SASPAS qui nous ont aidés à faire le recrutement ont pu proposer préférentiellement l'étude à certaines consultations plus qu'à d'autres. De plus, le nombre d'internes à l'origine du recrutement était faible (au nombre de 6), les résultats ont donc pu manquer de diversité. A noter qu'aucun des entretiens réalisés ne concernait d'enfant suivi pour une maladie chronique (bien que seuls 10% des consultations d'enfants en médecine générale concernent la prise en charge d'une maladie chronique, selon une étude de la DREES en 2002 (1)).

Les parents ont potentiellement modulé leur réponse par le biais de désirabilité sociale, d'autant qu'ils connaissaient notre statut d'interne.

L'étude a été menée au cours de la période marquée par la pandémie COVID qui, de diverses manières, a pu impacter nos entretiens : les entretiens n'ont pu être réalisés en présentiel mais en visioconférence, l'analyse n'a donc pas pu s'intéresser aux données de communication non verbale. De plus, les MSU étaient moins disponibles pour répondre aux demandes de recrutement : 3 MSU ont donné suite sur les 55 contactés. Plusieurs parents ont donné leur accord verbal pour participer à l'étude puis n'ont pas donné suite pour des raisons inconnues.

Ce travail de recherche qualitative est le premier réalisé par les auteurs, il y a donc un biais d'analyse.

4.3. Perspectives

Notre étude permettait de mettre en lumière plusieurs aspects de la consultation particulièrement importants pour les parents, lorsqu'ils sont reçus par un interne SASPAS.

Le lien avec l'enfant, la réalisation d'un examen clinique exhaustif et la capacité d'adaptation étaient des aptitudes plébiscitées par les parents dans notre travail. Ces compétences étaient décrites dans un document de travail du DUMG de Tours sur "Les situations que les internes de médecine générale doivent travailler en stage « santé de l'enfant »" (42). S'inspirant de l'étude sur les familles de situation proposées par Attali en 2013 (43), le DUMG de Tours a développé ce document dans lesquels on retrouve des objectifs de stage comme :

- faire un examen clinique commenté de l'enfant et être vigilant à répondre aux questions de la famille
- établir une relation avec l'enfant, le mettre en confiance et s'adresser à lui dans un environnement adapté à son âge
- écouter et prendre en compte les plaintes et l'inquiétude des parents dans leur dimension psychologique et sociale.

Les attentes pédagogiques mentionnées dans ce document de travail étaient donc en adéquation avec les attentes des parents que nous avons interrogés. Il serait intéressant que les internes SASPAS de Pays de la Loire soient aussi évalués au cours de leur stage sur leur gestion des consultations de pédiatrie en utilisant ces items.

Concernant l'organisation du SASPAS, il apparaît nécessaire d'améliorer l'information délivrée au patient concernant l'interne SASPAS, notamment au moment de la prise de rendez-vous (en particulier en cas de prise de rendez-vous par internet ou par secrétariat à distance). Également, il serait judicieux que le secrétariat propose facilement aux parents une consultation avec l'interne au moment de la prise de rendez-vous si celui-ci a déjà vu l'enfant. L'interne doit lui aussi proposer aisément aux parents de programmer les consultations de prévention avec lui, afin de créer un suivi et ainsi améliorer ses compétences dans le domaine.

Néanmoins, nous avons vu que certains parents sont attachés à recueillir l'avis de leur médecin traitant dans le suivi de leur enfant. Dans un travail de recherche s'intéressant à l'amélioration de la compétence des internes à assurer le suivi au long cours, Massé *et al.* exposaient l'idée de la programmation d'une consultation en supervision directe, à la fin du stage de l'interne SASPAS, concernant les patients dont l'interne aurait réalisé un suivi au cours du son stage (44). Ce rendez-vous aurait un double bénéfice : évaluer la prise en charge de l'interne et permettre au médecin traitant de refaire le point avec son patient. L'incitation de la programmation d'une telle consultation par les MSU nous semblerait une avancée pour la formation des internes ainsi que pour le suivi des enfants.

A ce jour, nous n'avons recensé aucune étude concernant la satisfaction des patients sur la gestion d'un suivi de longue durée par des internes en autonomie. Au moment où le cursus du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale est en train d'évoluer vers l'ajout d'une 4^e année, les résultats de notre étude semblent rassurants quant à l'acceptation des parents de la mise en place d'une telle mesure. En effet, la forme de cette 4^e année s'orienterait vers un stage ambulatoire en autonomie, comme l'exposait le Pr Vincent Renard (ancien président du CNGE) en 2019 (45). Notre travail montre que les parents adhéraient positivement au suivi de leur enfant par un interne en

médecine générale et créaient avec lui un lien particulier. Certains trouvaient même des bénéfices au fait que les consultations ne soient pas toutes réalisées par le même praticien.

Il serait intéressant de comparer nos résultats avec le vécu des parents de consultations réalisées par des internes de pédiatrie en libéral, ou bien sur des consultations concernant des enfants plus âgés comme les adolescents.

5. Bibliographie

1. Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. *Etudes Result.* août 2007 ; (588):8.
2. CNAMTS, 2002, « La consommation de soins des enfants de moins de 3 ans en France », Point de conjoncture, n°7, nov 2002.
3. Collet M., Vilain A. Le deuxième certificat de santé de l'enfant, certificat au 9ème mois (CS9), Document de travail, Série sources et méthodes, n°47, Drees, août 2014. :137.
4. Vilain A. Collet M., Vilain A. Le troisième certificat de santé de l'enfant, certificat au 24ème mois (CS24), Document de travail, Série sources et méthodes, n°53, Drees, août 2015. :129.
5. Papon S., Beaumel C. Bilan démographique 2019. Insee Première [Internet] 2020 [cité le 07/11/2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618>.
6. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, *et al.* Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DREES. mars 2021;74.
7. J. Allen, B. Gay, and H. Crebolder, The European Definition of General Practice/ Family Medicine. Short version. WONCA Europe Disponible en ligne : <http://www.woncaeurope.org/content/european-definition-general-practice-familymedicine-edition-2011-short-version>, 2011.
8. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires [Internet]. 2005 [cité le 03/05/2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires.
9. Corsale M. Vécu [Internet]. Dictionnaire de sociologie clinique. Érès; 2019 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/dictionnaire-de-sociologie-clinique--9782749257648-page-669.htm>
10. Bourdes D. Le rôle du cadre de santé et la place des parents en pédiatrie. *Soins pédiatrie puériculture* - ISSN : 1259-4792. févr 2008;(240):41-3.
11. Feng JY, Toomey SL, Elliott MN, Zaslavsky AM, Onorato SE, Schuster MA. Factors Associated With Family Experience in Pediatric Inpatient Care. *Pediatrics.* mars 2020;145(3).
12. Brousseau DC, Hoffmann RG, Nattinger AB, Flores G, Zhang Y, Gorelick M. Quality of primary care and subsequent pediatric emergency department utilization. *Pediatrics.* juin 2007;119(6):1131-8.
13. Committee on hospital care and institute for patient and family-centered care. Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics.* 1 févr 2012;129(2):394-404.
14. 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. *Médecine humaine et pathologie [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nice Sophia Antipolis. UFR de médecine; 2013. 217p.*
15. République Française. Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale [Internet]. Legifrance du 07 mai 2012 [cité le 16 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025823844/>.
16. République Française. Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé. 2004.

17. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beiss N, Ghasarossian C, Gomes J, *et al.* Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer* 2006 ;76:31-2.
18. Cuvelier Benhenida A. Satisfaction et ressenti des patients consultant un interne autonome en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013. 69 p.
19. Bourteel C. Évaluation de la satisfaction des patients reçus en consultation par un interne en SASPAS: une étude quantitative réalisée dans le Nord-Pas de Calais [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé de Lille 2. Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2015.75 p.
20. Beaujouan X. SASPAS : Enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de médecine de Créteil en avril 2007 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Val de Marne. Faculté de Médecine de Créteil; 2007. 49 p.
21. Vallée É. Ressenti des patients ayant consulté un interne en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire supervisé) au cabinet de leur médecin généraliste dans la région Rennaise en 2016 : étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire. Faculté de Médecine de Rennes; 2017. 46 p.
22. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. 1re édition. Louvain-la-Neuve, France: De Boeck Supérieur; 2015. 152 p.
23. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé. Saint-Cloud, France : GM Santé; 2021. 192 p.
24. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2e éd. Malakoff, France: Armand Colin; 2015. 128p.
25. Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non-directif en sociologie. *Revue française de sociologie*. avr 1975;16(2):229.
26. Beaumont Chouquais J. Freins et leviers des consultations de suivi des enfants de 0 à 6 ans par les médecins généralistes de l'agglomération caennaise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen-Normandie. UFR Santé; 2018. 61 p.
27. Coulon N, Fortin J, Houzelle N. Petite enfance et promotion de la santé. Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans selon une perspective socio-écologique. *La Santé de l'homme*. avr 2009;(400):12-4.
28. Simons RJ, Imboden E, Martel JK. Patient attitudes toward medical student participation in a general internal medicine clinic. *J Gen Intern Med*. mai 1995;10(5):251-4.
29. Prislín MD, Morrison E, Giglio M, Truong P, Radecki S. Patients' perceptions of medical students in a longitudinal family medicine clerkship. *Fam Med*. mars 2001;33(3):187-91.
30. Lemercier A. Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen. UFR Santé; 2013. 109 p.
31. Massat C. L'Interne en cabinet de médecine générale: opinion et critères de jugement des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2011.
32. Canévet J, Erbacher N, Senand R. Comportement de jeunes enfants en consultation de médecine générale. *Exercer*. 1 nov 2009;20:138-42.
33. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education*. 1996;30(2):83-9.
34. Auge S, Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale : point de vue du médecin et du patient [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Aix Marseille. Faculté des sciences médicales et paramédicales; 2020. 56 p.

35. Stivers T. Physician–child interaction: When children answer physicians’ questions in routine medical encounters. *Patient Education and Counseling*. 1 avr 2012;87(1):3-9.
36. Nova C, Vegni E, Moja EA. The physician-patient-parent communication: a qualitative perspective on the child’s contribution. *Patient Educ Couns*. sept 2005;58(3):327-33.
37. Lussier MT, Richard C. *La communication professionnelle en santé*. 2e ed. Pontoise, France; ERTI; 2015. 872 p.
38. Perret S, Gehri M, Pluies J, Rossi I, Akre C. Familles fréquentant un service d’accueil des urgences pédiatriques : expérience, satisfaction et besoins. *Archives de Pédiatrie*. 1 oct 2017;24(10):960-8.
39. Gemmiti M, Hamed S, Lauber-Biason A, Wildhaber J, Pharisa C, Klumb PL. Pediatricians’ affective communication behavior attenuates parents’ stress response during the medical interview. *Patient Education and Counseling*. 1 mars 2017;100(3):480-6.
40. Deffromont T. *L’interne en SASPAS : pourquoi les patients acceptent ou refusent de la voir en consultation? Étude quantitative en Haute-Normandie [Thèse d’exercice]*. [France]: Université de Rouen. UFR de médecine; 2017. 65 p. 2017.
41. Schmitt F. *Intérêt d’une consultation de médecine générale assurée par des internes en SASPAS dans un centre hospitalier en secteur de désertification médicale [Thèse d’exercice]*. [France]: Université de Clermont Auvergne. Faculté de Médecine; 2017. 104 p.
42. Cuvillier O. *DUMG - Situations à travailler en stage santé de l’enfant [Internet]*. 2018 [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: <https://dumg.univ-tours.fr/situations-a-travailler-en-stage-sante-de-lenfant>.
43. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer* 2013;108:165-9.
44. Massé J-F, Baron C, Lacaille-Urien J, Attali C, Huez J-F, Mauff PL. Comment améliorer la compétence des internes à assurer le suivi au long cours en médecine générale? *Exercer* 2008;80:23-7.
45. Cousin S. *Pr Vincent Renard, président du CNGE : « Il manque une quatrième année de DES professionnalisante » [Internet]*. *Remede.org*. [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/pr-vincent-renard-president-du-cnge-il-manque-une-quatrieme-annee-de-des.html>

6. Annexes

Annexe 1 : Liste des abréviations

Child HCAHPS : Child Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés

COREQ: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

DES : diplôme d'études spécialisées

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

MSU: Maître de Stage Universitaire

PMI : Protection maternelle et infantile

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

WONCA : World Organization of National Colleges Academies

Annexe 2 : Mail envoyé aux médecins généralistes

Objet : Être reçu par votre SASPAS : qu'en pensent les parents ?

Bonjour,

Internes en 2e année de DES de médecine générale à l'Université de Nantes, notre thèse porte sur le vécu des parents ayant consulté un interne SASPAS pour leur enfant de 0 à 6 ans, en médecine générale, en Pays de la Loire. La direction de notre thèse est assurée par le docteur Rosalie Rousseau, maître de conférence.

Pour mener à bien ce projet, nous souhaiterions réaliser des entretiens en face à face avec un parent ayant assisté à cette consultation. Nous sollicitons donc votre aide pour le recrutement.

Nous recherchons :

- Des parents d'un enfant **âgé de moins de 6 ans** ; parlant couramment français
- Ayant consulté votre interne SASPAS
- Consultation datant de moins de 3 mois

Concernant les modalités de recrutement, nous avons envisagé trois voies possibles et cumulables :

- **Par le biais d'une affiche**, installée dans la salle d'attente, présentant le sujet de l'étude et invitant le parent à nous joindre s'il est intéressé par le projet
- **Par le biais d'une fiche d'information**, que votre interne peut distribuer à la fin de sa consultation proposant également au parent de nous joindre.
- **Par accord verbal du parent**, auprès de vous ou de votre interne, vous autorisant à nous transmettre par mail (thesesaspasnantes@gmail.com) ses coordonnées (nom, prénom, numéro de téléphone et/ou mail, date de la consultation) afin que nous convenions d'un entretien.

Ci-joint ladite affiche à mettre dans la salle d'attente, ainsi que la fiche d'information à remettre au parent.

Afin de limiter les biais, nous cherchons à recruter 3 parents maximum dans votre cabinet.

Vous pouvez nous joindre par mail (thesesaspasnantes@gmail.com) ou bien par téléphone (Thomas Foret : 06 68 50 33 01 ; Clémence Barreau : 06 35 19 36 71).

En attente de votre retour,

En vous remerciant d'avance chaleureusement !

Clémence Barreau et Thomas Foret

Vous venez d'être reçu(e) en consultation par un interne pour votre enfant de 0 à 6 ans ?

Dans le cadre d'un travail de recherche en médecine générale, nous réalisons des entretiens auprès de parents.

Si vous souhaitez participer, merci de nous contacter par mail (thesesaspasnantes@gmail.com) ou par téléphone (06 68 50 33 01), ou parlez-en à votre médecin.

Barreau Clémence et Foret Thomas





UNIVERSITÉ DE NANTES



Département de
Médecine Générale

Fiche d'information - Thèse de médecine générale

Bonjour,

Vous venez d'être reçu en consultation pour votre enfant par un interne en médecine générale.

*Dans le cadre d'un projet de thèse étudiant le **vécu des parents** lors de ce type de consultation, nous souhaiterions pouvoir vous rencontrer afin d'avoir votre retour sur celle-ci.*

Si vous êtes d'accord pour participer à ce travail, vos coordonnées nous seront transmises. Nous vous contacterons dans les prochains jours afin de convenir d'un rendez vous.

L'entretien se déroulera à la date et sur le lieu de votre choix. Il durera environ 30 minutes, et sera enregistré afin d'aider à l'analyse. Les données recueillies resteront anonymes.

Vous pouvez nous contacter par mail ou par téléphone si vous avez des questions.

En vous remerciant du temps que vous accepterez de nous consacrer,

Clémence BARREAU et Thomas FORET

thesesaspasnantes@gmail.com

téléphone : 06 68 50 33 01

Guide d'entretien (version 1)

- **Parlez-moi un peu de vous et de votre enfant.**
 - *Parent : âge, profession, niveau d'étude*
 - *Enfant : âge, sexe, classe*
 - *Famille : nombre d'enfant ; vit en couple/divorcé ; lieu de résidence (rural ou urbain) ; âge du parent*

- **Décrivez-moi comment se passent les consultations pour votre enfant habituellement.**
 - Motifs de recours habituels ; suivi pour une maladie chronique*
 - Médecin traitant ? médecin de famille ? ancienneté du suivi, fréquence des consultations*
 - Cabinet de groupe ; consultation chez un médecin toujours le même ou pas*

- **Racontez-moi votre point de vue sur les internes en médecine générale ?**
 - *Connaissances*
 - *Expériences antérieures*

- **Racontez-moi comment s'est déroulée la consultation avec l'interne SASPAS pour votre enfant ?**
 - *Prise de rendez-vous : De quelle manière avez-vous reçu l'information que la consultation serait réalisée par un interne SASPAS ? comment l'avez-vous appréhendé ? Pensez-vous que les informations qui vous ont été prodiguées étaient suffisantes ? motivation pour avoir rendez-vous avec l'interne si c'était un choix (rapidité, etc.)*
 - *Environnement de la consultation : lieu familial, nombre de personnes, retard*
 - *Accueil et motif de recours : consultation en urgence ; consultation obligatoire ; suivi ; certificat de sport*
 - *Interrogatoire : questions claires, implication de l'enfant*
 - *Examen clinique : aisance, participation du parent, gestes techniques*
 - *Relation/communication : comment s'est construite la relation entre vous, votre enfant et l'interne ; qualité d'écoute, lien avec l'enfant, confiance*
 - *Qu'est ce qui fait que vous l'avez senti pas à l'aise ?*
 - *Prise en charge : explications données, prescriptions non médicamenteuses, mot dans le carnet de santé*

- **Comment vous êtes-vous senti après la consultation ?**
 - *Réponses aux attentes*
 - *Quels facteurs ont influencé votre confiance à l'égard de l'interne ?*
 - *Auriez-vous préféré que certaines choses se passent autrement ?*
 - *Y a-t-il quelque chose d'autre que vous aimeriez ajouter ?*

Guide d'entretien (version 2)

- **Parlez-moi un peu de vous, de votre enfant.**
 - *Pourriez-vous vous présenter et présentez votre enfant ?*
- **Habituellement, comment se passent les consultations pour votre enfant ?**
 - *Comment votre enfant est-il suivi ?*
 - *A quelles occasions emmenez-vous votre enfant voir le médecin ?*
 - *Comment vivez-vous habituellement les consultations avec votre enfant ?*
- **Que pensez-vous des internes en médecine générale ?**
 - *Comment avez-vous su que vous seriez reçu par un interne ? Comment avez-vous pris cette information ?*
 - *Avant cette consultation, comment imaginiez-vous le fait d'être reçu par un interne ?*
- **Racontez-moi comment s'est déroulée la consultation avec l'interne pour votre enfant ?**
 - *Comment l'interne vous a-t-il accueilli ?*
 - *Comment l'interne a-t-il réalisé l'examen physique de votre enfant ?*
 - *Quelles prescriptions ou conseils vous a délivrés l'interne lors de la consultation ?*
 - *Comment l'interne a-t-il créé un lien avec votre enfant ?*
 - *Comment l'interne a-t-il créé un lien avec vous ?*
 - *Comment vous êtes-vous senti pendant la consultation ?*
 - *Comment s'est conclue la consultation ?*
- **Comment vous êtes-vous senti après la consultation ?**
 - *Quels sont les facteurs qui ont joué un rôle dans votre vécu de la consultation ?
Qu'est ce qui a influé sur votre ressenti de la consultation ?*
 - *Auriez-vous souhaité que certaines choses se passent autrement ?*
 - *Y a-t-il quelque chose d'autre que vous aimeriez ajouter ?*

Annexe 6 : Retranscription des entretiens.

Les retranscriptions des entretiens se trouvent sur une clef USB jointe à la thèse.

Annexe 7 : Grille de codage

La grille de codage se trouve sur une clef USB jointe à la thèse.



Référence CNIL :

2220695 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 11 janvier 2021

Madame Clémence BARREAU

56 RUE PASTEUR
44340 BOUGUENAIS

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	Madame BARREAU Clémence	N° SIREN/SIRET :	
Service :		Code NAF ou APE :	
Adresse :	56 RUE PASTEUR	Tél. :	0635193671
CP :	44340	Fax. :	
Ville :	BOUGUENAIS		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 12 janvier 2021

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

Vu, le président du Jury,
Pr LAUNAY Elise

Vu, le Directeur de Thèse,
Dr ROUSSEAU Rosalie

Vu, le Doyen de la Faculté,
Pr JOLLIET Pascale

Vécu des parents d'une consultation en médecine générale menée par un interne SASPAS pour leur enfant de 0 à 6 ans : étude qualitative par entretiens individuels.

Résumé

Introduction : Dans le cadre du stage ambulatoire SASPAS, les internes de médecine générale sont amenés à recevoir en consultation des enfants de 0 à 6 ans avec leur parent. L'objectif de cette étude était de comprendre l'expérience vécue par les parents lorsqu'ils sont reçus par des étudiants et de mieux cerner leurs attentes.

Méthodes : Etude qualitative à partir d'entretiens semi dirigés, réalisés auprès de 15 parents d'enfant de 0 à 6 ans, reçus par un interne SASPAS entre janvier 2021 et juillet 2021. L'analyse des données s'est faite par théorisation ancrée, avec triangulation des données.

Résultats : L'analyse du vécu des parents montre que ceux-ci accordent une forte importance au comportement de l'interne vis-à-vis de l'enfant notamment au fait qu'il veille à son confort et qu'il cherche à créer une relation personnelle avec l'enfant. L'interne montre des compétences en structurant la consultation, en réalisant un examen exhaustif et en faisant preuve de compétences communicationnelles. Les parents adhèrent à la formation des internes par le compagnonnage. Ils découvrent une pluralité des approches avec la rencontre de différents internes. Le lien de connaissance qui se noue progressivement et les capacités relationnelles de l'interne participent au fait que celui-ci est avant tout perçu comme un médecin.

Discussion : Les attentes des parents concernant les compétences de l'interne sont en adéquation avec les objectifs pédagogiques du DES de médecine générale. Ils adhèrent au suivi de leur enfant par des internes dans la mesure où ils construisent un lien de connaissance qui permet d'établir une relation de confiance. Une consultation en supervision directe avec le maître de stage, d'un enfant suivi par l'interne pendant son stage, pourrait permettre d'évaluer les compétences de l'interne dans la gestion de la consultation pédiatrique et du suivi au long cours.

Mots clefs : vécu des parents, étude qualitative, consultation pédiatrique, interne SASPAS.

Summary

Introduction : During the last ambulatory rotation, residents of General Practice receive children from 0 to 6 years old and their parents. The aim of our study was to understand how those parents experience these visits led by residents, and explore their expectations.

Methods : Qualitative study, led by semi-structured interviews. Fifteen parents of 0 to 6 years old children, who consulted a resident during his last residency rotation between January 2021 to July 2021 were interviewed. The data analysis was based on grounded theory, with triangulation of the data.

Results : Parents care a lot about residents' behaviour toward their child, particularly regarding their child's comfort and the creation of a relationship. Residents demonstrate skills in structuring their consultation, performing an exhaustive clinic exam and using communication skills. Parents approve the residency training by companionship. They discover different approaches with each resident. Visit after visit, a relationship is created thanks to repetition and residents' relational abilities. These elements contribute to the fact that residents are perceived as doctors above all.

Conclusion : Parents' expectations concerning resident abilities match with residency educational goals. Parents agree with leaving the care of their children to residents, as long as they create a true relationship during the follow-up. An office visit in direct supervision by the resident's supervisor, of a child followed by the resident, would allow for an evaluation of residents' skills in managing a pediatric consultation and long-term follow-up.

Keys words : parents' experience, qualitative study, pediatric consultation, residency