



Perception de la protection maternelle et infantile par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès des médecins généralistes installés en Meuse

Eulalie Delannoy-Pernin

► To cite this version:

Eulalie Delannoy-Pernin. Perception de la protection maternelle et infantile par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès des médecins généralistes installés en Meuse. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01733939

HAL Id: hal-01733939

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733939>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Eulalie DELANNOY-PERNIN

Née le 30 avril 1982

le 18 février 2011

**PERCEPTION DE LA PROTECTION MATERNELLE ET
INFANTILE PAR LES MEDECINS GENERALISTES :**

Enquête qualitative auprès de médecins
généralistes installés en Moselle.

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Pierre MONIN

Président

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Juge

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Juge

Madame le Maître de Conférences associé Sophie SIEGRIST

Juge

Madame le Docteur en médecine Nelly DEQUIDT

Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseeurs :

- Pédagogie :
- 1^{er} Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »
- 2^{ème} Cycle :
- 3^{ème} Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- DPC :

Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ

Professeur Bernard FOLIGUET

M. Christophe NÉMOS

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Francis RAPHAËL

M. Walter BLONDEL

Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Didier MAINARD

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Pierre MONIN

Professeur de Pédiatrie

Merci d'avoir accepté la présidence de ce jury

et d'avoir supporté mes nombreux e-mails.

En espérant que ce travail soit à la hauteur de vos attentes,

Soyez assuré de mon profond respect.

MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Professeur en Gynécologie-Obstétrique

*Merci d'avoir accepté de juger mon travail,
à la lumière de votre expérience.*

*Merci d'organiser le DIU de formation complémentaire en
gynécologie-obstétrique si précieux pour les médecins généralistes.*

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur en Pédopsychiatrie

Vous me faites l'honneur d'apporter vos connaissances à la critique de ce travail.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Nelly DEQUIDT

Gynécologue

*Un grand merci pour toute l'aide que vous m'avez apportée
tout au long de la réalisation de ce travail.*

J'espère qu'il sera à la hauteur de vos attentes.

*Merci pour toutes les heures de lecture,
pour vos suggestions et vos encouragements.*

Et merci d'avoir partagé la passion de votre métier avec moi.

Madame le Docteur Sophie SIEGRIST

Maître de Conférences associé et Spécialiste de Médecine Générale

Chaleureux merci pour votre précieux soutien depuis notre rencontre.

Merci de m'avoir appris mon métier dans les règles de l'art.

Merci pour votre contribution et votre enthousiasme lors de cette thèse.

Travailler avec vous a été un vrai plaisir.

Et merci pour votre sympathie et votre amitié.

A Madame Joëlle KIVITS

Sociologue à l'école de Santé Publique,

Un grand merci pour votre participation à ce travail.

Merci de m'avoir transmis votre savoir sur cette méthode qualitative.

Merci pour vos précieux conseils.

Et merci de permettre à mon prénom de devenir enfin à la mode !

Docteur Philippe Badoit

Médecin Chef de la PMI de Moselle

et son équipe, en particulier Mme Boulier, Mme Mathieu et Mr Queuche,

Un grand merci pour votre gentillesse, l'intérêt que vous portez à ce travail, les précieuses informations que vous m'avez fournies et le temps que vous avez consacré à m'écouter.

A mes Maîtres de stages :

Docteur Siegrist, Docteur Bintz, Docteur Legieda,

Docteur Masson, Professeur Raphaël, Docteur Musielak,

Merci de m'avoir si bien accueillie et de m'avoir enseigné tant de choses.

Aux Médecins Généralistes ayant participé à l'étude,

Merci énormément pour le temps et l'attention que vous m'avez accordés lors de cette étude, je sais combien vous êtes sollicités à longueur d'années.

A Matthieu,

Merci, mon adorable mari, de m'avoir soutenue et accompagnée pendant cette dernière année intense en événements et en émotions... A ton tour maintenant de te mettre au boulot ! Tout mon Amour sera là pour toi.

A mes parents,

Merci pour votre belle éducation. Merci de m'avoir permis de faire les études tant désirées depuis mes treize ans. Merci de m'avoir toujours soutenue.

Merci maman de m'avoir fait réciter mes leçons jusqu'en première année de médecine.

Merci papa pour avoir traqué les fautes d'orthographe et de grammaire de cette rédaction.

Merci d'être des parents cools, fêtards et adorés de nos amis que vous accueillez volontiers autour d'un petit verre ! Je vous aime.

A mes frère et sœur,

Merci Typhaine et Charles de m'avoir supportée pendant mes deux premières années de médecine. Merci de m'avoir donné des sas de décompression tout au long de mes études, notamment quelques dîners animés.

Charles, merci pour les révisions d'anatomie et les bougies qui éclairent ma vie...

Typhaine, merci d'être là et d'être toujours partante pour faire la fête : ce soir, peut-être ?

A mes Beaux Parents,

Régine et Dominique, merci pour Matthieu. Et merci de m'avoir si bien accueillie dans votre sympathique famille.

Aux copines bordelaises,

Merci les poulettes d'avoir fait passer les premières années d'étude si vite.

Merci Marion pour ta bonne humeur (presque tous les jours) et ton amitié sans prise de tête.

Merci Stéphanie pour ta clairvoyance sur les hommes, ton sérieux quand il le faut et ton amitié inébranlable.

Merci Mélodie pour ta présence dans les moments difficiles et merci de nous faire partager tes délires.

Merci Julie pour ta sensibilité, ta prévenance, et tes danses endiablées (poteau oblige !).

A quand un passage à Metz ??

Aux copines messines (plus ou moins d'adoption),

Merci les filles d'être là et d'être vous.

Merci Julia d'avoir été si parfaite dans l'organisation de notre mariage. Et merci pour ton soutien sérieux et ton amitié ces dernières semaines en particulier...

Merci Audrey d'être là chaque jour pour partager les petits soucis quotidiens. Merci pour nos délires, nos fous rires et les cancans...

Merci Ludivine de prouver que les lorrains sont des gens géniaux, je t'adore.

Merci Anne L d'être toujours de bonne humeur, toujours partante pour une sortie et toujours là si besoin....et merci pour les lunettes !

A tous les autres,

Merci Anne et Eric de nous donner le défi de vous faire voir les côtés positifs de Metz. Merci pour vos bonnes bouteilles et la bonne bouffe qui va avec !

Merci Kevin pour tes conneries que j'adore et pour Chloé.

Merci Hubert de rester le meilleur pour Julia et merci d'être président (mieux vaut toi que Matthieu !) !

Merci Fred pour ton côté cool et toujours souriant. Ton sourire devrait s'éterniser auprès de Ludivine !

Merci Franck d'être Francky !

Merci Bruno et Fernand d'être toujours là pour faire la fête, danser et picoler. Occupez-vous bien des copines !

Merci Antoine de rendre Mélodie heureuse et merci pour ton rock and roll.

Merci Boni pour tes yeux coquins et pour Louise.

Merci Marion et Thomas d'avoir osé défier le froid du nord est. On vous adore !

Merci Nico pour mes débuts à Bordeaux, la PCEM1 et tout le reste ! Et merci d'avoir choisi Anne que j'aime tant (vivement le bal à papa).

Merci Antoine et Laurent pour les expériences de l'adolescence et pour être toujours là depuis tant d'années.

Merci Céline pour ta clairvoyance sur moi-même et tes conseils.

Merci Hugues et Claire d'être vous : stables et posés. Merci pour le prénom de votre puce !

Merci Séba d'être the best pour moi et merci pour le carton !

Merci Loïc de m'avoir donné l'envie de faire ce métier passionnant. Merci pour ton soutien tout au long de mes études et merci pour ton stétho qui ne m'a jamais quittée.

Merci Elsa et Ludovic pour votre récente venue prêt de nous, pourvu que nos emplois du temps permettent des soirées plus régulières.

Merci aux Navalais de m'avoir acceptée parmi vous, même si je ne suis qu'une pékine. Mais maintenant je suis quand même une Pinpin !

Merci Lolo, Bibi et Vincent de ne pas me permettre d'oublier les années lycée si chères à mon cœur.

Et merci à tous les autres, amis (Jessie, Diane, Stouff, Alexis etc....) et famille (les Jourdet, les LeMen, les Polge, les Motte, les Delannoy etc....) d'être vous et de ne pas partir trop loin.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	19
1. LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE	22
1. 1. Historique	23
1. 2. Organisation	26
1.2.1. Direction	26
1.2.2. Circonscriptions	26
1.2.3. Financement	26
1.3. Personnels	28
1.4. Rôles	29
1.4.1. Pour les adultes (futurs parents et jeunes mères)	29
1.4.1.1. Centres de Planification et d’Education Familiale (CPEF)	29
1.4.1.2. Périnatalité	30
1.4.1.2.1. Examen médical du futur père	30
1.4.1.2.2. Carnets de santé de la maternité	31
1.4.1.2.3. Suivi de la femme enceinte	31
1.4.2. Pour les enfants	32
1.4.2.1. Suivis pédiatriques	32
1.4.2.1.1. Consultations pédiatriques et visites à domicile	32
1.4.2.1.2. Carnets de santé de l’enfant	33
1.4.2.1.3. Bilans de santé pour les 3 à 4 ans en école maternelle	33
1.4.2.2. Enfant handicapé	34
1.4.2.3. Enfant à risque, Enfant vulnérable	35
1.4.2.3.1. Maltraitance	35
1.4.2.3.2. Actions médico-sociales préventives à domicile	35

1.4.3. Modes d'accueil des enfants	36
1.4.3.1. Assistantes maternelles	36
1.4.3.2. Etablissements d'accueil de jeunes enfants	37
1.4.4. Aide aux familles en difficulté	38
1.4.5. Vigilance épidémiologique : recueil et traitement d'informations	39

2. ENQUETE: perception de la PMI par les médecins généralistes en Moselle : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. 40

2.1. Matériel et Méthode	41
2.1.1. Intérêt du sujet	41
2.1.2. Choix de la méthode	41
2.1.3. Population étudiée	42
2.1.3.1. Nombre d'interviewés	42
2.1.3.2. Choix des interviewés	43
2.1.4. Les entretiens	44
2.1.4.1. Organisation pratique : lieu et temps	44
2.1.4.2. Guide d'entretien	44
2.1.5. Recueil des informations	45
2.1.6. Méthode d'analyse des entretiens	45
2.1.6.1. Grille d'analyse	45
2.1.6.2. Analyse des entretiens	45
2.1.6.3. Tableaux des résultats	46
2.2.6.4. Biais possibles	47
2.2. Résultats	48
2.2.1. Connaissances sur la PMI	48
2.2.1.1. Organisation de la PMI	48
2.2.1.2. Missions de la PMI	49
2.2.1.2.1. L'aide lors d'un doute sur une maltraitance	49
2.2.1.2.2. La pédiatrie	49
2.2.1.2.3. La périnatalité, la gynécologie	49
2.2.1.2.4. Les modes d'accueil des enfants	50
2.2.1.2.5. Les CPEF	50

2.2.1.2.6. Les familles en difficulté	50
2.2.1.2.7. Les visites à domicile	51
2.2.1.3. Ressenti des généralistes par rapport à leurs connaissances	51
2.2.2. Points de vue des médecins généralistes sur la PMI	52
2.2.2.1. Concurrence	52
2.2.2.2. Points de vue positifs, Utilité de la PMI	52
2.2.2.3. Points de vue négatifs, Reproches faits à la PMI	55
2.2.3. Dialogue PMI/médecins généralistes	57
2.2.3.1. Est-il suffisant ?	57
2.2.3.2. Est-il utile ?	58
2.2.3.3. Par quels moyens de communication ?	58
2.2.3.4. La PMI est-elle dans le réseau de soins des médecins généralistes ?	58
2.2.4. Suggestions pour améliorer ce dialogue	59
2.2.5. Corrélation entre le sexe, l'âge, le lieu d'exercice des participants et leurs réponses	60
2.3. Discussion	61
2.3.1. Limites de l'enquête	61
2.3.1.1. Le nombre d'interviewés était suffisant	61
2.3.1.2. La méthode utilisée était adaptée à la question posée	61
2.3.1.3. Enquêteur = Intervieweur = Médecin, une objectivité difficile à conserver	62
2.3.1.4. Des difficultés étaient à noter pendant les entretiens	62
2.3.1.5. Le point de vue de la PMI n'a pas été étudié	63
2.3.2. Dialogue PMI/médecins généralistes	63
2.3.2.1. Suffisant ?	63
2.3.2.2. Utile ?	63
2.3.2.3. PMI dans le réseau des généralistes ?	64
2.3.3. Connaissances sur la PMI	64
2.3.3.1. L'organisation de la PMI	64
2.3.3.2. Les missions de la PMI	65

2.3.4. Points de vue	66
2.3.4.1. Concurrence	66
2.3.4.2. Points de vue positifs, Utilité de la PMI	67
2.3.4.3. Points de vue négatifs	67
2.3.5. Suggestions pour améliorer ce dialogue	68
3. LE MEDECIN GENERALISTE AU CŒUR DU SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS	70
3.1. La médecine générale : des missions redéfinies	71
3.2. Les difficultés de la médecine générale	75
3.2.1. La médecine générale dévalorisée	75
3.2.2. L'inégalité de l'offre de soins selon les territoires	75
3.3. Les suggestions d'amélioration	77
CONCLUSION	81
ANNEXES	84
ANNEXE 1 : Carte des secteurs de PMI de Moselle	85
ANNEXE 2 : Couvertures des carnets de santé	86
ANNEXE 3 : Fiche explicative sur le bilan de santé des 3-4 ans	87
ANNEXE 4 : Tableau : Etat des interviewés	88
ANNEXE 5 : Guide d'entretien	89
ANNEXE 6 : Grille d'analyse des entretiens	90
ANNEXE 7 : Tableau : Connaissances des médecins généralistes sur la PMI	93
ANNEXE 8 : Tableaux : Points de vue positifs sur la PMI	94
Points de vue négatifs sur la PMI	95
ANNEXE 9 : Tableau : Dialogue entre PMI et médecins généralistes	96
ANNEXE 10 : Tableau : Suggestions d'amélioration	97
ANNEXE 11 : Plaquette récapitulative	98
LISTE DES ABREVIATIONS	99
BIBLIOGRAPHIE	100

INTRODUCTION

Au sein des territoires de santé, le médecin généraliste est un pivot. Il est spécialiste de premier recours et coordonne les soins de ses patients entre les différents spécialistes et professionnels de santé. Sa place de médecin de famille est valorisée. A l'heure de la réorganisation du système de santé français et d'une pénurie attendue de médecins, la coordination entre les différentes structures de soins est indispensable. Elle est gage d'efficacité et d'efficience dans le parcours de soins des patients. Une collaboration efficace sous-entend une bonne connaissance des compétences et ressources de chacun et une fluidité de communication.

En matière de périnatalité et de petite enfance, le dispositif de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est connu de tous. La santé des femmes, des mères et des enfants occupe un pan important de la médecine générale. La PMI s'intéresse à la même population. Les liens entre ces deux professionnels sont donc fondamentaux. Dans sa thèse de 1988, Jeanne Fresson soulignait déjà l'importance de ces échanges et leur caractère peu fréquent dans un secteur des Vosges(1). En 2008, Denis Elchardus confirme ces observations sur un secteur de Reims(2). L'année de stage réalisée au sein de six cabinets de médecine générale et les consultations de PMI auxquelles j'ai pu assister m'ont montré que ces échanges directs entre médecins généralistes et PMI semblent aussi rares en Moselle. Or, cette collaboration entre professionnels de santé d'un même secteur paraît essentielle à une bonne coordination territoriale des soins dans un souci d'économie de santé et d'amélioration de la prise en charge des patients.

L'objectif de ce travail est de découvrir les raisons de ce peu de communication et de vérifier si ce dialogue, pauvre en quantité d'échanges, est suffisant qualitativement. Le champ de notre investigation a été limité à un département puisque la PMI a une organisation départementale. La Moselle a été choisie. L'objectif est de recueillir le point de vue des médecins généralistes mosellans sur la PMI, leur perception, plus ou moins consciente, de ce dispositif. Pour cela, la méthode qualitative est la plus adaptée. Il ne s'agit pas de faire des statistiques mais de trouver, dans la vision des généralistes sur la PMI, des explications à ce manque de liens, dans un souci d'amélioration de ces échanges. Dans ce cadre, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes mosellans. Les réponses que l'on pressent sont un manque de temps partagé, un manque de connaissances entre des professionnels de santé dont le mode d'exercice est différent ou une vision négative de la PMI par les médecins généralistes, notamment une

notion de concurrence. Le but ultime reste l'amélioration de la prise en charge des patients. Des outils pour privilégier ce travail commun entre PMI et médecins généralistes seront proposés.

Après avoir décrit la PMI et rappelé son histoire, son organisation, son personnel et ses missions, nous envisagerons la vision que le médecin généraliste peut en avoir au travers de notre étude. Celle-ci fera l'objet de trois parties : les matériel et méthode, les résultats puis une discussion. Dans un troisième temps, la place du médecin généraliste dans le nouveau système de santé sera exposée.

1. LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

1.1. HISTORIQUE

Au travers des principales lois relatives à la PMI depuis sa création, se dessinent les rôles actuels de la PMI.

La Protection Maternelle et Infantile a été créée par l'ordonnance du 2 novembre 1945(3). La situation sanitaire était préoccupante à la fin de la seconde guerre mondiale et la mortalité des jeunes enfants très élevée. Cette mortalité infantile était de l'ordre de 50 pour mille, contre 4 pour mille actuellement en Moselle selon les chiffres du Conseil Général. Le dispositif devait assurer la protection médico-sociale de la future mère, de la mère et du jeune enfant de 0 à 6 ans avec :

- protection des enfants de moins de 6 ans
- délivrance des carnets de santé à la naissance
- obligation de créer ou développer les consultations prénatales ou de nourrissons dans tous les départements
- surveillance de leurs établissements
- coordination de tous les moyens disponibles privés ou publics
- augmentation des moyens financiers.

Elle était alors constituée d'assistantes sociales formées aux soins infirmiers(4).

L'objectif de 1 demi-journée de consultations pour nourrissons pour 8000 habitants (soit 5000 consultations sur le territoire) ne fut atteint que partiellement 5 ans plus tard.

En 1947, le diplôme d'état de puéricultrice fut créé, reconnaissant à une profession les connaissances des besoins des enfants(5).

Le décret du 19 juillet 1962, réorganisa la PMI : création de circonscriptions divisées en secteurs de 6000 à 9000 habitants(6). Chaque secteur fut confié à une assistante sociale avec des médecins formés en pédiatrie et gynécologie et des puéricultrices. Au niveau départemental, la PMI était dirigée par un médecin chef. Elle était alors gérée par la DDASS, sous l'autorité du ministère de la santé.

La surveillance médicale prénatale fut renforcée et celle des enfants dès la naissance fut améliorée : communication des naissances par l'officier d'état civil, visites obligatoires. Les

moyens financiers furent augmentés (reconnaissance des frais de déplacement pour les personnels de PMI, notamment). Des informations simples pour les familles furent mises en place.

La loi du 28 décembre 1967(7) , appuyée par la loi du 4 décembre 1974(8) créa les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), gratuits, accessibles à tous et garantissant la confidentialité. Un des objectifs était de lutter contre les grossesses non désirées et de promouvoir des actions de prévention et d'éducation de la santé.

Puis la loi du 15 juillet 1970 mit l'accent sur l'amélioration de la prise en charge périnatale : promotion de la santé de la future mère, de la mère et du jeune enfant et prévention des risques de handicap liés à la grossesse(9). La lutte contre la prématurité et la surveillance prénatale furent renforcées. Les conditions techniques et matérielles de sécurisation des naissances furent améliorées. Les sages-femmes ont intégré la PMI en 1975(4), de façon disparate suivant les départements.

La loi du 2 mars 1982 est le premier acte de décentralisation(10). Elle a confié la responsabilité des services de PMI aux départements. La PMI fut placée sous la responsabilité du président du Conseil Général. Les départements ont obtenu un rôle de prévention médicale, sociale et psychologique auprès des familles, femmes enceintes et enfants de moins de 6 ans.

La loi du 18 décembre 1989 a redéfini les missions de la PMI dans le cadre de la décentralisation(11). C'est le texte fondateur de la PMI sous sa forme actuelle(4). Elle fut complétée par des décrets :

- celui du 14 février 1992 sur les examens obligatoires : prénuptial, pré- et post-natal(12)
- celui du 6 août 1992 sur l'organisation des centres de planification et d'éducation familiale(13).

Des normes minimales d'activité du service départemental de PMI furent fixées, relatives aux consultations prénatales, consultations infantiles, consultations de planification familiale et relatives aux effectifs des sages-femmes et puéricultrices de la structure. Dès lors, la PMI contribue à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la maltraitance. Ses autres compétences interviennent dans le champ de l'accueil de la petite enfance : l'agrément et la formation des assistants maternels et la vérification de la sécurité et de la qualité des accueils

collectifs de la petite enfance. Les centres de planification et d'éducation familiale ont pour rôle d'informer sur la sexualité, la contraception, l'IVG et d'aider à la prescription sécurisée des contraceptifs.

La loi du 29 juillet 1998 (lutte contre les exclusions) ajouta une mission supplémentaire : l'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille particulièrement démunies(14).

Depuis 1998, le dispositif a bien sûr été impacté par différentes lois impliquant leur population d'intérêt, notamment la loi de 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé(15), celle de 2004 relative à la politique de santé publique(16) et celle de 2005 sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées(17).

La loi du 5 mars 2007 donne à la prévention en matière de protection de l'enfance une place primordiale et renforce donc l'intérêt des missions de la PMI(18). Elle renforce le rôle de la PMI dans la prévention précoce avec un entretien systématique psychosocial au cours du quatrième mois de grossesse (entretien prénatal précoce obligatoire) et un bilan de santé pour tous les enfants de 3 et 4 ans. Le président du Conseil Général est confirmé chef de file de la protection de l'enfance sur son département.

Actuellement la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) réaffirme le rôle de premier recours de la PMI, comme pour la promotion de la santé des élèves, au sein des territoires(19). Elle prévoit une coordination et des actions sur le terrain, en lien avec les médecins généralistes, notamment.

1.2. ORGANISATION

1.2.1. Direction

La PMI est un service départemental disposant d'un personnel et de moyens financiers propres. On retrouve une grande disparité de modalités d'organisation en fonction des départements. Elle est gérée par un médecin sous l'autorité du président du Conseil Général, donc du département. Leurs actes de consultations font l'objet d'un remboursement par la CPAM. Elle peut déléguer ses actions ou passer convention, avec le service public notamment, mais reste l'organisateur, le gestionnaire et le contrôleur. Son cadre d'intervention est défini par le code de santé publique : article L.2112-1 et les suivants(20).

En Moselle, le « siège » est constitué par un médecin chef, un médecin adjoint au chef, deux puéricultrices cadres supérieures de santé et des secrétaires.

1.2.2. Circonscriptions

Le territoire du département est divisé en circonscriptions d'action médico-sociale ou Unités Territoriales(21). En Moselle, il y en a 12 (annexe 1). Une circonscription correspond à 50000 habitants environ et celle-ci est découpée en secteurs polyvalents de service social de 5000 habitants environ. Dans chaque Unité Territoriale est implanté un centre médico-social de circonscription avec un responsable assisté d'un secrétariat. Il est chargé d'organiser les activités en concertation avec l'ensemble des professionnels chargés de l'action médicale ou médico-sociale. Des professionnels extérieurs à la fonction territoriale peuvent y assurer des vacations (pédiatres, médecins généralistes, gynécologues).

1.2.3. Financement

Le département assure l'ensemble du financement de la PMI. C'est le plus petit budget des départements. Il permet de financer la formation des assistantes maternelles, l'édition, l'impression et la distribution des carnets de santé, la gestion des Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) et des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et, de façon facultative, le soutien financier aux structures d'accueil de jeunes enfants, les relais maternels et les aides à domicile. Des conventions sont signées entre les caisses d'assurance

maladie et les départements afin d'appliquer le tiers payant. Des conventions complémentaires existent pour financer des actions de prévention médico-sociale (fonds d'action sanitaire et sociale des caisses primaires). Pour les CAMSP, une dotation globale annuelle est partagée par les régimes d'assurance maladie (à 80%) et le département (à 20%).

1.3. PERSONNELS

Un médecin départemental de PMI est assisté par une équipe pluridisciplinaire composée de personnels qualifiés dans le domaine médical, paramédical, social et psychologique. Des médecins sont entourés d'infirmières puéricultrices, de sages-femmes et de personnels administratifs (notamment secrétaires). D'autres métiers peuvent être rencontrés selon les départements : des travailleurs familiaux, des aides médico-psychologiques, des éducateurs de jeunes enfants, des conseillers en économie sociale et familiale, des psychologues... Les titulaires appartiennent à la fonction publique territoriale.

Des ratios de nombre de personnels par spécialité sont donnés à titre indicatif à chaque département. Il est recommandé d'avoir une sage-femme à temps plein pour 1500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente et une puéricultrice à temps plein pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente. Mais, comme le met en évidence un rapport récent de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), la disparité des moyens alloués à la PMI est très importante d'un département à l'autre et selon les secteurs en intra-départemental. Les services sont de qualité très hétérogène.

En Moselle, au 12 janvier 2011, on décompte 13 médecins, 32 secrétaires, 113 puéricultrices, 4 infirmières, 16 sages-femmes et 13 éducateurs de jeunes enfants.

1.4. RÔLES

Le dispositif de PMI a un devoir de prévention et de protection des mères et des jeunes enfants. Les principes de complémentarité et de non concurrence avec les autres acteurs de santé sont les bases du fonctionnement du dispositif PMI. Il est de son rôle de «promouvoir, maintenir et restaurer la santé, dans toutes ses dimensions, des femmes enceintes, des futurs parents et des enfants de moins de six ans », de « contribuer à la protection des mineurs en danger », de « garantir la qualité d'accueil des mineurs pour tous les modes de garde » et de « recueillir et traiter des informations en épidémiologie pour une identification des besoins de santé et un ajustement à ces besoins »(20).

Les trois grandes missions de la PMI sont définies par l'article L 2112-2 du code de Santé Publique(20). Les deux premières s'intéressent à la santé de la future mère, de la mère et de l'enfant : prévention médico-psycho-sociale des futurs parents et des jeunes enfants et surveillance des assistants maternels et des établissements d'accueil de la petite enfance. La troisième concerne la protection sociale et médicale des enfants vulnérables : enfant en danger, enfant handicapé, enfant précaire.

1.4.1. Pour les adultes (futurs parents et jeunes mères)

1.4.1.1. Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF)

Ils sont soumis aux principes de gratuité et d'anonymat. Ces éléments sont indispensables pour gagner la confiance des adolescents et des jeunes adultes. Leurs activités consistent en :

- consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité (prescription et réalisation d'examens nécessaires avant la délivrance d'une contraception).
- diffusion d'informations et actions individuelles et collectives de prévention sur la sexualité et l'éducation familiale.
- préparation à la vie de couple, à la fonction parentale avec des entretiens de conseil conjugal et familial.
- entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) (obligatoire seulement pour les moins de 18 ans depuis 2001)(22).

- entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une IVG.
- dépistage et traitement des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) ayant des incidences élevées et des conséquences sur la fertilité et du SIDA dans le cadre de leur mission de prescription contraceptive. Cette compétence de prise en charge des MST est revenue à l'Etat depuis la seconde loi de décentralisation de 2004, exception faite des départements qui ont souhaité la conserver(23).

Pour les mineurs et les non assurés sociaux toutes ces activités sont gratuites. Pour les autres, seul le dépistage des MST est à la charge des consultants.

Ces centres ont une organisation réglementée. Ils doivent être dirigés par un médecin qualifié en gynécologie obstétrique, disposer d'une personne compétente en conseil conjugal et familial, d'une sage-femme, d'un infirmier, d'un assistant du service social et d'un psychologue, voire d'un pharmacien (pour la délivrance de médicaments à titre gratuit), disposer d'installations et matériels nécessaires aux consultations gynécologiques et d'une réserve à pharmacie.

En Moselle, on compte actuellement 6 centres (Metz, Thionville, Saint Avold, Forbach, Sarreguemines et Sarrebourg) et une antenne (Ile du Saulcy à Metz) financés par le Conseil Général, réalisant des consultations, des actions de prévention sur la sexualité et l'éducation familiale, des préparations à la fonction de parent et des entretiens avant et après les IVG.

1.4.1.2. Périnatalité

1.4.1.2.1. Examen médical du futur père

L'examen prénuptial n'est plus obligatoire. Des réflexions sont en cours, menées par les professionnels de santé, pour envisager de mettre en place un examen préconceptionnel. Un examen du futur père peut être utile, accompagné de conseils de prévention et d'éducation familiale voire sexuelle. Les antécédents familiaux de handicap pourront être repérés et des sérologies de maladies sexuellement transmissibles proposées.

1.4.1.2.2. Carnets de Santé de la maternité

Ils sont édités et diffusés par le service de PMI. Ils sont délivrés gratuitement lors du premier examen prénatal. Leur contenu a été modifié en juillet 2007(24). Ils donnent des informations sur l'évolution de la grossesse, le suivi médical, les droits, les obligations des femmes enceintes et les aides auxquelles elles peuvent prétendre. C'est un carnet de bord de la grossesse. Les résultats des examens et les principales consultations relatives à la grossesse y sont retranscrits afin d'améliorer la liaison entre les différents intervenants médicaux. Ce carnet appartient à la patiente et le secret médical couvre son contenu.

En Moselle, ce document est envoyé avec les documents de la grossesse de la CPAM, grâce à une convention signée entre la CPAM et le Conseil Général (annexe 2).

1.4.1.2.3. Suivi de la femme enceinte

Le suivi de grossesse peut être réalisé en PMI sur demande spontanée de la future mère. Dans les huit jours après le diagnostic de grossesse, une déclaration de grossesse est faite (avant 14 semaines de grossesse) et envoyée à la Caisse d'Allocations Familiales(CAF). Cette information de grossesse, partagée avec la CAF, permet, avec accord de la future mère, la possibilité d'un contact et d'un suivi en PMI. A l'aide d'un logiciel sélectionnant des indicateurs médico-sociaux à risque, une prévention ciblée est effectuée. Les femmes qui présentent un risque prénatal, lié à des causes médicales et/ou sociales sont contactées et, si cela leur agréé, un rendez-vous en centre de PMI ou à leur domicile est programmé.

Dans tous les cas, la protection pré- et postnatale s'organise autour d'obligations légales : la déclaration de grossesse avant 14 semaines de grossesse et les huit examens obligatoires, à raison d'un examen prénatal par mois à partir du quatrième mois avec examen clinique, recherche d'albuminurie et de glycosurie et prescription des différents examens complémentaires recommandés et de l'examen postnatal dans les huit semaines après la naissance avec examen clinique général et gynécologique et discussion sur une éventuelle contraception. Le suivi prénatal est réalisé par un professionnel de santé choisi par la patiente. Les femmes enceintes sont suivies pour 90% par les gynécologues, 10% par les médecins généralistes et de façon exceptionnelle par la PMI. En France, ce suivi prénatal est bien réalisé, comme le rapporte l'enquête nationale périnatale de 2003.

Le suivi mensuel et les examens biologiques sont gratuits (pas d'avance de frais) lorsqu'ils sont réalisés en PMI. En dehors de ces consultations obligatoires, des interventions médico-sociales sont proposées. Ces interventions commencent par l'entretien prénatal précoce, passent par l'accompagnement au sevrage des toxiques et peuvent donner lieu à la prescription d'aides à domicile. La PMI propose également un accompagnement en sortie de maternité et se tient à disposition pour des visites à domicile les premiers jours après la sortie de la maternité(4). Les sages-femmes de la maternité peuvent prévenir le secteur de PMI concerné lorsqu'une jeune mère paraît être à risque(4).

Cette prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale et de leurs enfants est primordiale puisque la précarité augmente les risques de prématurité et de retard de croissance. Le recours aux soins de ces femmes est souvent tardif, les soins non optimaux et leurs suivis souvent interrompus(25).

1.4.2. Pour les enfants

La population pédiatrique de la PMI concerne les enfants de moins six ans.

1.4.2.1. Suivis Pédiatriques

1.4.2.1.1. Consultations pédiatriques et visites à domicile

Que ce soit en PMI ou dans les cabinets libéraux, le suivi d'un enfant se fait par un médecin, au décours des examens médicaux obligatoires. Ce sont des examens préventifs consistant en un bilan global et régulier de l'état de santé avec, notamment, dépistage d'anomalies pourvoyeuses de handicaps ou d'inadaptations. Il y a 20 examens obligatoires : le premier se fait dans les huit jours après la naissance puis un par mois jusqu'à 9 mois, puis trois examens du 13^{ème} au 25^{ème} mois et enfin deux examens par an pendant les quatre années suivantes. Lors de ces consultations, la croissance staturo-pondérale, le bon développement psychomoteur et affectif de l'enfant, le calendrier vaccinal sont contrôlés. Les anomalies ou déficiences sont dépistées le plus précocement possible. A l'issue des examens du huitième jour et des neuvième et vingt-quatrième mois, des certificats de santé obligatoires sont

remplis. L'édition, la gestion et la diffusion de ces certificats incombent à la PMI. Une attestation d'examen est envoyée à la CAF et un certificat médical confidentiel est transmis dans les huit jours au médecin départemental de PMI. Les données de ces certificats font l'objet d'une saisie par la PMI. Grâce à des critères de sélection, les enfants à risque peuvent être repérés. Les familles des enfants à risque de handicap physique ou mental ou avec des conditions de vie potentiellement dangereuses pour leur développement sont contactées. Avec leur accord, un entretien est prévu et un suivi peut se mettre en place avec prévention des risques, aides et conseils.

Ce suivi s'adresse à tous les enfants dans le cadre de consultations pédiatriques. En cas de repérage d'enfants à risque, des visites à domicile par une sage-femme, une puéricultrice ou une assistante sociale peuvent également être mises en place. Un minimum d'une demi-journée hebdomadaire de consultations pour 200 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente doit être réalisé. Ce suivi est gratuit lorsqu'il est réalisé en PMI.

En 2009, 6419 enfants ont pu bénéficier de 17103 examens médicaux en PMI en Moselle(26).

1.4.2.1.2. Carnets de Santé de l'enfant

Ces carnets de santé sont délivrés par l'officier d'Etat Civil lors de la déclaration de naissance. Leur impression et leur diffusion incombent au département qui en assure le financement. Le résultat des consultations et examens doit figurer dans le carnet de santé de chaque enfant. Son contenu est couvert par le secret médical (annexe 2).

1.4.2.1.3. Bilans de santé pour les 3 à 4 ans en école maternelle

Les objectifs de ces bilans sont :

- la surveillance de la croissance staturo-pondérale et le développement physique, psychologique, moteur et affectif des enfants.
- le dépistage des anomalies ou déficiences (troubles visuels, auditifs et du langage).
- les vaccinations : vérification et administration.
- la promotion de l'éducation pour la santé : hygiène bucco-dentaire, importance du petit déjeuner, importance du sommeil, notamment.

Une liaison entre le service de PMI et le service de promotion de la santé en faveur des élèves (santé scolaire) doit être assurée. Le médecin de PMI transmet au médecin scolaire les dossiers médicaux des enfants suivis en maternelle avant l'examen médical obligatoire au cours de la sixième année, avant l'entrée au CP (réalisé par le service de promotion des élèves de l'éducation nationale). Dans ce domaine, la disparité des contenus est telle qu'aucun regroupement de données statistiques n'est possible(27).

Dans certains départements la présence des parents est jugé indispensable lors de ces bilans, ce n'est pas le cas en Moselle (annexe 2). 11230 enfants ont bénéficié de ces bilans en 2009, en Moselle(28). Répondre aux diverses préoccupations des parents(29) et les sensibiliser le plus tôt possible à des troubles éventuellement détectés est un des objectifs de ce bilan(30).

1.4.2.2. Enfant handicapé

La PMI a un rôle dans la prévention, le dépistage de la situation de handicap chez l'enfant et le soutien aux familles d'enfants handicapés. Une information sur les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) est, en particulier, donnée aux parents concernés. La prise en charge en CAMSP est assurée, en ambulatoire, par une équipe pluridisciplinaire. Elle peut se faire en liaison avec l'école maternelle ou les établissements accueillant l'enfant. L'objectif de ces centres est de réaliser un dépistage, un diagnostic et un traitement le plus précoce possible des handicaps de l'enfant afin d'initier au plus vite une rééducation des déficits sensoriels, moteurs et mentaux pour obtenir une adaptation sociale et éducative dans le milieu de vie de l'enfant, avec la participation de celui-ci. Il s'agit de ne pas ajouter au handicap physique un handicap social. Le conseil et le soutien aux parents font également partie de sa mission pour accompagner au mieux les familles concernées. Le souci du maillage du territoire par ces CAMSP est inscrit dans les orientations gouvernementales.

En Moselle, ces centres se situent à Metz, Thionville et Saint Avold. Un projet est en cours pour Sarrebourg pour 2011. Leur financement se fait par une dotation annuelle (20% par le Conseil Général et 80% par la caisse régionale d'assurance maladie).

1.4.2.3. Enfant à risque, Enfant vulnérable

Comme le rappelle la loi de 1989, une attention particulière est portée à l'enfant vulnérable(11). Il s'agit, dans le cadre de la prévention en PMI, de détecter chaque obstacle au bien grandir qu'un enfant peut rencontrer ; comme une maladie, une insécurité, un handicap, un conflit familial etc... Les enfants à risques sont les enfants malades, les enfants handicapés, les enfants en danger et les enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

1.4.2.3.1. Maltraitance

La loi de juillet 1989(11) et celle de 2007(18) ajoutent à la PMI le rôle de prévention de la maltraitance et de prise en charge des mineurs maltraités. Cette prévention du service de PMI vient compléter la mission de protection faite par l'ASE. C'est un rôle capital. En amont de toute maltraitance, la PMI doit repérer les facteurs de risque et prévenir l'émergence de cette maltraitance dans les familles exposées. Ainsi toute difficulté sociale ou familiale (précarité, fragilité psychique, difficultés familiales, pathologies des parents ou des enfants) représente un risque de maltraitance, notamment autour de la naissance, période reconnue de plus grande vulnérabilité(31).

En pratique, la PMI reçoit des alertes d'anonymes, de médecins, d'hôpitaux, d'écoles ou de la cellule enfance en danger. Ces informations préoccupantes font l'objet d'une enquête avec des visites à domicile. Un suivi peut être mis en place avec accompagnement et étayage d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF). En cas de situation grave (absence d'adhésion de la famille, absence d'amélioration de la situation en dépit des mesures prescrites et gravité avérée), un signalement au Procureur est fait.

Ainsi, 1453 cas ont été traités par la PMI en 2007 en Moselle, entraînant 2121 visites à domicile. Le nombre d'enfants signalés au Procureur en 2007 a finalement été de 251(32).

1.4.2.3.2. Actions médico-sociales préventives à domicile

Les visites à domicile ont été autorisées, pour le personnel de PMI, en 1975. Elles permettent de renforcer la protection des femmes enceintes dont l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale nécessite une protection particulière. La visite à domicile rend compte

du contexte familial et social des familles. C'est un outil irremplaçable que connaît bien le médecin généraliste qui peut lui aussi réaliser ces visites afin d'appréhender le lieu de vie du patient. La priorité est mise sur l'éducation et l'information aux familles plus que sur la répression.

1.4.3. Modes d'accueil des enfants

Les femmes sont de plus en plus actives. L'accueil des enfants est une vraie problématique. Ils peuvent être confiés de façon collective ou individuelle, à la famille (plus de 50%) ou à une assistante maternelle. Ces établissements d'accueil de jeunes enfants et le domicile des assistants maternels deviennent des lieux de vie pour les enfants. Ils sont des lieux de socialisation et de développement. Il est essentiel que ces lieux permettent au développement des enfants d'être le plus harmonieux possible. Ainsi leur contrôle se doit d'être rigoureux et organisé. C'est la PMI qui détient la compétence en ce domaine.

Depuis trois ans, le Conseil Général de la Moselle s'implique aux côtés de la Caisse d'Allocations Familiales pour mettre en place le Plan Petite Enfance 2007-2011. Le but est de créer plus de 3600 places d'accueil supplémentaires en 5 ans. L'objectif est de créer 1000 places en accueil collectif (661 ont déjà été créées) et 2670 places d'accueil individuel (1698 ont déjà vu le jour)(33).

1.4.3.1. Assistantes Maternelles

La délivrance des agréments des assistantes maternelles est faite par la PMI. Au 12 janvier 2011, leur nombre était de 8600 en Moselle(32). La délivrance de cet agrément aux assistantes maternelles reconnaît leur professionnalisme. Le retrait, la restriction, le non renouvellement ou le renoncement à l'agrément d'assistante maternelle se fait par passage en Commission Consultative Paritaire Départementale. Il existe deux types d'agréments : non permanents et permanents (anciennement assistantes familiales) pour celles qui accueillent les enfants de l'ASE. Certaines assistantes maternelles ont les deux agréments. Les candidats à cet agrément en font la demande. Il s'en suit une enquête et une formation avant l'accueil du premier enfant.

Cette formation est organisée par les professionnels de PMI et est assurée par un organisme prestataire. La division de la PMI conserve la maîtrise du contenu des actions de formation en concertation avec les organismes formateurs. Cette formation est destinée à aider les assistantes maternelles dans leurs tâches éducatives. Le temps de formation a été doublé ces dernières années en Moselle, il est passé de 60 à 120 heures avec en plus 7 heures de secourisme.

Des Relais d'Assistants Maternelles (RAM) sont subventionnés, en Moselle pour partie par le Conseil Général mais surtout par les communes regroupées en communauté de communes. Leur mission est de favoriser la rencontre et les échanges entre les assistantes maternelles et les parents. Ils y sont informés de leurs droits et devoirs.

Les personnes non agréées sont incitées à travailler dans le cadre de l'agrément. La formation des assistantes maternelles y est promue. Les assistantes maternelles sont accompagnées dans l'exercice de leur métier pour rompre leur isolement.

Les parents y sont aidés à endosser leurs responsabilités d'employeur.

Il y a actuellement 16 RAM répartis sur le territoire de la Moselle (Amnéville, Hagondange, Hayange, Longeville-les-Metz, Maizières-lès-Metz, Metz, Mondelange, Montigny-lès-Metz, Phalsbourg, Rohrbach-Lès-Bitche, Roussy-le-Village, Rustroff, Saint Avold, Sarrebourg, Sarreguemines et Thionville) et le Plan Petite Enfance devrait en faire apparaître trois de plus(33).

1.4.3.2. Etablissements d'accueil de jeunes enfants

Les lieux d'accueil des enfants hors du domicile de leurs parents ou des assistantes maternelles sont également contrôlés par la PMI. Tout établissement qui accueille des enfants de façon collective est concerné : les crèches collectives, les crèches parentales, les crèches familiales, les haltes garderie, les jardins d'enfants, les centres de vacances et les centres de loisirs sans hébergement.

- Pour les établissements et services de droit privé, la création, l'extension et la transformation de tels établissements sont subordonnées à une autorisation délivrée par le président du Conseil Général, par l'intermédiaire de la PMI, après avis du maire de la commune d'implantation.

- Pour les établissements et services publics, la décision revient à la collectivité publique concernée, après avis du président du Conseil Général.
- Pour les centres de vacances ou de loisirs, publics ou privés, la décision appartient au Préfet après avis du médecin départemental de la PMI.

Ce contrôle, sur documents et in situ, évalue les conditions de sécurité, sanitaires et éducatives, d'accueil des enfants.

Ces établissements « multi-accueil » sont de plus en plus nombreux et proposent de plus en plus de places au détriment des structures « mono-accueil ». Depuis 2007, ils représentent plus de la moitié (57%) de l'ensemble des capacités d'accueil collectif des jeunes enfants(34). Ils ont vocation au bien grandir et également au dépistage. Les personnels doivent y être bienveillants et attentifs et savoir entendre les symptômes des enfants afin de dépister, par exemple, des troubles sensoriels le plus précocement possible(35).

1.4.4. Aide aux familles en difficulté

Les familles (couples ou femmes seules) avec des enfants en bas âge et avec des difficultés d'ordre médical ou social peuvent être prises en charge en PMI, à leur demande ou à l'initiative de professionnels (staff médico-psycho-social des maternités, par exemple). Un suivi est alors proposé et les aides sont mises en place afin de permettre aux familles de se construire et de poursuivre l'éducation de leurs enfants à domicile. Si le maintien des enfants chez leurs parents est jugé dangereux, des décisions sont prises mais l'objectif est d'apporter l'aide nécessaire pour permettre aux familles de rester unies en sécurité. La coordination est ici primordiale. La structure PMI peut permettre de coordonner les différentes structures utiles lorsqu'une famille est en difficulté. Elle travaille notamment avec l'Aide Sociale à l'Enfance, en interne, avec le service social et en externe avec tous les acteurs de la famille et des enfants, l'éducation nationale, les établissements scolaires ou d'accueil des enfants, les professionnels de santé, la justice, la Caisse d'Allocations Familiales... Elle doit savoir ouvrir les bonnes portes pour ces familles démunies(36). Ainsi, le soutien et l'éducation transmis par les sages-femmes peuvent être complétés par des aides à domicile : auxiliaire de vie sociale ou Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale, donnant en plus une aide éducative.

1.4.5. Vigilance épidémiologique : recueil et traitement d'informations

La PMI se doit d'effectuer un recueil et un traitement des informations en épidémiologie et en santé publique. En ce qui concerne les parents, les données sont recueillies au travers des CPEF. En ce qui concerne les femmes enceintes, elles sont recueillies dans les déclarations de grossesse, les entretiens prénataux et les visites à domicile. En ce qui concerne les enfants, les données sont recueillies dans les extraits d'acte de naissance, les certificats de santé, les bilans des 3 à 4 ans, les visites à domicile, les consultations de pédiatrie préventive et les copies d'actes de décès des enfants de moins de six ans. Elles concernent notamment les IVG des mineures, les grossesses mal ou non suivies, la mortalité maternelle, les handicaps des enfants et leur nature, le nombre d'enfants de moins de six ans décédés. Le suivi de certains indicateurs de santé et leurs analyses permettent, au niveau départemental, d'élaborer des programmes ciblés de prévention de santé de la mère et de l'enfant. Les besoins de santé sont identifiés et l'offre de soins peut être ajustée à ces besoins. Mais il n'y a pas de statistiques nationales car il existe une disparité des modalités de recueil d'un département à l'autre. La mise en œuvre des actions en PMI est laissée à l'appréciation du département. Ainsi les allocations de moyens et de personnels varient du simple au double d'un département à l'autre. La région Lorraine a pris l'initiative de regrouper les données des bilans des 3 à 4 ans.

Des missions de santé publique essentielles dans la prévention des femmes et des enfants sont donc confiées à la PMI. Les rapports qu'elle peut avoir avec les autres acteurs de santé sont un élément moteur dans la prise en charge des patients qu'elle peut aider. Ses liens avec les médecins généralistes sont indispensables. L'enquête proposée a pour objectif d'évaluer le point de vue des médecins généralistes sur la PMI afin d'étudier la qualité du dialogue entre PMI et médecins généralistes en Moselle.

2. ENQUETE :

perception de la PMI par les médecins

généralistes en Moselle :

étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

2.1. MATERIEL ET METHODE

2.1.1. Intérêt du sujet

L'intérêt d'une collaboration entre les différents soignants est mis en avant dans toutes les réflexions sur notre système de soins. Or, le manque de liens entre médecins généralistes et PMI semble persister. Il a déjà été observé en 1988 par Jeanne Fresson dans sa thèse sur un secteur des Vosges(1). Et il a été confirmé en 2008 par Denis Elchardus sur un secteur de Reims(2). Ces deux travaux se sont nourris de questionnaires envoyés à des généralistes pour évaluer la collaboration entre ces deux acteurs de santé. Ils concluaient tous les deux à un manque quantitatif de communication entre PMI et généralistes.

L'objectif de notre travail est d'évaluer ce dialogue sur le plan qualitatif et d'identifier les obstacles à la communication du point de vue des médecins généralistes pour proposer des pistes d'amélioration. La PMI étant un service départemental, il est important de se concentrer sur un seul département. Chaque service de PMI est géré de manière différente d'un département à l'autre. Le choix de la Moselle a été fait pour une question de commodité et d'intérêt personnel puisque nos lieux d'exercice et d'habitation se situent dans ce département.

Nous nous attendons à identifier une insuffisance de ce dialogue, un manque de temps pour ces communications, un manque de connaissances des médecins généralistes sur la PMI et une vision négative de certains d'entre eux sur cette structure (inutilité, concurrence). Ces idées d'explication vont guider le travail. Nous nous attacherons à la recherche de facteurs explicatifs et de voies de progrès.

2.1.2. Choix de la méthode

On cherche à vérifier ces hypothèses et bien sûr à trouver des explications dans la vision des généralistes. On souhaite explorer les pensées plus ou moins avouables des généralistes sur cette structure, leur état d'esprit sur la PMI, analyser le sens que les médecins donnent au rôle de la PMI et à ce dialogue avec elle. L'intérêt n'est pas d'être représentatif ou de faire des statistiques mais bien de découvrir l'état d'esprit des généralistes vis-à-vis de la

PMI ; cette perception intime des généralistes sur la PMI pouvant certainement expliquer ce nombre faible d'échanges.

La méthode qualitative est la méthode de choix pour découvrir ces perceptions. L'écoute et la forme ouverte d'une discussion en face à face est idéale pour permettre aux participants d'exprimer leur avis, leurs représentations sur un thème(37).

Nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-dirigés car il est plus facile de prendre rendez-vous avec un généraliste plutôt que de réunir de nombreux généralistes pour un focus group. Les emplois du temps des médecins généralistes sont, en effet, très chargés.

2.1.3. Population étudiée

2.1.3.1. Nombre d'interviewés

Nul besoin de représentativité, donc nul besoin d'un nombre minimum de participants. « Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires »(37). La finalité consiste à arriver à « saturation ». L'enquête est terminée quand un entretien n'apporte plus aucune idée nouvelle. Lors des premiers entretiens, certaines idées se répètent mais on trouve encore des visions nouvelles. La saturation est le moment où toutes les idées ont été dites et où un entretien n'apporte rien de nouveau. Ainsi, il est difficile de déterminer à l'avance le nombre de participants nécessaire, cela se décide au fur et à mesure des entretiens. « Et ce n'est qu'après avoir jugé ce point de « saturation » atteint que l'on peut effectivement considérer la campagne d'entretiens close »(37).

Avec l'aide de Joëlle Kivits, sociologue à l'école de santé publique très investie dans le domaine du qualitatif, nous avons décidé de commencer par une dizaine d'entretiens. Quatorze médecins généralistes ont été contactés par téléphone. Après avoir entendu brièvement l'objet de notre étude, treize ont accepté un rendez-vous pour faire l'entretien. Un de ces treize n'était pas présent au rendez-vous. Le nombre d'entretiens a donc été douze. Les deux derniers des douze entretiens n'ont pas apporté d'idée nouvelle. La décommande du treizième n'a donc pas été préjudiciable, la saturation ayant été atteinte.

Chaque entretien a été désigné par un nombre et chaque participant sera nommé Docteur (Dc) suivi du numéro de l'entretien correspondant.

L'intervieweur sera nommé par ses initiales, ED (Eulalie Delannoy).

2.1.3.2. Choix des interviewés

Nous avons décidé d'interviewer des médecins généralistes installés en Moselle. Ils ont été sélectionnés par réseau de connaissances de manière à obtenir une diversité : des participants de sexe, d'âge et de lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural) différents. Il était important de rencontrer des généralistes de type différent pour récolter tous les points de vue. Une femme peut en effet avoir un point de vue différent d'un homme, de même, un jeune installé peut avoir une vision différente d'un ancien et un médecin de campagne peut avoir un point de vue différent d'un médecin de ville sur la PMI.

Ainsi nous avons interviewé 3 femmes et 9 hommes ; 2 généralistes de moins de 40 ans, 4 entre 40 et 55 ans et 6 de plus de 55 ans ; 7 installés en ville, 3 en semi-rural et 2 en campagne.

Afin de mieux qualifier ces généralistes, nous leur avons demandé s'ils avaient déjà exercé en PMI et quel était le niveau social de leur patientèle. 2 des généralistes avaient exercé pendant des années en PMI, 3 autres avaient réalisé quelques consultations en PMI lors de stages d'interne ou de remplacements en début de carrière et les 7 autres n'avaient jamais exercé en PMI. 2 des interviewés avaient une patientèle de « haut niveau social », 6 autres « moyen » et 4 autres « bas ».

Le tableau en annexe 4 regroupe l'ensemble des informations pour chaque généraliste.

L'utilisation de notre réseau de connaissances a permis de choisir les généralistes en fonction des critères cités ci-dessus et de les intéresser plus facilement. C'est certainement ce qui a permis de n'essuyer qu'un seul refus.

2.1.4. Les entretiens

2.1.4.1. Organisation pratique : lieu et temps

L'important était d'instaurer un climat de confiance afin que le médecin interrogé laisse libre cours à l'expression de ses sentiments à propos de la PMI. Les entretiens ont été effectués au cabinet ou au domicile des participants ; un lieu connu permettant aux interviewés d'être plus à l'aise pour discuter et se livrer.

Les rendez-vous ont été pris en fin de consultations ou lors de demi-journées libres afin que l'entretien ne soit pas écourté. Une durée d'au moins une heure avait été demandée pour chaque entretien.

Les entretiens ont été réalisés entre mars et mai 2010.

2.1.4.2. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé. Il a constitué une base de travail pour chaque entretien. Le sujet principal et les différents thèmes en rapport y ont été reportés. Il a été élaboré grâce aux différentes hypothèses et a été testé au cours d'un entretien pilote n'ayant pas été inclus dans l'étude. Des questions concrètes ont été juxtaposées à chaque thème concerné afin de faciliter le déroulement des entretiens. Il est « un simple guide, pour faire parler les informateurs autour du sujet, l'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème »(38). « Le guide d'entretien se distingue ainsi du protocole du questionnaire dans la mesure où il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours »(37).

Chaque entretien a débuté par une présentation brève de l'étude, suivie par les questions sur l'état civil des généralistes (sexe, âge, lieu d'installation, exercice en PMI, niveau social de la patientèle) puis par une question ouverte de l'intervieweur sur la PMI. Chaque participant a répondu à sa façon et le guide d'entretien a permis à l'intervieweur (qui était aussi l'enquêteur) d'aborder tous les thèmes sans oubli, en réorientant simplement certains propos pour laisser se faire des associations d'idées. Le guide a été enrichi au fur et à mesure des entretiens, notamment avec les idées d'une plaquette récapitulative et de séances

de Formation Médicale Continue (FMC) sur la PMI, qui ont été proposées à partir du cinquième entretien.

Le guide d'entretien final figure en annexe 5.

2.1.5. Recueil des informations

Les entretiens ont été enregistrés au magnétophone puis retranscrits à l'écrit en intégralité afin de faciliter leur analyse.

2.1.6. Méthode d'analyse des entretiens

2.1.6.1. Grille d'analyse

Afin de faciliter l'analyse des entretiens et de permettre une analyse équivalente d'un entretien à un autre, une grille d'analyse a été effectuée. Elle a été élaborée à partir du guide d'entretien et reprend les thèmes et hypothèses à étudier. On a ainsi analysé les entretiens en séparant les principaux thèmes : connaissances des généralistes sur la PMI, points de vue des généralistes sur la PMI, dialogue PMI/généralistes et suggestions d'amélioration. Chaque thème principal contenait des questions plus précises.

Cette grille, et donc les différentes questions étudiées, se situe en annexe 6.

2.1.6.2. Analyse des entretiens

Les entretiens ont été réécoutés et relus. Avec l'aide de cette grille d'analyse, ils ont été étudiés d'abord un par un : c'est l'analyse par entretien. Dans chaque entretien, les pensées du participant vis-à-vis de tel ou tel thème ont été décodées. « Il s'agit de rendre compte pour chaque entretien de la logique du monde référentiel décrit par rapport aux hypothèses. Le mode de découpage est variable d'un entretien à l'autre »(37).

Puis chacun des thèmes a été analysé au travers des différents entretiens : c'est l'analyse thématique. « L'unité de découpage est le thème qui représente un fragment de discours. [...]Le mode de découpage est stable d'un entretien à l'autre »(37).

2.1.6.3. Tableaux des résultats

Pour chaque thème, les réponses et idées des généralistes ont été classées dans des tableaux afin de synthétiser les résultats. Un tableau sur les connaissances des généralistes sur la PMI est placé en annexe 7, deux autres sur les points de vue (positifs puis négatifs) des généralistes sur la PMI en annexe 8, un autre sur le dialogue PMI/ généralistes en annexe 9 et un dernier sur les suggestions données par les généralistes pour améliorer ce dialogue en annexe 10.

Pour les connaissances des généralistes sur la PMI, lors de chaque entretien, nous avons demandé au participant quelles étaient pour lui les rôles ou missions de la PMI. La mission a été considérée comme connue (notée d'un sigle + dans le tableau) lorsqu'elle a été abordée spontanément par l'interviewé. Elle a été considérée comme non connue (notée d'un sigle – dans le tableau) lorsqu'elle n'a pas été abordée par l'interviewé. Et elle a été notée par le sigle +/- dans le tableau, lorsque l'interviewé s'est posé ou nous a posé la question pendant l'entretien : par exemple dans l'entretien 7 :

Docteur 7(Dc 7) : « C'est la PMI aussi le suivi de grossesse ? [...] Ici, il y a des adolescentes qui vont, mais est-ce que c'est la PMI, des adolescentes qui vont au centre de planning familial¹ ? »

Pour les points de vue des généralistes sur la PMI et les suggestions d'amélioration, chaque idée retrouvée a été retranscrite dans le tableau et marquée d'un sigle + lorsque l'interviewé a dit la penser ou y être favorable.

Pour le dialogue PMI/généralistes, les questions posées étaient des questions fermées et les réponses affirmatives ou négatives ont été retranscrites dans le tableau par un OUI ou un NON.

^{*1} Le planning familial est souvent confondu avec les CPEF. Il est assuré par une association qui informe et oriente mais ne consulte ni ne prescrit, contrairement aux CPEF.

2.1.6.4. Biais possibles

Un entretien est le fruit de l'interaction entre deux personnalités qui ont leurs propres sentiments sur le thème de la recherche. L'étude qualitative trouve ses limites dans la subjectivité des interventions de l'intervieweur (qui est aussi l'enquêteur, ici) lors des entretiens. L'analyse des propos recueillis ne peut pas non plus être pleinement objective. Néanmoins, de grandes précautions ont été prises pour ne pas influencer les propos des interviewés et pour en retranscrire le sens au plus juste.

2.2. RESULTATS

Après un exposé des connaissances des médecins généralistes sur la PMI, leurs points de vue sur cette structure seront décrits. Les données recueillies sur le dialogue PMI/médecins généralistes au regard des généralistes seront ensuite exposées ainsi que les suggestions données pour l'améliorer.

Chaque partie peut être lue à la lumière du tableau correspondant pour savoir l'auteur de telle ou telle idée.

2.2.1. Connaissances sur la PMI

Les informations recueillies sur les connaissances des médecins généralistes sur la PMI sont dans le tableau en annexe 7.

Tous les interviewés connaissaient le nom et donc la définition de la PMI.
Dans l'entretien 1, l'interviewé débutait même spontanément par cela :

Dc 1 : « par définition c'est la Protection Maternelle et Infantile »

2.2.1.1. Organisation de la PMI

Sept interviewés sur douze ne connaissaient pas l'organisation de la PMI, en particulier sa gestion départementale par le Conseil Général.

Dans l'entretien 8 :

Eulalie Delannoy (ED) : « sinon au niveau politique, je dirais, est-ce que vous avez un peu de notions de comment ça fonctionne ?

Dc 8 : Non, pas du tout. »

Dans l'entretien 12 :

« ED : Et sinon, au niveau politique, au niveau de l'organisation de base de la PMI, est-ce que vous avez des choses particulières à dire ?

Dc 12 : Je ne crois pas non. Je ne connais pas bien, alors je ne crois pas.»

Les cinq autres avaient une vision concrète de cette gestion. En dehors d'un manque de moyens avancé par certains (nous le verrons dans les points de vue négatifs), rien n'a été dit sur cette organisation : pas de reproche, pas d'avis particulier.

2.2.1.2. Missions de la PMI

2.2.1.2.1. L'aide lors d'un doute sur une maltraitance

Huit médecins sur douze connaissaient l'aide que peut apporter la PMI en cas de doute sur une maltraitance. Les quatre autres ne l'abordaient jamais dans l'entretien.

2.2.1.2.2. La pédiatrie

Tous les interviewés abordaient la mission de surveillance des enfants. C'était même la mission abordée en premier par chacun.

C'est clairement évoqué dans l'entretien 7 :

Dc 7 : « C'est-à-dire que quand vous me dites PMI, la première chose qui s'allume dans ma tête, c'est la consultation de nourrissons »

2.2.1.2.3. La périnatalité, la gynécologie

Huit interviewés abordaient spontanément ce rôle de la PMI.

Trois ne l'abordaient pas ou ont dit clairement ne pas le connaître lorsque la question a été posée directement.

Dans l'entretien 10 :

ED : « est ce que vous avez notion que certaines femmes sont suivies chez eux pour les grossesses par exemple ?

Dc 10 : Non.»

ED : « vous avez des femmes qui vont voir la PMI ?

Dc 10 : je ne sais pas, je ne sais pas du tout »

Un des médecins n'était pas sûr de lui et a demandé à l'intervieweur si c'était la PMI qui s'occupait de la périnatalité :

Dc 7 : « c'est la PMI aussi le suivi de grossesse ? »

2.2.1.2.4. Les modes d'accueil des enfants

Un des interviewé a abordé cette mission de la PMI, ayant été confronté à des demandes de certificats pour une assistante maternelle.

Les autres ne connaissaient pas cette mission.

2.2.1.2.5. Les CPEF

Deux des médecins généralistes se sont demandés au cours de l'entretien si c'était bien la PMI qui gère les centres de planification et d'éducation familiale.

Dc 7 : « mais est-ce que c'est la PMI, des adolescentes qui vont au centre de planning familial ? »

Dc 8 : « Elle s'occupe aussi des pilules et des trucs comme ça je crois, non ? [....] Après il y a aussi tout ce qui est avortement, je crois que c'est eux aussi qui s'en occupent. »

Ils n'en étaient pas sûrs.

Les dix autres ne l'ont pas abordé.

2.2.1.2.6. Les familles en difficulté

Tous les interviewés connaissaient cette mission, que les difficultés soient financières, humaines ou autres.

Dc 6 : « Moi, je dirais pour les gens les plus fragiles. Pas défavorisés forcément, mais c'est sûr qu'il y a une partie des gens qui sont précaires et puis il y a des gens qui ne sont pas précaires financièrement mais précaires sur le plan vie, hein, quelque part. C'est là je pense qu'il y a le plus intérêt à travailler ensemble. »

2.2.1.2.7. Les visites à domicile

Six des interviewés ont abordé le passage de personnels de PMI au domicile des patients, que ce soit pour les suites de couches, la pédiatrie ou les enquêtes de maltraitance.

Les six autres ne l'ont pas abordé.

2.2.1.3. Ressenti des généralistes par rapport à leurs connaissances

Sans parler de telle ou telle mission, sept participants sur douze pensent ne pas bien connaître la PMI, ils l'expriment :

Dc 1 : « C'est flou tout ça, il n'y a pas de chose très précise. »

Dc 3 : « Je confonds peut-être »

Dc 5 : « Alors, je ne sais pas quelles sont leurs missions. [...] Oui, quelles sont leurs missions évidentes, peut-être qu'on me l'a dit à la fac, mais je ne m'en souviens plus trop. »

Dc 6 : dit bien connaître la structure PMI mais lorsque l'on aborde les médecins de PMI dit : « Je ne sais pas ce qu'ils fabriquent. »

Dc 7 : « Donc, non, la PMI, moi, je ne sais pas réellement ses avantages, ses inconvénients, son efficacité, je ne sais pas. [...] Non, mais je crois qu'on ne sait pas trop à quoi sert la PMI. »

Dc 8 : « Parce que je suis sûr qu'on n'est pas au courant de toutes les activités. Et donc, rien que ça, ça serait bien. Un côté informatif, savoir ce qu'ils font. »

Dc 11 : « Et bien en gros, je les connais mal. Donc, je ne sais pas très bien ce qu'ils font »

2.2.2. Points de vue des médecins généralistes sur la PMI

Après avoir évoqué la concurrence, les points de vue positifs puis négatifs des médecins généralistes interviewés sur la PMI seront exposés.

2.2.2.1. Concurrence

Aucun des interviewé ne trouvait qu'il y avait une concurrence entre la PMI et les médecins généralistes. Plusieurs ont évoqué le fait que cette concurrence existait il y a de nombreuses années, mais s'accordaient à dire qu'au vue de la charge de travail importante des généralistes actuellement, la concurrence a disparu :

Dc 9 : « Oui, il y aurait pu y avoir une concurrence. [...] dans le secteur ça ne gêne personne parce que tout le monde a du travail. Le problème il est très simple, s'il n'y a pas assez de boulot, c'est sûr qu'à ce moment-là il y a des requins, des mecs qui ne peuvent pas accepter qu'on prenne un acte. Quand les mecs sont surbookés, c'est-à-dire que du matin au soir ils ont des clients, ils se disent un acte de moins dans la journée, c'est pas un problème, à la limite ils préfèrent, parce que ça va surcharger leurs consultations de la journée. Donc à une époque, c'était quand même une concurrence, mais plus maintenant. »

2.2.2.2. Points de vue positifs, Utilité de la PMI

Les commentaires positifs sur la PMI de tel ou tel interviewé ont été récapitulés dans le premier tableau de l'annexe 8.

L'utilité de la PMI n'a été remise en cause par aucun des participants, surtout vis-à-vis des populations défavorisées.

La gratuité des consultations de PMI a été mise en avant par sept des douze interviewés.

Dc 3 : « D'autre part, l'intérêt de la PMI, c'est qu'elle ne coûte rien, elle est gratuite. »

L'utilité des passages à domicile des personnels de PMI a été soulignée par sept des interviewés, en particulier pour les suites de couche ou les enquêtes de maltraitance.

Cette utilité a été mise en avant par rapport à l'impossibilité des médecins généralistes de passer à domicile régulièrement. Le temps limité ne leur permet plus d'assurer ces visites à domicile que dans le cadre d'un maintien à domicile (V+MD).

Dc 1 : « ils ont aussi, en cas de grossesse, la sage-femme qui intervient, qui peut intervenir à domicile, les infirmières aussi de PMI qui peuvent intervenir. Nous, ça, c'est un service qu'on ne peut pas proposer, en tout cas pas directement, mais on peut, si on en ressent le besoin, contacter la PMI et mettre ça en route. »

L'intérêt de la PMI dans le cadre de la prévention, de l'éducation, c'est-à-dire de la santé publique a été abordé par quatre des médecins.

Dc 2 : « c'était un service rendu à la population très intéressant parce qu'on pouvait d'abord apporter une surveillance sur l'évolution de la santé des enfants en ce qui concerne les pathologies intercurrentes et renvoyer vers les médecins traitants. On pouvait surveiller les enfants en terme de prévention, par rapport à toutes les vaccinations, aux conseils hygiéno-diététiques et à la prescription de vitaminothérapie »

La qualité du travail et du suivi réalisés en PMI a été décrite par trois des interviewés.

Dc 2 : « le travail en PMI, encore maintenant, s'est toujours passé dans une bonne ambiance, toujours du travail de qualité. On peut faire confiance aux infirmières et au personnel de PMI. »

L'intérêt de faire appel à la PMI lors d'un doute sur une maltraitance a été mis en avant par deux des interviewés, la structure réalisant une enquête avant de décider de faire un signalement et de séparer une famille.

Dc 12 : « L'histoire des enfants en difficultés, comme ça, ou de maltraitance à enfants, ce serait bien que ça passe par l'intermédiaire de la PMI pour une intervention après, plus que par les systèmes judiciaires. Si on pouvait, à ce moment-là, demander l'intervention de la PMI pour sauvegarder les enfants. »

Le rôle de la PMI dans les vaccinations a été considéré comme utile par deux des médecins généralistes interviewés. Ceux-ci envoient en effet leurs patients réaliser systématiquement un ou plusieurs vaccins en PMI.

L'aide au médecin généraliste dans des situations complexes où la réponse médicale doit être complétée d'une réponse sociale a été mise en avant par Docteur 4 :

Dc 4 : « Et puis nous on sent que seul, on ne pourra pas suffisamment aider les familles, parce que c'est vrai que c'est assez lourd. [...] c'est vrai que la PMI peut aller les voir à domicile, une aide pas que médicale aussi »

L'utilité de la professionnalisation des Assistantes Maternelles et leur suivi, gage de qualité dans ce mode d'accueil des enfants a été abordée par Docteur 5.

Docteur 7 a également appuyé l'intérêt que la PMI aura dans des secteurs où les médecins généralistes ne seront plus présents, faute d'un nombre suffisant :

Dc 7 : « là où il n'y a plus de médecin généraliste, heureusement qu'il y a peut-être la PMI. [...] Moi je pense que heureusement qu'ils sont là et heureusement qu'ils vont être là, parce que là, il va y avoir une pénurie terrible et s'il y a un organisme comme ça qui peut au moins faire de la surveillance de grossesse et de la prévention chez le nourrisson, c'est tant mieux. »

L'utilité de la PMI plutôt en ville, où la population est plus dense et donc où le nombre de personnes défavorisées est statistiquement plus élevé a été évoquée par Docteur 8.

L'intérêt de la structure PMI avec des centres locaux a été évoqué par Docteur 9. Si le centre de PMI n'était plus local, les familles ne se déplaceraient plus aux consultations de nourrissons.

Docteur 10 a mis en avant l'utilité de la PMI lors de cas de contagés tuberculeux. Il a expliqué adresser ces cas directement en PMI.

2.2.2.3. Points de vue négatifs, Reproches faits à la PMI

Le second tableau en annexe 8 permet d'attribuer à chaque interviewé tel ou tel commentaire négatif sur la PMI.

Le manque de transmissions et de retours sur les suivis faits en PMI a été souvent répété par les sept interviewés qui l'ont abordé.

La difficulté pour les joindre, difficulté pour savoir qui appeler et à quel numéro, a été reprochée à la PMI par cinq médecins généralistes sur douze.

Dc 8 : « Je ne demande pas qu'il faille se voir tous les trois mois et manger ensemble, non ça ça ne sert à rien. Mais avoir un interlocuteur en fonction des secteurs, parce que je pense que c'est sectorisé. Donc en fonction des secteurs savoir qui contacter au cas où. »

Le problème de la variabilité des équipes de PMI, le trop important turn-over a également été avancé par quatre des interviewés :

Dc 4 : « Les équipes changent beaucoup. Bon là, on n'en a plus. On n'a pas le temps d'établir une bonne connaissance des travailleurs sociaux avec lesquels on serait amené à travailler »

Un autre reproche relatif à l'organisation de base de la PMI a aussi été fait : le manque de moyens accordés à la PMI : manque de personnels et manque de moyens financiers. Ce reproche a été partagé par trois participants.

Dc 2 : « Alors le côté politicien, le côté un peu négatif, c'est qu'on manque de moyens, et qu'une consultation de nourrissons, elle devrait être multipliée par deux ou par trois. Voilà, donc il faut du personnel, il faut des moyens humains, des moyens financiers »

Deux des médecins généralistes ont évoqué l'impression de doublon représenté par le suivi de PMI par rapport au suivi de médecine générale. Ce suivi de PMI était vu comme une surmédicalisation :

Dc 6 : « C'était un peu des suivis parallèles.

ED : Votre vision, c'est que les gens se perdaient ?

Dc 6 : Oui, voilà, oui. [...] Non, pas de concurrence, mais un sentiment de doublons. »

Le manque d'investissement des médecins de PMI a été mis en avant par deux des douze participants :

Dc 2 : « c'est parfois pour eux, je suppose, le manque de temps pour communiquer avec le médecin généraliste. Soit la méconnaissance du réseau de tous les médecins généralistes pour pouvoir dans l'immédiat leur téléphoner. Je ne suis pas sûr qu'à la consultation de nourrissons, ils aient mon numéro de téléphone affiché dans leur bureau. Donc il y a des problèmes de communication. »

Dc 6 : « Je n'ai jamais eu de contact avec un médecin de PMI. Je connais les paramédicaux, je ne connais pas les médecins de PMI. Je ne sais pas ce qu'ils fabriquent ! »

Docteur 4 a déploré la baisse du nombre de personnels de PMI qui amène certains centres à ne plus avoir de médecin de PMI ou à ne plus pouvoir effectuer de consultations pendant certaines périodes.

Dc 4 : « en ce moment on n'a plus de médecin de PMI dans le secteur. [...] On en manque...c'est qu'ils ne sont pas là. Les équipes changent beaucoup. [...] on a eu des permanences de PMI pendant toute une période à un endroit précis prêt de la cité qui est en difficulté et puis tout à coup, ils ne pouvaient plus venir, ils étaient en manque de personnel, on s'est retrouvé... Il n'y avait plus de permanence de PMI pendant quelques mois, donc bon, les gens reviennent, heureusement on est là, mais c'est sûr que c'est un petit peu fluctuant. »

Docteur 4 a également abordé la vision négative qu'ont certaines familles vis-à-vis de la PMI :

Dc 4 : « En PMI, ils ont l'impression qu'ils ne font pas un choix, que c'est quelque chose d'imposé. En plus ils ont, surtout certaines familles où il y a une immaturité un petit peu, où il y a le problème, l'impression que la PMI c'est le contrôle, les gendarmes, l'impression que la PMI n'est là que pour enlever les enfants si ça se passe mal. »

Les obligations réglementaires trop strictes dues à la professionnalisation des Assistantes Maternelles ont été développées par Docteur 5. L'obligation de délivrer des certificats régulièrement pour toute ordonnance, pour une non contre-indication à ce mode d'accueil lorsque l'enfant est malade, par exemple, est déplorée :

Dc 5 : « Moi, je trouve qu'ils abusent un peu avec les assistantes maternelles mais bon, c'est un autre débat.

ED : Ce n'est pas un autre débat.

Dc 5 : Ah oui, sérieux. Rires... Eh bien, c'est la professionnalisation du métier, ça va un petit peu loin. J'ai des mères qui arrivent, elles ne donnent plus de traitement, il faut des ordonnances, des paperasses de tous les côtés. »

Le Docteur 4 a évoqué les difficultés administratives que rencontreraient les personnels de PMI pour assister à des réunions en dehors de leurs heures de travail. Ils ne seraient, par exemple, pas couverts par leur assurance sur un accident de la voie publique pour ce genre de trajet.

Le manque de qualité des messages de prévention délivrés par la PMI a été évoqué par Docteur 7 :

Dc 7 : « Alors après oui, je pense qu'il y a des messages à faire passer, mais je ne suis pas sûr que ça se fasse aussi bien que ça.

ED : Alors comment ça ?

Dc 7 : Vu ce qu'on est obligé de rassurer, de dire bon, bah écoutez c'est un enchiffrement postérieur, c'est un écoulement postérieur, le bébé dort sur le dos, il râle un peu, de réexpliquer, de réexpliquer. Pourtant s'il y a déjà eu des consultations de PMI, ça a déjà été expliqué. »

2.2.3. Dialogue PMI/médecins généralistes

Les idées de chaque médecin généraliste sur le dialogue avec la PMI sont dans le tableau de l'annexe 9.

2.2.3.1. Est-il suffisant ?

Huit des douze généralistes interviewés considéraient ce dialogue comme suffisant dans leur pratique, notamment au travers du carnet de santé.

Les transmissions sont faites dans ce carnet de santé de l'enfant. Les actes de prévention effectués en PMI y sont bien retranscrits. Et lorsqu'il y a un souci important le contact a lieu.

Les quatre autres pensaient qu'il serait intéressant d'améliorer ce dialogue, notamment lorsqu'un suivi d'enfant est particulier ou pour passer des informations plus générales sur la PMI ou la prévention :

Dc 1 : « C'est sûr que de temps en temps, il pourrait y avoir un peu plus de liens. Bon le lien est un peu représenté par le carnet de santé, évidemment. [...] Mais parfois, on ne peut pas écrire tout ce qu'on veut dans un carnet de santé. Il faut être prudent dans certaines situations et c'est pour ça qu'il ne faut pas hésiter à décrocher son téléphone. »

ED : « Est-ce que vous avez l'impression que le dialogue entre vous et la PMI est suffisant ?

Dc 5 : Il n'y en a pas. [...] Maintenant, il n'y a aucune transmission. »

2.2.3.2. Est-il utile ?

Ce dialogue était considéré comme utile par dix médecins généralistes.

Les deux autres pensaient avoir une patientèle trop aisée pour avoir besoin de la PMI, donc ce dialogue avec la PMI ne leur paraissait pas utile.

2.2.3.3. Par quels moyens de communication ?

Le carnet de santé a été mis en avant par tous les participants, la plupart ajoutant à quel point ce lien était important et simple à mettre en place :

Dc 11 : « je remplis le carnet scrupuleusement. Donc ça c'est déjà un gros bulletin de liaison. »

Le téléphone a été abordé par dix des participants, les certificats obligatoires par deux d'entre eux et les courriers par un seul.

2.2.3.4. La PMI est-elle dans le réseau de soins des médecins généralistes ?

Dix des douze généralistes considéraient que la PMI était dans leur réseau de soignants, pour les cas de maltraitance, les vaccinations ou des suivis pédiatriques difficiles.

Un des deux autres, travaillant en PMI, expliquait ne pas s'adresser de patients à lui-même et l'autre a avoué ne pas y penser mais plutôt passer par les spécialistes installés à proximité de son cabinet médical.

2.2.4. Suggestions pour améliorer ce dialogue

Le tableau en annexe 10 reprend ces suggestions d'amélioration.

L'idée d'avoir une plaquette récapitulative sur la PMI et l'idée d'aller à une Formation Médicale Continue (FMC) sur la PMI ont été suggérées aux participants à partir de l'entretien 5 inclus.

La plaquette récapitulative sur la PMI a intéressé cinq généralistes sur les huit. Il a été suggéré d'y faire figurer les missions de la PMI intéressantes pour un médecin généraliste (et pas les autres) et un numéro de téléphone pour les joindre.

La séance de FMC sur la PMI a intéressé cinq généralistes sur huit.

Les suggestions d'amélioration ont ensuite découlé, logiquement, des reproches faits à la PMI lors des entretiens.

Une plus grande stabilité du personnel de PMI a été demandée par trois des douze participants.

Recevoir des courriers ou comptes rendus lors de suivis particuliers en PMI a été demandé par trois des participants, de la même façon qu'avec des suivis de spécialistes.

L'idée que chacun, personnel de PMI et médecin généraliste, fasse des efforts pour communiquer plus a été abordée par trois généralistes sur douze : que les médecins de PMI connaissent mieux les généralistes de leur secteur, qu'ils s'investissent dans les projets locaux et que les généralistes soient mieux formés et aient un intérêt accru pour la santé publique et la collaboration.

Augmenter les moyens en personnels et en budget de la PMI a été suggéré par trois des participants.

Envisager plus de rencontres entre PMI et médecins généralistes a été mis en avant par deux des douze participants.

Que chaque médecin généraliste qui s'installe reçoive au moment de son installation une information sur la PMI de son secteur, comme cela se fait avec la Sécurité Sociale a également été abordé par un des interviewés.

2.2.5. Corrélation entre le sexe, l'âge, le lieu d'exercice des participants et leurs réponses.

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les réponses des hommes et celles des femmes ni entre celles des jeunes médecins et celles des médecins plus âgés, ni entre celles des médecins de ville et celles des médecins de campagne. Cette méthode qualitative n'avait de toute façon pas vocation à comparer ces différentes classes de médecins. Avoir une population de médecins diversifiée permettait simplement de recueillir le maximum d'avis possibles sur la PMI.

2.3. DISCUSSION

La fréquence des contacts entre les médecins généralistes et la PMI était jugée nulle par 68% des généralistes interrogés par questionnaires, faible par 27% d'entre eux dans la thèse de Denis Elchardus de 2008(2). Les relations entre médecins généralistes et PMI étaient déjà décrites comme quasi inexistantes par Jeanne Fresson en 1988(1). Par ce travail, il était essentiel de répondre à deux questions : pourquoi les rapports entre PMI et médecins généralistes sont si rares et, quand l'échange a lieu, ce dialogue est-il suffisant ?

Après avoir vu les limites de cette enquête, les résultats feront l'objet d'une discussion reprenant chacune des parties déjà citées : le dialogue entre PMI et généralistes, les connaissances des généralistes sur la PMI, leurs points de vue sur cette structure et les suggestions pour améliorer ce dialogue.

2.3.1. Limites de l'enquête

2.3.1.1. Le nombre d'interviewés était suffisant

Le nombre de douze participants peut paraître insuffisant mais le but n'est pas de faire des statistiques. La méthode qualitative ne se veut pas représentative. Elle demande surtout d'arriver à saturation et ça a été le cas ici puisque les deux derniers entretiens n'ont pas apporté d'idée nouvelle. Ce nombre d'interviewés n'est donc pas un argument de non validité de l'étude.

2.3.1.2. La méthode utilisée était adaptée à la question posée

L'exploration des représentations des médecins généralistes sur la PMI s'est bien exprimée au travers de la méthodologie utilisée. L'enquête a permis de répondre à la question posée.

2.3.1.3. Enquêteur = Intervieweur = Médecin, une objectivité difficile à conserver

Un des biais de cette enquête est peut-être le fait que l'intervieweur soit l'enquêteur et surtout qu'il soit, comme les participants, médecin. Ainsi certains interviewés ont posé des questions directement à l'intervieweur lors des entretiens. Les réponses de l'intervieweur, même si elles étaient les plus objectives possible contiennent des informations médicales et des connaissances sur le sujet et ont donc pu influencer le dialogue de l'interviewé en question. Par exemple dans l'entretien 7 :

Dc 7 : « Ici, il y a des adolescentes qui vont, mais est-ce que c'est la PMI, des adolescentes qui vont au centre de planning familial ? »

ED : Oui.

Dc 7 : Ouais, alors ça c'est très intéressant »

Et il continue par un long paragraphe sur l'intérêt des centres de planification et d'éducation familiale. Ce discours sur ces centres n'aurait certainement pas été abordé si l'intervieweur n'avait pas pu répondre à la question de départ.

Néanmoins, le statut de l'enquêteur (médecin) a certainement amené les médecins généralistes contactés à répondre positivement à cette étude (un seul refus) et peut-être à se sentir en confiance. La communauté médicale facilite la libre expression. De plus, la position neutre de l'intervieweur, ni libéral ni professionnel de la PMI, a certainement permis aux participants de s'exprimer librement sur le sujet parfois délicat du dialogue PMI/médecins généralistes.

2.3.1.4. Des difficultés étaient à noter pendant les entretiens

Même si les médecins généralistes avaient prévu suffisamment de temps pour les entretiens, le téléphone n'était pas débranché et il a parfois interrompu le cours des entretiens. Certaines idées ont peut-être été perdues lors de ces interruptions aussi brèves soient elles.

2.3.1.5. Le point de vue de la PMI n'a pas été étudié

Nous avons choisi de ne nous intéresser qu'à la vision des médecins généralistes dans cette enquête. Il serait, bien sûr, indispensable de recueillir dans une prochaine enquête la perception des professionnels de PMI sur cette question. L'absence de recueil de données sur la PMI est une réelle limite à l'interprétation de ce dialogue entre deux acteurs de santé.

2.3.2. Dialogue PMI/médecins généralistes

2.3.2.1. Suffisant ?

Contrairement à ce qu'on aurait pu supposer, ce peu de dialogue est jugé suffisant par la plupart des médecins généralistes interviewés. Le carnet de santé est un outil de liaison formidable et sa bonne utilisation permet un lien suffisant lorsque les suivis des enfants et des femmes enceintes sont sans particularité. Le peu de rapports directs retrouvé dans le travail de Denis Elchardus(2) est confirmé mais, dans les suivis simples de prévention, ce n'est pas un problème. Bien sûr, les liens directs restent irremplaçables lorsque le ou la patient(e) a un problème particulier (maltraitance, perte de poids anormale...). Et le fait qu'il n'y ait pas suffisamment de transmissions lors de ces suivis particuliers est tout de même bien répété par les différents participants.

2.3.2.2. Utile ?

Oui, ce dialogue entre médecins généralistes et PMI est utile. L'utilité du bon remplissage des carnets de santé est évidente et les liens directs irremplaçables pour une évaluation plus complète des situations et pour mieux identifier les ressources que chacun peut mobiliser dans une situation complexe. La coordination et la collaboration entre les acteurs de santé semblent primordiales dans l'esprit des différents participants. Ces liaisons sont chronophages et cette difficulté est parfois utilisée comme alibi pour ne pas s'y astreindre.

Dc 1 : « ça représente quand même une charge de travail en plus. »

L'utilité de ce dialogue n'est remise en question que par deux des médecins interrogés. Ces deux médecins ne travaillent pas avec la PMI. Ils ne sont, en revanche, pas opposés à recevoir plus d'informations car ils avouent ne pas connaître suffisamment cette structure et seraient susceptibles d'augmenter leurs rapports avec la PMI s'ils découvraient des missions pouvant les aider dans leur pratique quotidienne.

2.3.2.3. PMI dans le réseau des généralistes ?

La ressource PMI fait partie du réseau de soins des médecins généralistes. La majorité y pense devant un doute sur une maltraitance.

L'aide qu'elle peut apporter pour les vaccinations, et notamment le BCG, est reprise par deux des médecins. De nombreux généralistes sont, en effet, mal à l'aise avec cette injection du BCG.

Seuls deux médecins généralistes ont répondu que la PMI ne faisait pas partie de leur réseau. Le premier était logiquement un de ceux qui ne trouvent pas le dialogue utile et le second exerçait encore en PMI et donc ne s'adressait jamais de patient à lui-même.

Finalement ce dialogue, même si il est peu fréquent en dehors du carnet de santé, semble suffisant et utile pour la plupart des généralistes. Mais on ressent, au fur et à mesure des entretiens, que les médecins généralistes auraient peut-être plus de contacts et penseraient plus spontanément à la PMI pour les aider, s'ils avaient plus de connaissances sur cette structure.
--

2.3.3. Connaissances sur la PMI

2.3.3.1. L'organisation de la PMI

L'organisation politique et budgétaire de la structure de PMI n'est pas bien connue des médecins généralistes. Ceux qui en avaient une idée, sa gestion départementale par le Conseil Général, n'avaient aucun commentaire à en faire.

Connaître l'organisation est pourtant indispensable à la bonne collaboration. Il est important de savoir les contraintes de chacun pour avoir une bonne complémentarité. Ainsi, le

reproche sur la non disponibilité du professionnel de PMI répond à son statut de fonctionnaire territorial avec une temporalité différente du généraliste. Le turn over important est également une conséquence de ce statut de fonctionnaire.

2.3.3.2. Les missions de la PMI

Les missions de pédiatrie et d'aide aux familles en difficultés sont bien connues des médecins interrogés. De même, toute la période autour de la naissance et la gynécologie sont évoquées. Le médecin généraliste a conscience de l'implication de la PMI pour les enfants, les familles en difficulté, la périnatalité et la gynécologie. Or, ce sont des domaines fondamentaux dans l'exercice de la médecine générale.

La maltraitance et les visites à domicile des personnels de PMI sont malheureusement moins souvent évoquées (huit sur douze pour la maltraitance, sept sur douze pour les visites à domicile). Ces deux missions de la PMI sont pourtant très intéressantes pour les médecins généralistes et devraient être connues de tous. Devant un doute sur une maltraitance, il est parfois difficile de séparer la famille sans preuve et une enquête de la PMI peut être très utile. Bien sûr, les cas de maltraitance sont souvent difficiles à évoquer et rencontrés peu fréquemment en cabinet libéral ce qui explique peut-être que les participants n'y pensent pas. Notons tout de même que cette mission semble mieux appréhendée qu'à l'époque de la thèse de Jeanne Fresson, puisque, dans ses questionnaires, seuls 3 médecins généralistes sur 39 auraient pensé contacter la PMI dans un cas de doute sur une maltraitance(1).

Connaître la possibilité des visites à domicile par la PMI peut aussi être intéressant lors de suivis de grossesses pathologiques (menace d'accouchement prématuré par exemple), lors d'une sortie de maternité ou encore lors d'un doute sur une maltraitance. Informer les médecins généralistes sur ces missions paraît important.

Les missions d'accueil des enfants et des centres de planification et d'éducation familiale ont été très peu abordées. Pour les modes de gardes des enfants, il est vrai que connaître cette mission de la PMI n'aidra pas un médecin généraliste dans sa pratique quotidienne de soins, mais il est intéressant de conseiller les parents lors de leurs recherches pour faire accueillir leurs enfants. Un médecin généraliste pourra ainsi conseiller un accueil auprès d'une assistante maternelle agréée et les orienter vers la PMI pour avoir plus de renseignements. Cela représente un gain de temps pour les parents et pour le médecin.

Lors de certificats demandés par des assistantes maternelles, il peut également être intéressant de joindre la PMI, si un doute apparaît (alcoolisme, tabagisme, trouble psychologique...).

Quant aux CPEF, s'ils ne sont pas associés à la PMI dans la tête des médecins généralistes, cela ne les empêche pas de les connaître et de s'en servir si besoin : y orienter les mineures pour une contraception gratuite ou un avortement. Mais les adolescentes ne passent que rarement par leur généraliste pour ce genre de soucis de peur que leurs parents soient avertis.

L'hypothèse d'une méconnaissance ne peut pas être retenue. Les principales missions de la PMI sont connues en théorie. Mais un manque de connaissances dans les détails et le concret est bien évoqué. Or, ce manque influe sur les pratiques des généralistes. La plupart des généralistes sont intéressés par une information plus complète et plus concrète, adaptée à leur pratique quotidienne. Et il est certain qu'un complément d'information sur la PMI, amènerait les généralistes à utiliser les compétences de la PMI plus souvent.

Il est important de voir qu'il n'y a pas de corrélation entre ces défauts de connaissance et l'âge, le sexe, le lieu d'exercice ou le niveau social de patientèle des généralistes.

2.3.4. Points de vue

2.3.4.1. Concurrence

Contrairement à ce que retrouvait Jeanne Fresson dans son étude en 1988(1), il n'existe plus de concurrence entre la PMI et les médecins généralistes (du moins pas en Moselle). La charge importante de travail des médecins généralistes d'aujourd'hui en est une explication certaine. Les médecins qui ont développé cette idée lors de l'entretien l'admettent tous. Que les actes de prévention des enfants soient faits en PMI ne les dérange pas tant que c'est fait, bien fait et retranscrit dans le carnet de santé. C'est déjà une évolution positive depuis 1988, où Jeanne Fresson retrouvait cette impression de concurrence déloyale.

2.3.4.2. Points de vue positifs, Utilité de la PMI

Tous les médecins généralistes pensent que la PMI est utile. Elle est vue comme une structure positive et même indispensable. Chacun admet que cet accès gratuit aux soins, et notamment à la prévention, est indispensable et utile aux populations en difficultés. Sans reprendre chaque point de vue positif mis en avant par les participants, il est clair que la PMI garde une image positive dans l'esprit des généralistes, même si des critiques ont quand même été exposées. La thèse de Denis Elchardus montrait déjà que la PMI avait une image positive auprès des généralistes(2).

2.3.4.3. Points de vue négatifs

Les plus fréquentes critiques adressées à la PMI concernaient les communications avec les généralistes. Les médecins généralistes insistent sur le manque de transmissions et de retours de la PMI. Pour les suivis classiques de prévention, le carnet de santé est suffisant mais lorsqu'il y a un problème particulier (souci de croissance ou doute sur une maltraitance, par exemple), les médecins concernés souhaiteraient plus de transmissions, comme avec les spécialistes. Cette lacune est partagée avec les généralistes qui avouent ne pas prendre de temps pour communiquer plus. Ce manque de collaboration était déjà déploré en 1988 dans l'étude de Jeanne Fresson(1) et en 2008 dans celle de Denis Elchardus(2). Il semble donc que les propositions d'amélioration faites en 2008 (séances de FMC et plaquette récapitulative) n'aient pas changé les liens ou n'aient pas été mises en place. Il est néanmoins important de comprendre que l'organisation départementale de la PMI ne permet pas de généraliser une étude départementale à un autre département ou à la France entière.

Les principaux autres reproches concernaient des éléments qui empêchaient la bonne collaboration avec la PMI (le turn over trop important de son personnel), qui empêchaient à la PMI d'être suffisamment présente (le manque de moyens, le manque de personnel). Ces critiques renvoient à l'utilité de la PMI puisque les généralistes déplorent, en fait, encore un manque de collaboration et de travail ensemble mais ne remettent pas en question ses compétences et son intérêt dans le parcours de soins. Cela confirme que les médecins généralistes voient en la PMI une structure utile. Les reproches principaux masquent une volonté réelle de travailler en plus étroite collaboration, une envie que la PMI perdure et

même que sa présence soit renforcée par endroits. Les efforts doivent ensuite être faits de chaque côté : PMI et médecins généralistes.

Analyse en bref :

- Le dialogue entre médecins généralistes et PMI, même si il est peu fréquent, est jugé utile et suffisant lorsque les suivis sont simples, grâce au carnet de santé.
- Le manque de connaissances sur la PMI est certainement une raison du peu de rapports directs entre ces deux acteurs, même si les grandes missions sont connues en théorie.
- La concurrence n'est plus d'actualité entre PMI et médecins généralistes en Moselle.
- La PMI est vue de façon positive par les généralistes et une meilleure collaboration est plutôt réclamée, notamment lors des suivis particuliers, même si les efforts doivent être partagés entre les deux acteurs : PMI et généralistes.

Il semble donc que donner des informations plus concrètes sur les rôles de la PMI améliorerait les liens PMI/médecins généralistes, surtout si une rencontre ou une présentation des acteurs de chaque secteur de PMI peut avoir lieu.

2.3.5. Suggestions pour améliorer ce dialogue

Le but ultime de cette étude est de proposer des pistes d'amélioration de cette collaboration entre PMI et médecins généralistes et de les mettre en place. Les interviewés demandent principalement plus d'informations sur la PMI.

L'idée d'une plaquette récapitulative avec les missions intéressantes pour les généralistes et un numéro de téléphone et d'une séance de Formation Médicale Continue sur la PMI ont été plébiscitées. Comme le suggérait un des interviewés, cette plaquette pourrait être délivrée aux médecins généralistes au moment de leur installation. Pourquoi pas par un envoi groupé avec les documents envoyés par la CPAM, si un accord est passé ?

Un exemple de plaquette qui pourrait être envoyée aux généralistes ou proposée sur un lien internet a ainsi été élaborée (annexe 11). Mettre en place cette plaquette a été suggéré au médecin chef de la PMI de Moselle, Docteur Philippe Badoit, lors d'un rendez-vous le 27 janvier dernier. L'idée de la joindre aux documents envoyés par la CPAM lors de l'installation d'un médecin généraliste a été très bien accueillie. Envoyer un courrier aux médecins généralistes lorsqu'un problème particulier est décelé chez un de leurs patients a également été abordé avec le médecin chef. Nous exposerons ces différentes propositions et le contenu de cette thèse lors d'une réunion des médecins de PMI dans les prochaines semaines. Le docteur Philippe Badoit était surpris que la PMI soit vue de façon positive par les médecins généralistes. Si les autres personnels de PMI partagent l'impression d'être mal vus par les généralistes, cela constitue peut-être un frein dans la communication, du côté des professionnels de PMI.

Le sujet de la PMI a été retenu comme thème d'une FMC qui sera proposée courant 2011 à l'AMPPU à Metz.

L'augmentation des moyens accordés à la PMI et la stabilité de son personnel sont des pistes à explorer dans l'organisation et la politique de base du Conseil Général. Les différents rapports de la cour des comptes ont souligné l'importance des missions de prévention de la PMI. Il faut espérer que les fonds alloués y soient calqués.

La promotion de la collaboration dans le domaine médical devra encore être poursuivie afin que chacun des acteurs de santé (ici les médecins généralistes et les professionnels de PMI) soient plus investis dans ce travail commun, gage d'efficacité dans la prise en charge des patients. Cette mise en valeur de la collaboration des acteurs de santé doit être faite en FMC mais aussi en Formation Médicale Initiale (FMI).

3. LE MEDECIN GENERALISTE AU CŒUR DU SYSTEME DE SOINS FRANCAIS

La coordination entre médecins généralistes et PMI et entre tous les acteurs de santé est primordiale. Elle doit permettre aux professionnels de santé d'optimiser les compétences de chacun dans un souci d'économie de temps et de moyens et dans un souci d'efficacité dans la prise en charge des patients. Le système de santé français est en pleine réforme. Cette coordination doit être la base d'une réforme réussie. De nombreux défis existent : une compétitivité insuffisante avec aggravation des difficultés financières de la protection sociale (le déficit de l'assurance maladie atteint 4,4 milliards d'euros en 2008(39)), une démographie médicale en crise, la nécessité de faire bénéficier à chacun des meilleurs soins sur l'ensemble du territoire, le vieillissement de la population et l'allongement de la durée de vie avec augmentation des maladies chroniques... Avec la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), la médecine générale est remise au centre du système de soins mais elle doit aussi faire face à ces difficultés de démographie médicale et d'offre de soin inégale selon les régions(19). Elle attire moins les jeunes médecins et son exercice semble en transformation. Après avoir revu ses missions, nous aborderons ses difficultés au sein du système de soins français, difficultés qui rendent la coordination entre les professionnels de santé indispensable. Des suggestions permettant de faire face aux défis actuels seront ensuite exposées.

3.1. LA MEDECINE GENERALE : DES MISSIONS REDEFINIES

Dans notre société, le médecin généraliste est avant tout médecin de famille. Il suit les parents, les enfants et voit parfois passer dans son cabinet trois générations d'une même famille. Il a alors le bénéfice d'être proche du patient. C'est lui qui le voit le plus régulièrement et cette proximité lui permet de connaître ses habitudes, ses façons de vivre et aussi ses facteurs de risque. Son rôle de pivot est reconnu par la population et la fonction de médecin généraliste traitant le place au premier niveau du parcours de soins. Il est, pour ses patients, un confident et le coordonnateur entre les différents acteurs de santé. La loi HPST de juillet 2009 réaffirme et redéfinit les missions de cette spécialité de médecine générale dans l'article L.4130-1 (19).

« Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1. Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
2. Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
3. S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ;
4. Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des malades chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
5. S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
6. Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
7. Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L.6314-1 ;
8. Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

Le médecin généraliste est placé en premier recours du système des soins. Ces soins de premier recours, définis à l'Article L.1411-11(19), « comprennent :

1. La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
2. La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
3. L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
4. L'éducation pour la santé. »

Le rôle de pivot du médecin généraliste est également renforcé par le fait d'être choisi comme médecin traitant. L'Article L.162-5-3(19) rappelle que « tout assuré ou ayant droit de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci » et explique les inconvénients si l'on n'en choisit pas un. Cela est plutôt bien accepté puisque 85% des assurés ont choisi leur médecin traitant en 2008, avec un taux qui va jusqu'à 96% pour les plus de 60 ans(39).

La loi HPST met également en avant et exige que soit assurée la continuité des soins(Article L.6315-1)(19). Lorsqu'un médecin « se dégage de ses missions de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. »

Le principe de non-discrimination est également un point important de cette loi(Article 54)(19).

Le médecin généraliste est réaffirmé comme acteur de prévention et de santé publique, comme le rappelait déjà, en 1998, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Europe : la médecine générale « a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté »(40). Sa position d'interlocuteur de confiance lui donne un pouvoir important pour agir pour la prévention de ses patients. Ses atouts dans ce but sont :

- « Ecoute, empathie, capacités de dialogue et de communication avec leurs patients... ;
- Proximité géographique : ils sont répartis sur l'ensemble du territoire ;
- Capacité à se rendre à domicile ;
- Connaissance du patient dans son environnement (famille, village, quartier, etc.) ;
- Capacité à aborder de nombreux sujets, avec toutes les générations ;
- Suivi sur la durée (suivi longitudinal) ;
- Accessibilité : financière (tarif pour la grande majorité du secteur I) et temporelle, avec des rendez-vous qui peuvent en cas de besoin être obtenus dans la journée ;
- Stabilité dans l'espace et dans le temps (80% des personnes en France ont le même médecin généraliste depuis plus de 5 ans, avec des soins sur plusieurs générations). »(41).

C'est dans ce cadre de prévention que la coordination avec la PMI est importante. Prévention pour la santé des enfants et particulièrement des enfants de familles en difficulté, et prévention des risques au moment de la grossesse et de la parentalité. Ainsi le médecin généraliste a une place importante en pédiatrie et en gynécologie. Sa formation dans ces deux domaines semble malheureusement insuffisante, notamment en matière de prévention de la maltraitance(42). Chaque interne en médecine générale ne réalise pas forcément un stage en pédiatrie et un stage en gynécologie mais seulement l'un ou l'autre. Pourtant les postes de gynécologie médicale tendent à disparaître et le médecin généraliste sera souvent sollicité pour des suivis gynécologiques et des suivis de grossesse. Conjointement avec le pédiatre libéral, il suit également beaucoup d'enfants. Ainsi, en 2008, 43,7% des seconds certificats de santé de l'enfant ont été remplis par des omnipraticiens contre 56,2% par des pédiatres, selon les chiffres recueillis par la PMI. Les enfants de moins de 16 ans constituent 13% de l'ensemble des consultations et visites des généralistes et 88% des jeunes patients qui consultent un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier(43). Chaque enfant de moins de trois ans voit un médecin libéral (généraliste ou pédiatre) une dizaine de fois par an et, en novembre 2001, 53% des consultations d'enfants de moins de trois ans en secteur libéral concernait un omnipraticien(44). Le Conseil National de l'Ordre des Médecins établit également, dans son rapport du 26 juin 2008, que le « suivi de l'enfant et de l'adolescent » et le « suivi de la femme » sont deux des quatre champs d'activité de la médecine générale(40). Voilà, d'ailleurs, deux disciplines pour lesquelles la féminisation est un processus positif puisqu'elles sont particulièrement appréciées, et donc exercées, par les femmes. En gynécologie, on a constaté que la totalité des personnes ayant passé l'examen du DIU de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique en 2009 et 2010, à Nancy, était des femmes. Quant à la pédiatrie, 61,2% des femmes généralistes consacrent plus de 10% de leur activité aux enfants contre 40,7% des hommes. Et l'intérêt donné à la pédiatrie est aussi une question de génération, puisque 34,2% des médecins de plus de 50 ans consacrent plus de 10% de leur activité à la pédiatrie contre 52,2% des médecins plus jeunes, en 2007(43).

3.2. LES DIFFICULTES DE LA MEDECINE GENERALE

3.2.1. La médecine générale dévalorisée

Le premier problème de la médecine générale est son manque de popularité auprès des étudiants en médecine. Malgré sa reconnaissance comme spécialité, elle n'attire plus. Ainsi, en 2004, 600 postes d'interne en médecine générale ont été laissés vacants(45). En 2009, il y en avait 668 (46). On peut trouver différentes raisons à ce désintérêt pour la médecine générale. Tout d'abord la dévalorisation de cette spécialité tout au long des études de médecine : il n'est pas rare d'entendre que si l'on obtient un mauvais classement à l'internat, on finira médecin généraliste « au fin fond du massif central ». Ensuite la méconnaissance de cette spécialité. Les stages en ambulatoire se mettent maintenant en place pendant le deuxième cycle des études médicales, afin de remédier à cela. La vision d'une spécialité pénible est également ancrée dans les esprits : il faut tout savoir, être fort dans toutes les spécialités pour être compétent en médecine générale ; les conditions de travail sont difficiles et les horaires illimités. L'image du médecin de campagne disponible à toute heure est profondément ancrée. La vision négative de la médecine générale est parfois même véhiculée par les médecins généralistes eux-mêmes. Le taux de médecins insatisfaits augmente. Il était de 15% en 1973 contre 30 à 40% voire 60% en 2001(45). Le burn out des médecins généralistes est inquiétant. La perte d'autonomie professionnelle est le sentiment le plus répandu. Au vue des missions réaffirmées par la loi HPST(19), il faudra trouver une nouvelle autonomie à travers des initiatives, des participations, des prises de responsabilité dans le cadre de l'évolution du système de soins pour exercer son métier dans une quiétude retrouvée. Les maisons de santé semblent être une des solutions possibles pour allier bien être du médecin et égalité des soins dans les territoires. Elles représentent l'avenir de l'exercice de la médecine générale.

3.2.2. L'inégalité de l'offre de soins selon les territoires

Au niveau politique et de santé publique, le problème majeur actuel et à venir est l'inégalité de l'offre de soins selon les territoires. Tout le corps médical est concerné mais la médecine générale est montrée du doigt car elle est la base du système de santé. Cette inégalité de l'offre de soins résulte d'une baisse importante de la démographie médicale et

d'une différence de densité médicale selon les régions (39) mais également de changements d'état d'esprit des nouvelles générations de médecins.

Pour le moment, le nombre de médecins généralistes reste important (54017 généralistes libéraux sans exercice particulier(39)) et le nombre de nouveaux médecins est stable (+0,5%)(47). La démographie médicale des généralistes est restée stable : -0,1% par an en moyenne de 2000 à 2008(39). Parallèlement la population française a augmenté de 4 millions entre 2000 et 2009. De plus, les départs en retraite augmentent (3,4% en 2009(47)), ce qui risque d'engendrer une baisse de cette démographie médicale. Ce ne sont pas les seuls éléments expliquant le manque de médecins sur le territoire français.

La durée de vie professionnelle diminue. La première installation se fait plus tard, vers 34 ans en moyenne (39 ans à Paris). De nombreux jeunes médecins préfèrent effectuer des remplacements. Ils représentent plus de 15 % des médecins généralistes libéraux(47). La peur de l'installation et des responsabilités de gestion d'un cabinet y sont sûrement pour beaucoup.

Le temps consacré à l'activité professionnelle est également en diminution. Les charges administratives lourdes et l'importance de la vie familiale mise en avant par la nouvelle génération en sont les causes. Parmi les médecins généralistes de moins de 35ans, 60% sont des femmes et les étudiantes en deuxième année de médecine forment 65% des effectifs(48). Lors des choix de postes d'interne après l'ENC 2009, 2/3 des postes de médecine générale choisis l'ont été par des femmes(46). Cette féminisation de la profession a amené des changements dans les modes d'exercice (statut de libéral/salarié, lieu d'installation plutôt urbain) et dans l'organisation du travail au quotidien (articulation des vies professionnelle et familiale, régulation collective des gardes ou des agendas en cabinet de groupe). Et même si la féminisation rapide a certainement accéléré ces faits, concilier vie professionnelle et vie privée est devenu un souci partagé par les hommes et les femmes. Tout ceci a lieu dans un contexte de mutations sociales plus large affectant la sphère domestique et familiale avec aspiration au temps libre, volonté d'implication des jeunes pères dans l'éducation de leurs enfants, stratégies d'articulation de deux carrières dans les couples etc.... Ces mutations relèvent à la fois d'un effet de genre et d'un effet de génération(47).

3.3. LES SUGGESTIONS D'AMELIORATION

Cette partie n'a pas la prétention de donner la solution à ces problèmes mais reprend les suggestions auxquelles les politiques auront peut-être recours pour y faire face.

Afin de pallier la baisse de la démographie médicale, l'augmentation progressive du numerus clausus est déjà mise en place. Mais les effets de cette mesure ne prennent forme que dix ans au moins après leur mise en place. Les premières conséquences commencent aujourd'hui à se voir. Ainsi, une augmentation de 21 à 22 % du nombre d'internes en médecine générale a eu lieu entre 2006-2007 et 2008-2009(49). Le rapport 2008-2009 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) précise que « la forte augmentation d'internes liée au numerus clausus permet de compenser les départs des diplômés en médecine générale qui interviendraient dans les 5 prochaines années »(49).

Afin de pallier l'inégalité de l'offre de soins, ce numerus clausus devrait être augmenté systématiquement en fonction des besoins en médecins d'une région à l'autre(47). Ce n'est pas encore le cas(49). Et les étudiants en médecine changent souvent de région et de CHU d'attache au moment de l'Examen National Classant (ENC) en fin de sixième année. Moduler le nombre de postes d'internes en fonction des besoins des régions paraît donc une mesure plus intéressante. Mais les régions où les postes proposés sont plus nombreux que les étudiants en sixième année sont celles où il reste le plus de postes vacants après les choix de l'ENC. De même, les internes en médecine générale ne s'installent pas forcément dans la région de leurs études(49).

La loi HPST s'en préoccupe, l'article 43 explique qu'un arrêté détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité (en particulier celle de médecine générale), et par subdivision territoriale, compte tenu de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée. Un autre arrêté précisera le nombre de postes d'interne offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire (CHU)(19).

Les aides à la création et au fonctionnement des maisons médicales et à l'installation semblent également intéressantes mais n'ont pas d'effet important pour le moment. Ces maisons médicales sont pourtant un moyen de lutter contre l'isolement professionnel et de

partager les contraintes de la permanence des soins. Mais le choix du type de structure se fera en fonction des réalités locales, des volontés politiques des collectivités et des projets des professionnels(50).

Des mesures incitatives sont également mises en place par le service public. Elles correspondent à des bourses proposées aux étudiants en médecine en échange de quelques années d'exercice dans telle ou telle commune. Ces mesures pourraient avoir un certain succès, notamment auprès d'étudiants dont les familles ne peuvent pas assumer le prix de leurs études. C'est le même principe que l'école de santé des armées qui prend en charge les études des futurs médecins contre un contrat de plusieurs années dans l'armée.

Le recours à des mesures contraignantes continue d'être évoqué même si elles sont rejetées par les étudiants en médecine et par les médecins eux-mêmes. Certains, notamment certaines femmes, préféreront ne plus exercer plutôt que de délaisser leur lieu d'habitation, proche du travail de leur conjoint et des commodités pour leurs enfants.

Répartir de façon plus égalitaire l'offre de soins sur le territoire est un des enjeux majeurs de la loi HPST. La mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) prône une nouvelle organisation des soins avec une logique de territoire pour une logique de qualité de soins pour tous. Optimiser l'offre et la demande en matière de consommation est devenu fondamental. L'article 118 précise le schéma régional d'organisation des soins. Il a pour objet de répondre aux besoins de santé en prévoyant les évolutions de l'offre de soins et en déterminant les zones de mise en œuvre de mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé.(19)

L'article 43 de la loi HPST, article L1434-8 du code de santé publique (CSP) évoque notamment le contrat santé solidarité. S'il apparaît « que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article, d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à

contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L.1434-7 où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits.

Les médecins qui refusent de signer un tel contrat, ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale. »(19).

On peut se demander s'il serait intéressant de proposer aux remplaçants de participer à cette aide aux territoires désertés.

L'Académie de Médecine évoque aussi la possibilité d'imposer aux internes en médecine générale un service médical obligatoire en zone sous médicalisée. Les arguments d'une formation pratique meilleure et de probables installations dans ces zones au décours des stages, sont mis en avant.

Pour ce qui est du mode d'exercice quotidien de la médecine générale, trois mesures permettraient un exercice plus agréable et tourné essentiellement vers le bien être du patient. D'abord l'allègement des charges administratives d'un cabinet. Dans une semaine de 52 à 60 heures de travail, chaque médecin généraliste passe 20% de son temps dans des activités autres que les soins(51). Cela permettrait de dégager du temps pour les patients. Et l'installation des jeunes médecins en serait peut-être encouragée. Mais la mise en place d'une telle mesure signifie une remise en question de l'organisation de grandes institutions comme la sécurité sociale.

La seconde est la délégation des tâches. Il faut apprendre à faire confiance aux autres acteurs de soins des réseaux locaux. Ainsi, les puéricultrices et les sages-femmes ont des compétences immenses en matière de pédiatrie, de gynécologie et de périnatalité. Leur emploi du temps permet d'être plus à l'écoute des patients et donc d'être dans une position idéale pour éduquer à la prévention.

La troisième est la promotion de la collaboration entre professionnels de santé. Une bonne coordination des soins est gage d'efficacité dans le parcours des patients. S'entourer d'autres professionnels de santé et utiliser les compétences de chacun de façon optimale permet non seulement d'offrir aux patients des soins de qualité mais aussi de ne pas perdre de temps dans le parcours de soins. Le travail en partenariat est devenu une nécessité. La volonté

de coordination, la conviction de l'intérêt d'un travail commun et les facteurs d'une bonne collaboration entre professionnels de santé doivent être enseignés en faculté de médecine. Il faut que les acteurs de santé connaissent les spécificités des autres partenaires de santé.

Et en matière de prévention, mission cruciale réaffirmée par la loi HPST, les liens avec les services de santé publique locaux, comme la PMI, sont essentiels. Les carnets de santé de la maternité et de l'enfant sont un lien formidable entre les professionnels de santé mais les liens directs sont également importants lorsqu'un suivi est particulier. Le dossier médical numérique, unique et partagé par tous les professionnels de santé peut aussi être un excellent outil d'avenir pour le travail en réseau.

CONCLUSION

La Protection Maternelle et Infantile est un acteur de santé de premier recours. Elle a un rôle primordial de prévention et de santé publique. Elle veille sur la santé de toutes les femmes et de tous les enfants. Elle accompagne les familles en difficultés et en protège les enfants. Elle est gérée de façon départementale et ses missions sont multiples : ses contrôles permettent de sécuriser les modes d'accueil des enfants, elle recueille des données épidémiologiques permettant d'évaluer les besoins en santé.... La perception que les médecins généralistes en ont influence leurs rapports.

Notre enquête qualitative, méthode originale en médecine, a permis d'explorer la vision des médecins généralistes de Moselle sur cette structure. Elle conclue que le dialogue entre la PMI et les médecins généralistes est, finalement, jugé suffisant. La notion de concurrence n'est plus d'actualité maintenant que la pénurie de médecins arrive. Néanmoins, une collaboration pourrait être plus efficace et efficiente si le dispositif de PMI était mieux connu des médecins généralistes. Ils demandent plus d'informations, informations concrètes adaptées à leurs pratiques. Une plaquette récapitulative a été proposée au médecin chef de PMI de Moselle. Il s'agit maintenant de la mettre en place et de poursuivre les formations sur la PMI à travers la Formation Médicale Continue mais aussi à travers la Formation Médicale Initiale. Optimiser ce travail ensemble permettra d'optimiser la qualité de la prise en charge des patients en utilisant les compétences de chaque professionnel à bon escient.

La coordination des soins est primordiale. Elle doit être la base de la réforme du système de santé. Le médecin généraliste est le garant du parcours de soins de ses patients et il doit coordonner les différents acteurs dans le but de diminuer les dépenses de santé et d'augmenter la qualité des soins. Mais il fait face à des difficultés importantes, notamment la baisse de la démographie médicale et l'inégalité de l'offre de soins grandissante sur le territoire. Il est indispensable que chacun fasse des efforts.

L'utilisateur, repositionné au centre du système, doit être conscient des changements indispensables à effectuer. Il est acteur de sa santé et doit faire des choix. Ses consommations de santé doivent être réellement adaptées à son état de santé.

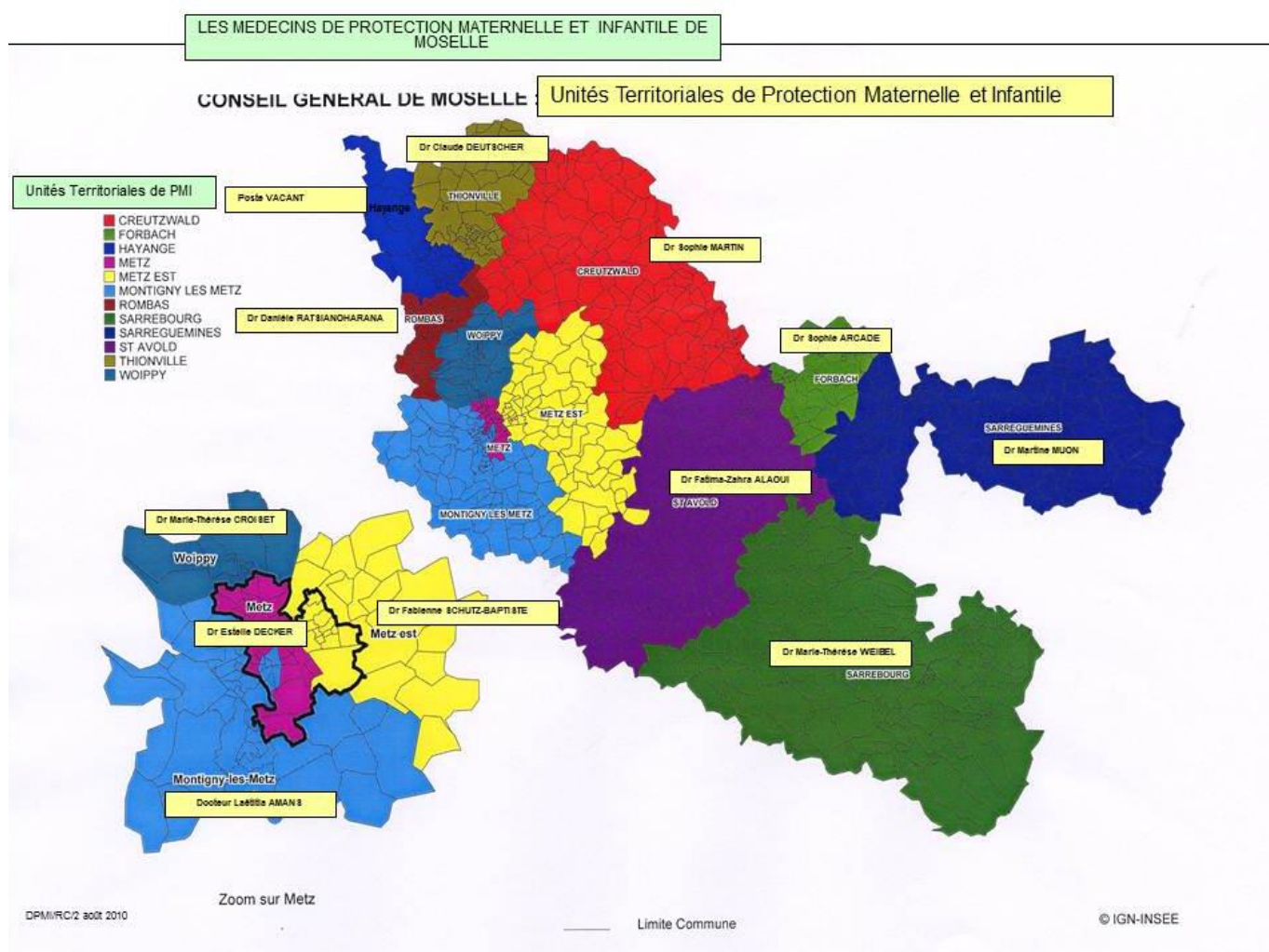
Les professionnels doivent jouer le jeu des économies de santé. Il ne s'agit pas d'exercer une médecine au rabais mais bien d'apprendre à optimiser les ressources disponibles. Le soutien des institutions et l'engagement des politiques doivent toujours se faire dans l'intérêt du patient.

Dans ce cadre, le médecin généraliste est le premier concerné. Il est un vrai acteur de la santé des habitants de son territoire d'installation. Il a la capacité de créer des liens, de mettre en place une complémentarité avec tous les dispositifs existants, sanitaires mais aussi sociaux. L'individualisme forcené pourrait accentuer une médecine à deux vitesses et majorer les inégalités de santé. Tandis que cette coordination entre les acteurs de santé existants ne coûte rien et promet beaucoup. Les années à venir montreront si les efforts de chacun sont faits et sont suffisants.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

CARTE DES SECTEURS DE PMI DE MOSELLE



ANNEXE 2 : Couvertures des carnets de santé



ANNEXE 3 :

Fiche explicative sur le bilan des 3-4 ans

Direction de l'Enfance, de la Famille et de l'Insertion

CMP pour enfants et adolescents
Cabinet Médico-Psychologique
14, rue Saint-André - 57000 Metz
Tél. 03 87 56 30 84

CMP pour enfants et adolescents
10, rue d'Alsace - 57000 Metz
Tél. 03 87 57 17 43

CMP pour enfants et adolescents
Chemin Roger - 57000 Metz
Tél. 03 87 56 88 95

CMP pour enfants et adolescents
7 rue du Général Kuntz - 57000 Metz
Tél. 03 87 56 79 42

CMP pour enfants et adolescents
ZAC Vieux Sarras
Avenue de Spicheren - 57000 Metz
Tél. 03 87 84 08 04

CMP pour enfants et adolescents
47, rue de la Gare - 57000 Metz
Tél. 03 87 52 74 35

CMP pour enfants et adolescents
67, rue Foch - 57000 Metz
Tél. 03 87 85 10 00

CMP pour enfants et adolescents
31, rue d'Alsace - 57000 Metz
Tél. 03 87 79 67 50

CMP pour enfants et adolescents
2, rue du Président Robert Schuman
57000 Metz
Tél. 03 87 83 27 00

CMP pour enfants et adolescents
10 rue de l'Industrie Foch
57000 Metz
Tél. 03 87 56 18 46

CMP pour enfants et adolescents
10 rue de l'Industrie Foch
57000 Metz
Tél. 03 87 56 18 46

CMP WINNICOTT
11 avenue de l'Industrie Foch - 57000 Metz
Tél. 03 87 48 92 23

CMP
6 rue des Bains de Metz - 57000 Metz
Tél. 03 87 44 99 00

CMP
6, rue d'Alsace - 57000 Metz
Tél. 03 87 75 07 32

CAMSP
10, rue de l'Industrie Foch - 57000 Metz
Tél. 03 87 56 88 95

CAMSP
10, rue de l'Industrie Foch - 57000 Metz
Tél. 03 87 56 88 95

CAMSP
10, rue de l'Industrie Foch - 57000 Metz
Tél. 03 87 56 88 95

CAMSP
10, rue de l'Industrie Foch - 57000 Metz
Tél. 03 87 56 88 95

Enfance en Danger
Cabinet Départemental de recueil, de traitement
et d'évaluation des Indicateurs Préoccupants
N° Vert : 0 800 55 67 87

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA MOSELLE



Bilan de santé en école maternelle

Département Moselle Conseil Général

Division de la Protection Maternelle et Infantile

28/30 Avenue André Malraux • 57046 METZ CEDEX 1
Tél. 03 87 56 30 84 • Fax. 03 87 56 30 80 • www.cg57.fr

Bilan de santé en école maternelle



Chaque année, au cours de séances de dépistage organisées par le Conseil Général de la Moselle, il est constaté en moyenne :

- Une suspicion de trouble de l'audition chez 1 enfant sur 15
- Une suspicion de trouble de la vision chez 1 enfant sur 6
- Une suspicion de trouble du langage chez 1 enfant sur 6
- Une ou plusieurs caries chez 1 enfant sur 14
- Une obésité chez 1 enfant sur 20
- Une insuffisance pondérale chez 1 enfant sur 20

À des âges clés, au niveau de ses acquisitions, votre enfant fait l'objet de bilans de santé.

Entre son examen médical obligatoire à l'âge de 2 ans et celui, prévu avant son entrée au cours préparatoire il est nécessaire de dépister d'éventuels troubles pouvant le gêner dans sa vie future.

Au cours de l'année des 4 ans de votre enfant...

Un bilan de base est réalisé à l'école maternelle par l'infirmière ou la puéricultrice de Protection Maternelle et Infantile (PMI) du Conseil Général de la Moselle.

Il comporte un dépistage de troubles auditifs, visuels, du langage ainsi qu'une vérification des vaccinations, de l'hygiène bucco-dentaire et la mesure du poids et de la taille de l'enfant.

Il peut être complété par un examen médical effectué par un médecin du Service de Protection Maternelle et Infantile du Conseil Général de la Moselle



Si, au cours de ce bilan de santé effectué par les services du Conseil Général de la Moselle en école maternelle, une difficulté est repérée, les professionnels de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) vous orientent vers votre médecin traitant ou un spécialiste.

Dans ce cas, pour le bien-être de votre enfant, il est important :

- de consulter rapidement avec lui, un médecin ou le spécialiste désigné,
- d'assurer son suivi médical.

Votre médecin traitant ou spécialiste retournera ses conclusions au médecin de PMI. L'ensemble du dossier médical de votre enfant sera transmis au médecin du service de promotion de la santé en faveur des élèves avant son entrée au cours préparatoire

ANNEXE 4 : TABLEAU : Etat des interviewés

ETAT ENTRETIENS	Sexe : 3 femmes 9 hommes	Age : 2 < 40 ans 4 entre 40 et 55 ans 6 > 55 ans	Lieu d'activité : 7 urbains 3 semi-ruraux 2 ruraux	Exercice en PMI : 2 oui 7 non 3 postes brefs	Niveau social de la patientèle : 2 haut 6 moyen 4 bas
Entretien 1	Féminin	51 ans	Urbain	non	moyen
Entretien 2	Masculin	75 ans	Urbain	oui	bas
Entretien 3	Masculin	62 ans	Semi-rural	Remplacement	bas
Entretien 4	Féminin	57 ans	Rural	non	moyen
Entretien 5	Féminin	35 ans	Urbain	Stage d'interne	haut
Entretien 6	Masculin	56 ans	Urbain	non	moyen
Entretien 7	Masculin	53 ans	Semi-rural	non	moyen
Entretien 8	Masculin	37 ans	Semi-rural	non	moyen
Entretien 9	Masculin	60 ans	Rural	oui	moyen
Entretien 10	Masculin	57 ans	Urbain	Remplacement	bas
Entretien 11	Masculin	52 ans	Urbain	non	bas
Entretien 12	Masculin	54 ans	Urbain	non	haut

ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN

PMI

- définition
- missions : maltraitance, prévention, social pour la mère et l'enfant, centre de planification et éducation, pédiatrie, périnatalité, allaitement, modes d'accueil (assistantes maternelles et établissements d'accueil), familles en difficulté
- concurrence
- utilité
- reproches à leur faire

Que pensez-vous de la PMI ? Pour vous, la PMI qu'est-ce que c'est ? A quoi cela sert-il ? Si vous les aviez en face de vous que voudriez-vous leur dire ?

COORDINATION

- temps, organisation
- moyens
- dialogue médecins généralistes/PMI : suffisant ? utile ? pourquoi ?
- carnets de santé de l'enfant et carnet de maternité
- PMI dans votre réseau ?

Dans votre pratique, avez-vous des rapports avec la PMI ? Comment cela se passe-t-il ? Par quels moyens ? Ce dialogue est-il suffisant pour vous ? Pensez-vous qu'utiliser les carnets de santé améliore la prise en charge des patients, le dialogue avec la PMI ?

EXPERIENCE PERSONNELLE

Exemples positifs et/ou négatifs sur la prise en charge des patients et sur le dialogue.

Avez-vous des exemples de prise en charge de vos patients en PMI ? de dialogue avec la PMI ? Vous croyez ? Pouvez-vous approfondir/développer cette idée ? Mais encore ? Que voulez-vous dire par... ?

ORGANISATION

- sectorisation
- départemental (Conseil Général)
- budget
- information/apprentissage

SUGGESTIONS D'AMELIORATION

- plaquette récapitulative
- FMC

ANNEXE 6 :

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

CONNAISSANCES SUR PMI :

-Définition

-Organisation

connue / non

Avis :

-Missions :

*maltraitance

connue / non

*enfant/pédiatrie

connue / non

*mère/périnatalité/allaitement

connue / non

*centre de planification et d'éducation familiale

connue / non

*gardes d'enfant

connue / non

*familles en difficulté/social

connue / non

Avis, commentaires :

POINTS DE VUE SUR LA PMI :

-Concurrence

oui / non

Pourquoi ?

-Utilité, Points Positifs

oui / non

Pourquoi ? citer et expliquer

-Points Négatifs

oui / non

Citer et expliquer

DIALOGUE PMI/MEDECINE GENERALE :

-suffisant ?

oui / non

-utile ?

oui / non

-moyens utilisés

-carnet de santé mère ou enfant

-dans leur réseau ?

SUGGESTIONS D'AMELIORATION

ANNEXE 7 : TABLEAU : Connaissances des Interviewés

Thèmes Entretiens	Organisation	Maltraitance	Pédiatrie	Périnatalité / Gynécologie	Gardes d'enfant	Centres planification et éducation familiale	Familles en difficultés	Visites à domicile
Entretien 1	+	+	+	+	-	-	+	+
Entretien 2	+	+	+	+	-	-	+	-
Entretien 3	-	-	+	+	-	-	+	-
Entretien 4	+	+	+	+	-	-	+	+
Entretien 5	-	-	+	+	+	-	+	+
Entretien 6	+	-	+	+	-	-	+	+
Entretien 7	-	-	+	+/-	-	+/-	+	+
Entretien 8	-	+	+	-	-	+/-	+	-
Entretien 9	+	+	+	+	-	-	+	+
Entretien 10	-	+	+	-	-	-	+	-
Entretien 11	-	+	+	+	-	-	+	+
Entretien 12	-	+	+	-	-	-	+	-

 : mission connue de l'interviewé

 : mission non connue de l'interviewé

 +/- l'interviewé se pose la question, s'interroge sur le fait que cette mission soit prise en charge par la PMI ou non

ANNEXE 8 :

**TABLEAU : points de vue positifs sur la PMI,
utilité de la PMI**

ENTRETIENS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
POINTS DE VUE POSITIFS												
Utilité pour les populations défavorisées	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gratuité	+	+	+	+			+				+	
Visites à domicile	+			+	+	+	+		+		+	
Prévention Education et Santé Publique		+	+				+		+			
Travail et suivi de qualité	+	+				+						
Enquête lors d'un doute sur une maltraitance											+	+
Vaccinations			+							+		
Aide au médecin généraliste dans des situations difficiles à gérer seul				+								
Professionnalisation et suivi des Assistantes Maternelles					+							
Utile lorsqu'il n'y a plus de généraliste dans le secteur							+					
Utile surtout en ville								+				
Utile dans la mesure où elle reste locale									+			
Utile lors d'un contage tuberculeux										+		

Chaque  représente le fait que l'interviewé concerné a exposé la proposition de gauche lors de l'entretien.

TABLEAU : points de vue négatifs sur la PMI

ENTRETIENS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
POINTS DE VUE NEGATIFS												
Manque de retours, de transmissions (7)	+				+	+	+	+		+		+
Difficultés pour les joindre (5)	+			+	+	+		+				
Variabilité des équipes (4)				+		+			+			+
Manque de moyens (3)		+		+					+			
Impression de doublon, surmédicalisation (2)						+	+					
Médecins de PMI non investis (2)		+				+						
Nombre de personnels en baisse				+								
PMI vue comme des gendarmes par certains patients				+								
Professionnalisation trop stricte des Assistantes Maternelles					+							
Difficultés administratives pour les personnels de PMI pour se réunir				+								
Manque de qualité des messages donnés aux patients							+					

Chaque + représente que l'interviewé concerné pensait la proposition de gauche

ANNEXE 9 :

TABLEAU : Dialogue entre PMI et Médecins généralistes

Questions Entretiens	Suffisant ?	Utile ?	PMI dans leur réseau ?
Entretien 1	non	oui	oui
Entretien 2	non	oui	oui
Entretien 3	oui	oui	oui
Entretien 4	non	oui	oui
Entretien 5	non	oui	oui
Entretien 6	oui	oui	oui
Entretien 7	oui	non	non
Entretien 8	oui	non	oui
Entretien 9	oui	oui	non
Entretien 10	oui	oui	oui
Entretien 11	oui	oui	oui
Entretien 12	oui	oui	oui

ANNEXE 10 :

TABLEAU : Suggestions pour améliorer ce dialogue

Suggestions \ Entretiens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Plaquette récapitulative					+		+	+			+	+
Formation Médicale Continue						+	+	+			+	+
Personnel de PMI plus stable				+		+			+			
Courriers, comptes rendus envoyés	+				+			+				
Efforts des deux côtés pour communiquer	+	+				+						
Plus de moyens en PMI (dont personnel)		+		+					+			
Plus de rencontres généralistes/PMI		+		+								
Médecins de PMI plus informés et investis		+				+						
Médecins généralistes plus formés et intéressés		+										
Information reçue au moment de l'installation					+							

Chaque **+** correspond au fait que l'interviewé concerné était pour la proposition de gauche.

ANNEXE 11 :

Plaquette récapitulative

PMI Protection Maternelle et Infantile

Familles en difficulté

Suivis particuliers d'enfants

Doutes sur une maltraitance

Agrément des assistantes

Pour tous ces problèmes,
n'hésitez pas à joindre la PMI.
Un service médico-social de prévention
utile pour votre pratique.

PMI – Secteur de

Numéro de téléphone

Une vignette peut être collée en bas de plaquette
afin d'ajouter le numéro de téléphone du secteur où le médecin travaille.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMPST	Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CSP	Code de Santé Publique
Dc	Docteur
ED	Eulalie Delannoy=intervieweur
ENC	Examen National Classant
FMC	Formation Médicale Continue
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RAM	Relais d'Assistantes Maternelles
TISH	Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale

BIBLIOGRAPHIE

1. Fresson J. Les relations entre médecins généralistes et service de PMI. Thèse : Med : Université de Nancy I. 1998 ; 103.
2. Elchardus D. Dialogue entre médecins généralistes et médecins de protection maternelle et infantile : enquête réalisée sur un secteur de Reims. Thèse : Med : Université de Reims Champagne-Ardenne. 2008 ; 112.
3. République française. Ordonnance n° 45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile. JO du 5 novembre 1945 p7297.
4. Jacquinet H. La relation maternité-PMI dans le post-partum en Moselle : un exemple de liaison au sein du réseau périnatal lorrain. Mémoire : sage-femme : école de sage-femme Pierre Morlanne de Metz. 2006 ; 20.
5. République française. Décret n° 47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'Etat de puéricultrice. JO du 20 août 1947 p8210.
6. République française. Décret n° 62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile. JO du 24 juillet 1962 p7310.
7. République française. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances. JO du 29 décembre 1967 p12861.
8. République française. Loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974 relative à la régulation des naissances. JO du 5 décembre 1974 p12123.
9. République française. Loi n° 70-633 du 15 juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire des certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs. JO du 17 juillet 1970 p6657.

10. République française. Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions. JO du 3 mars 1982 p730.
11. République française. Loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, modifiant le Code de santé publique. JO du 19 décembre 1989 p15735.
12. République française. Décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré- et post-natal. JO du 16 février 1992 p2505.
13. République française. Décret n° 92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile. JO du 12 août 1992 p10972.
14. République française. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. JO du 31 juillet 1998 p11679.
15. République française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JO du 5 mars 2002 p4118.
16. République française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JO du 11 août 2004 p14277.
17. République française. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JO du 12 février 2005 p2353.
18. République française. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. JO du 6 mars 2007 p4215.
19. République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO du 22 juillet 2009 p12184.

20. Code de la Santé Publique. Article L2112-1 et les suivants.
21. Plantaz D. Protection Maternelle et Infantile Santé Scolaire. Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble septembre 2004 [consulté le 10/01/2011] disponible à partir de : URL : <<http://www-sante.ujf-grenoble.fr>>
22. République française. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JO du 7 juillet 2001 p10823.
23. République française. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. JO du 17 août 2004 p14545.
24. République française. Arrêté du 21 juin 2007 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse dit « carnet de santé maternité ». JO du 28 juillet 2007 p12749.
25. Mahieu-Caputo D. Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ?. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2010 ; 38 : 83-91.
26. Payan D. Une mission de santé publique. Moselle Magazine 2010 ; 58 : 12-3.
27. Barot D, Caret A-S, Bonhomme C, Perrier S, Farhi D. Bilans de santé recherche-action sur les bilans de santé des enfants de 3 et 4 ans réalisés par la Protection Maternelle et Infantile dans les écoles maternelles de la Somme. Journal de Pédiatrie et de Puériculture 2003 ; 16 : 4-11.
28. Le Conseil Général veille à la santé des plus petits. Moselle Magazine 2010 ; 59 : 19.
29. Roussey M, Morellec J, Sénécal J. Certificats de santé de la première enfance et bilans de santé en école maternelle : des outils au service de la promotion de la santé d'une collectivité. Archives de Pédiatrie 2005 ; 12(6) : 744-6.

30. Bois C, Binot M-C, Jonqua F, Guillemot G, Brémond-Gignac D. Dépistage des troubles visuels entre 3 et 5 ans : expérience du service départemental de la Protection Maternelle et Infantile dans les Hauts-de-Seine. *Journal Français d'Ophtalmologie* 2007 ; 30(6) : 570-6.
31. Morellec J, Balençon M, Roussey M. Le réseau PMI : hôpital pour la prévention précoce et la prise en charge de la maltraitance en Ile-et-Vilaine. *Archives de Pédiatrie* 2005 ; 12(6) : 669-71.
32. Conseil Général de Moselle. Rapport d'activités des services 2007.
33. Joutel A. Diversifier les modes d'accueil augmenter le nombre de places. *Moselle Magazine* 2011 ; 61 : 15-8.
34. Bailleau G. L'offre d'accueil collectif des enfants de moins de six ans en 2008. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 2010 ; 23 : 168-75.
35. Cadart M-L. Les crèches dans un réseau de prévention précoce. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 2009 ; 22 : 197-201.
36. Bauduin D, Bouhafs A, Gibot R, Oliver C. Les puéricultrices de protection maternelle et infantile et la fracture sociale. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 1997 ; 10(7) : 423-9.
37. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. 2^{ème} éd. Paris : Armand Colin ; 2009.
38. Kaufmann J-C. L'entretien Compréhensif. 2^{ème} ed. Paris : Armand Colin ; 2007,2008.
39. L'Assurance Maladie. Chiffres et Repères édition 2008 [consulté le 10/01/2011]
disponible à partir de : URL :<[http ://www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)>

40. Nicodeme R, Deau X. Document de références en MEDECINE GENERALE à l'usage des Commissions de qualification du CNOM. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 26 juin 2008 [consulté le 10/01/2011] disponible à partir de : URL : <<http://www.conseil-national.medecin.fr>>
41. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique 2008 ; 5(20) : 489-500.
42. Tuffery-Soubeyrand D. Prise en charge du nourrisson en médecine générale : résultats d'une enquête dans les Ardennes en 2006. Thèse : Med : Université de Reims Champagne-Ardenne. 2006 ; 120.
43. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecins générale : une typologie des consultations et visites. Etudes et Résultats [on line] 2007 ; août(588).
44. L'Assurance Maladie. La consommation de soins des enfants de moins de trois ans. point de conjoncture n°7.2002 [consulté le 10/01/2011] disponible à partir de : URL : <<http://www.ameli.fr>>
45. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Médecine Générale en crise : faits et questions. Médecine 2006 ; mai : 223-8.
46. Fauvet L. Les affections des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. Etudes et Résultats [on line] 2010 ; février(720).
47. Ambroise-Thomas P. rapport adopté le 17 février 2009. La démographie médicale. Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. [consulté le 10/01/2011] disponible à partir de : URL : <<http://www.academie-medecine.fr>>
48. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociologies Pratiques 2007 ; 14 : 18-30.

49. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Le renouvellement des effectifs médicaux. Le rapport 2008-2009. Tome 3. [consulté le 10/01/2011]
disponible à partir de : URL : <<http://www.sante-sports.gouv.fr>>
50. Colin M-P, Acker D. Les centres de santé : une histoire, un avenir. Santé Publique 2009 ; 21 : 57-65.
51. Le Fur P. Le temps de travail des médecins généralistes. Questions d'économie et de la santé juillet 2009 ; 144 : 1-8.

VU

NANCY, le **17/01/2011**
Le Président de Thèse

NANCY, le **21/01/2011**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. MONIN

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3527

NANCY, le 27/01/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RESUME DE LA THESE

A l'heure de la réorganisation du système de santé français, les missions du médecin généraliste sont redéfinies et la coordination entre les professionnels de santé incitée. La PMI et les médecins généralistes ont un domaine de compétence en commun : les femmes, les jeunes mères et les enfants. Leur dialogue est primordial. Pourtant leurs échanges sont rares.

L'objectif de ce travail est de déterminer les raisons de ce peu de liens et de vérifier si ce dialogue est suffisant qualitativement en Moselle. La perception de la PMI par les médecins généralistes a été étudiée au travers d'une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes installés en Moselle. Ces médecins ont été sélectionnés par réseau pour être d'âge, de sexe et de lieu d'exercice différents afin d'élargir les points de vue sur la PMI. L'analyse des données indique, finalement, que ce dialogue est jugé suffisant. La concurrence n'existe plus entre ces deux acteurs mais les connaissances des médecins généralistes sur la PMI mériteraient d'être affinées. L'idée d'une plaquette récapitulant les rôles de la PMI et de séances de FMC a été proposée. L'amélioration de cette collaboration doit passer par des actions partagées.

Le médecin généraliste a un rôle primordial de premier recours dans le système de santé qui se dessine. La restructuration de ce système de santé est un espoir pour sauver notre protection sociale. Des solutions sont évoquées dans ce travail pour en potentialiser les possibilités.

TITRE EN ANGLAIS

General Practitioners' perception of Mother and Child Protection:
Qualitative survey with General Practitioners practicing in the Moselle department of France.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2011

MOTS CLEFS : Protection Maternelle et Infantile, Médecin généraliste, Dialogue, Prévention, Qualitatif

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY-1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

RESUME DE LA THESE

A l'heure de la réorganisation du système de santé français, les missions du médecin généraliste sont redéfinies et la coordination entre les professionnels de santé incitée. La PMI et les médecins généralistes ont un domaine de compétence en commun : les femmes, les jeunes mères et les enfants. Leur dialogue est primordial. Pourtant leurs échanges sont rares.

L'objectif de ce travail est de déterminer les raisons de ce peu de liens et de vérifier si ce dialogue est suffisant qualitativement en Moselle. La perception de la PMI par les médecins généralistes a été étudiée au travers d'une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes installés en Moselle. Ces médecins ont été sélectionnés par réseau pour être d'âge, de sexe et de lieu d'exercice différents afin d'élargir les points de vue sur la PMI. L'analyse des données indique, finalement, que ce dialogue est jugé suffisant. La concurrence n'existe plus entre ces deux acteurs mais les connaissances des médecins généralistes sur la PMI mériteraient d'être affinées. L'idée d'une plaquette récapitulant les rôles de la PMI et de séances de FMC a été proposée. L'amélioration de cette collaboration doit passer par des actions partagées.

Le médecin généraliste a un rôle primordial de premier recours dans le système de santé qui se dessine. La restructuration de ce système de santé est un espoir pour sauver notre protection sociale. Des solutions sont évoquées dans ce travail pour en potentialiser les possibilités.

TITRE EN ANGLAIS

General Practitioners' perception of Mother and Child Protection:
Qualitative survey with General Practitioners practicing in the Moselle department of France.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2011

MOTS CLEFS : Protection Maternelle et Infantile, Médecin généraliste, Dialogue, Prévention, Qualitatif

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY-1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex