Université Bordeaux 2 – Victor Ségalen

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2014 N° 151

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR en MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Laurine DUFOUR

Née le 03 Juin 1983 à Pessac

Le 5 Décembre 2014

Collaboration entre le service de Protection Maternelle et Infantile et les Médecins Généralistes dans la prise en charge de l'enfant de moins de six ans :

Enquête qualitative croisée auprès de médecins de PMI et de médecins généralistes installés en Gironde.

Directeurs de thèse

Monsieur le Docteur Gérard DUCOS

Madame le Docteur Corinne MAYER

Rapporteur

Monsieur le Docteur François PETREGNE

Jury

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX	Président
Monsieur le Professeur Pascal BARAT	Juge
Madame le Docteur Corinne MAYER	Juge
Monsieur le Docteur Gérard DUCOS	Juge

REMERCIEMENTS.

À mon Jury,

À Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX

Professeur des Universités

Médecin généraliste

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse et de la présider.

Votre engagement dans la recherche et l'enseignement en médecine générale y apporte d'autant plus d'importance.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Pascal BARAT

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Pédiatre

Je vous remercie d'avoir accepté aussi facilement et de me faire l'honneur de juger cette thèse.

Votre travail, auprès des enfants et pour la promotion de l'éducation thérapeutique, me touche particulièrement.

À Monsieur le Docteur François PETREGNE

Maître de conférences associé

Médecin généraliste

Je vous suis reconnaissante de siéger à ce jury et d'avoir évalué ce travail, malgré les contraintes de temps.

Veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur Corinne MAYER

Pédiatre

Médecin directeur adjoint du service de PMI de la Gironde

Je vous remercie d'avoir accepté la direction de cette thèse, d'avoir eu la patience de corriger mes imprécisions de néophyte, et surtout de toujours m'avoir encouragée, y compris dans les moments de doute.

Veuillez recevoir toute ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Gérard DUCOS

Professeur associé

Médecin généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté la direction de cette thèse et d'y avoir apporté votre touche personnelle. Pour m'avoir transmis le goût de la médecine générale, en premier lieu lors de mon stage d'externe dans votre cabinet et m'avoir suivie depuis, tout au long de ces études.

À tous les médecins ayant participé à cette étude.
Pour votre confiance et l'honnêteté de vos réponses, sans qui ce travail n'aurait été possible.

Au Docteur Karine LE BOURGEOIS, pédiatre de PMI, sans qui l'idée de cette thèse n'aurait vu le jour.
Aux Docteurs Françoise OUSTALOUP et Yasmine SALORT pour votre aval (au nom du service de PMI) à la réalisation de ce travail.
Au Dr Hanta RAMAROSON, médecin du service d'épidémiologie et de statistiques médicales du conseil général de la Gironde, pour votre aide concernant les données statistiques.
À Mme Béatrice JACQUES, docteur en sociologie, maître de conférence à l'Université Victor Ségalen Bordeaux 2, pour votre aide à l'élaboration des guides d'entretien.
Aux Docteurs Brigitte LLANAS et Vanessa VAUTIER pour votre soutien initial.

À mes professeurs, le Docteur PICARD pneumologue**, les Docteurs RAULT et MORAND** du service de médecine interne de l'Hôpital d'instruction des armées Robert Picqué et **le Docteur CERDA** du service de gériatrie de la Maison de santé protestante de Bagatelle et aux médecins du service des urgences de Langon.
Vous m'avez appris la rigueur de la démarche médicale et nous avons partagé ces moments forts qui jalonnent l'exercice de la médecine.

À mes maîtres de stage de médecine générale,
Le Docteur GAUDARD qui m'a enseigné la médecine générale comme je l'aime, m'a fait confiance et m'a rendu le séjour à Périgueux moins pénible.
Le Docteur Géraldine VANDERSNICKT qui m'a beaucoup appris, pour nos « débriefings post-consultations » quotidiens autour d'un sandwich et à ses patients pour leur accueil et leur confiance.

Au Docteur Hélène CARREZ-LOUYS, qui m'a accueillie pour mes premiers remplacements. À tes encouragements pour ce travail, bien qu'intéressés (promis, je reviens bientôt !)
Aux Docteurs Didier MARION et Sylvie AUNEY, chez qui j'ai trouvé ma place.

À ma famille,

À Hervé, du stage sémio à ce jour, tu m'auras vu éclore comme médecin, fidèle, j'espère, à nos idéaux. Chaque instant avec toi est une chance. À notre voyage prochain, où qu'il nous mènera !
« Y'a des mots comme « te quiero », (…) mais pour c'qu'y a entre sa peau et ma peau, y a pas d'mot, y a pas d'mot… » [*]

À Solal et Nanouk, mes enfants déjà si grands. Vous avez parfois compliqué ces études mais vous m'avez surtout portée et vous illuminez ma vie. J'espère continuer à trouver le temps de vous transmettre ce qui fait notre bonheur ; mais vous savez déjà y goûter à pleines dents…

À mes parents, Dominique et Marie-Claude, pour votre philosophie de la vie, votre éducation, pour nous montrer que l'amour rime encore parfois avec toujours, pour votre soutien, notamment lors des deux premières années de ces études et pour votre nouvelle vie !

À ma sœur Marie-Anne, pour ta présence indéfectible malgré ce « putain » d'accident. À ce beau projet futur ; et aux « cousines », **Anna** (pour m'avoir tellement donné envie de devenir mère) et **Nelle.** Vous êtes les plus fortes !

À ma belle famille, qui m'a si bien accueillie.
À Ginette, déjà partie, à **Michel** qui m'a encouragée à sa manière, on n'est pas Breton pour rien !
À Armèle, Michel et Stevan, bon c'est quand que vous venez dans le Sud-Ouest ?

[*] « Les mots » La Tordue

À mes amis,

À Céline, partie bien trop tôt, à ta leçon de courage face à la maladie ; **À Benoît** qui se débrouille très bien ; et à vos enfants qui sont géniaux. On fait ce que l'on peut pour les aider à grandir.

À la bande des « vieux » :
À Bernard et Lulu, pour ma place dans votre famille ; et particulièrement à Lulu pour ton travail pour cette thèse, pour la retranscription de certains entretiens et l'aide à la mise en page.
Aux Kikis, Janine discrète mais toujours présente et Christian toujours prêt à donner un coup de main, pour ta connaissance encyclopédique et ton accent du Médoc…

À la bande de la fac :
Claire, pour le chemin parcouru ensemble de la terminale jusqu'à cette année où nos enfants partagent la même école, en passant par ces P1 difficiles (et maintenant à ton tour pour la thèse !), et **David** (non tu n'arriveras pas à décroître !) pour les « coups de main » en informatique ;
Laure, pour ton énergie, ton soutien au quotidien, ta relecture et tout simplement pour ton amitié, et **Franck** devenu coach personnel des enquêtes qualitatives ;
Amandine pour ton œil clinique (on ne peut rien te cacher !), ta bonne humeur et la course à la soutenance, et **Thomas** pour ta touche d'adolescent mais quand même professeur ;
Anne-Sophie, pour ton courage (enfin pas face aux serpents !), la chirurgienne de la bande et à **François**, car il faut « vivre » aussi ;
Kaoutar et Bilal, bien que loin, merci pour ce mariage inoubliable ;
Enfin à tous vos enfants qu'il serait trop long d'énumérer et qui font monter le niveau sonore de nos repas…

À Céline, pour ces moments de l'adolescence où nous avons construit nos rêves, à ta vie bien loin mais dans la nature et à ta thèse de science (docteur avant moi !) ; et **Guillaume** pour ton côté décalé et magnétiseur… et bien sûr à **Gabin et Cassien**.

À Caro, pour tous nos fous rires, pour la vie que tu construis loin de ton milieu familial ; **Damien** pour la rendre heureuse et à **Basile et numéro 2**.

À Franck et Cécile pour un modèle de vie sans prise de tête, pourtant il y aurait eu de quoi ; et à **Clotilde et Gabin**, pour montrer à nos enfants que l'on peut être calme et s'amuser quand même.

À Kitterie et Baptiste, pour notre nouvelle rencontre autour de Winckler, à votre beau projet et à cette fête à Oléron.

TABLE DES MATIÈRES

I – JUSTIFICATION 13

1.1. LE SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE : PMI 13

1.1.1. Un dispositif ancien qui a connu des évolutions considérables 13

1.1.1.1. Naissance du service de PMI en 1945 13
1.1.1.2. De 1945 à 1982 : De la protection vers la prévention 15
1.1.1.3. A partir de 1982-1983 : Décentralisation 17

1.1.2. Les missions actuelles 19

1.1.3. Le financement 23

1.1.4. Le service de PMI en Gironde 24

1.2. LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE 29

1.2.1. Démographie et évolution des pratiques 29

1.2.2. Prise en charge des enfants en médecine générale 30

1.2.3. Les réseaux de soins informels 31

1.3. LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS AUPRÈS DES ENFANTS EN GIRONDE : QUELQUES DONNÉES CHIFFRÉES 33

1.3.1. Démographie des généralistes et pédiatres libéraux en Gironde 33

1.3.2. Les certificats obligatoires 33

1.3.2.1. Certificat du 9ème mois en Gironde 34
1.3.2.2. Certificat du 24ème mois en Gironde 35

1.3.3.Transfert de responsabilités 36

1.4. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE 37

1.5. SYNTHÈSE 39

II – MÉTHODE 41

2.1. TYPE D'ÉTUDE 41

2.2. POPULATION ÉTUDIÉE 41

2.3. OUTILS 42

2.4. DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE 43

2.5. ANALYSE DES RÉSULTAS 44

III – RÉSULTATS 46

3.1. LA POPULATION 46

3.1.1. Médecins de PMI 47

3.1.1.1. Caractéristiques démographiques 47
3.1.1.2. Formation 49

3.1.2. Médecins généralistes 50

3.1.2.1. Caractéristiques démographiques 50
3.1.2.2. Formation 52

3.1.3. Synthèse 53

3.2. LE SERVICE DE PMI DANS L'ORGANISATION DES SOINS 54

3.2.1. Les actions du service de PMI pour les médecins généralistes 54
3.2.2. Les atouts du service 54
3.2.3. Les points faibles du service 55
3.2.4. Synthèse 56

3.3. LA MÉDECINE GÉNÉRALE DANS L'ORGANISATION DES SOINS 57

3.3.1. Les aspects positifs 57
3.3.2. Les aspects négatifs 58
3.3.3. Des pratiques disparates 59
3.3.4. Synthèse 60

3.4. UNE COLLABORATION QUASI INNEXISTANTE… 61

3.4.1. État des relations 61
3.4.2. Les problèmes mis en avant 62
3.4.3. Une situation qui semble pourtant convenir aux médecins généralistes 64
3.4.4. Synthèse 66

3.5. … MAIS QUI PARFOIS FONCTIONNE 67

3.5.1. Dans quelles situations ? 67
3.5.2. Pourquoi ? 69
3.5.3. Avec qui ? 70
3.5.4. Comment ? 71
3.5.5. Synthèse 72

3.6. LES ATTENTES 73

IV – DISCUSSION 75

4.1. DISCUSSION DE LA MÉTHODE 75

4.1.1. Le choix de la recherche qualitative 75
4.1.2. Le recrutement 76
4.1.3. Le recueil des données 78
4.1.4. L'analyse des résultats 80

4.2. DISCUSSION DES RÉSULTATS 81

4.2.1. Des déterminants socioprofessionnels impliqués dans la collaboration ? 81
4.2.2. Le service de PMI : quelle place actuelle ? 86
4.2.3. La médecine générale d'exercice libéral : sa prise en charge du patient et son rôle dans la prévention 88

4.3. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES 92

4.3.1. Améliorer les parcours de soins 92
4.3.2. Un nécessaire travail d'information et de formation 95
4.3.3. Une collaboration à institutionnaliser, une mission pour l'ARS ? 98

V – CONCLUSION 102

VI – ABRÉVIATIONS 103

VII – BIBLIOGRAPHIE 105

VIII – ANNEXES 109

ANNEXE 1 : La puéricultrice rassure mes parents 109
ANNEXE 2 : Aux origines de la pédiatrie sociale 110
ANNEXE 3 : Pré-guide 111
ANNEXE 4 : Guides d'entretien 112
ANNEXE 5 : Carnet de santé : examen des trois ans 116
ANNEXE 6 : Exemples d'entretiens 117

Au cours de mon internat, à l'occasion des quelques jours de stage hors cabinet, j'ai pu découvrir les actions que peut offrir le service de PMI. J'ai été étonnée de découvrir à quel point ces actions sont méconnues et « sous exploitées » par les médecins généralistes. Inversement, les médecins de PMI ne bénéficient que de peu d'informations issues des médecins généralistes.

Pourtant le service de PMI, service du Conseil Général, se situe à la charnière du sanitaire et du social, de l'individuel et du collectif, des actions de prévention et des actions de soutien à la parentalité. Les professionnels de PMI peuvent se rendre au domicile des femmes enceintes ou ayant accouché pour un accompagnement, devenu d'autant plus nécessaire que les séjours en maternité sont raccourcis. Ils prennent en charge les conséquences de la vulnérabilité psychique et sociale des familles et peuvent intervenir dans les difficultés de la parentalité.

Les professionnels de PMI exercent au sein des Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion (MDSI) avec le service social et sont partenaires avec la CAF, les municipalités et l'éducation nationale, entre autres. Ils participent au réseau de périnatalité et, sont en liaison avec les pédiatres, les centres d'action médico-sociaux précoces (CAMSP) et les établissements de santé (1).

En revanche, malgré leur participation au dispositif de protection maternelle et infantile et leur rôle de premier recours, de médecin de famille et de coordinateur de la continuité des soins, une enquête révèle que moins de 5% des généralistes ont eu des contacts avec un médecin de PMI au sujet d'un patient, au cours des 15 jours précédant l'enquête. Cette enquête, réalisée par l'observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, visait à décrire les différents réseaux professionnels informels des médecins généralistes en 2007 concernant les régions de Basse - Normandie, de Bourgogne, de Bretagne, des Pays de la Loire et de Provence-Alpes-Côte d'Azur (2).

Conscient de ce problème de communication avec les médecins généralistes, le service de PMI a d'ailleurs effectué une campagne d'information auprès de ces derniers et également des pédiatres via le bulletin départemental de l'ordre des médecins de mai 2012, afin d'expliquer le rôle des puéricultrices de PMI (3). Une campagne médiatique plus récente, sur le même thème, a été faite en direction du grand public. (Annexe 1)

Trois thèses sur ce thème ont été réalisées : En 1988 déjà, Jeanne Fresson soulignait l'importance de ces échanges et leur caractère peu fréquent dans les Vosges (4). Denis Elchardus, à Reims en 2008, confirme cette faiblesse du dialogue et du niveau de connaissance sur le service de PMI, grâce à une enquête auprès des généralistes (5). Seule Eulalie Delannoy-Pernin (6) aborde cette question à partir d'une enquête qualitative, du point de vue des médecins généralistes, réalisés en 2011 en Moselle.

Afin de recueillir les perceptions de chacun concernant les pratiques et les complémentarités entre les professionnels de PMI et les médecins généralistes dans la prise en charge de l'enfant de 0 à 6 ans, nous avons réalisé des entretiens auprès de médecins de PMI et de médecins généralistes. J'espère par ailleurs pouvoir en tirer des pistes de réflexion visant à améliorer la prise en charge de l'enfant et de sa famille.

I. JUSTIFICATION

1.1 LE SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE : PMI.

Afin de comprendre le dispositif actuel et d'aboutir aux différentes actions du service de PMI, il convient de revenir sur l'histoire de sa mise en place.

1.1.1 ***Un dispositif ancien qui a connu des évolutions considérables.***

1.1.1.1 *Naissance du service de PMI en 1945*.

Les règles de protection des nouveau-nés et des enfants ont été mises en place depuis le 19ème siècle avec la création de l'œuvre des «gouttes de lait» en 1894 (annexe 2), l'organisation des études de sage-femme et de puériculture, la loi Roussel de protection de l'enfance de 1874 (qui instaure le contrôle des nourrices et des enfants placés de moins de 2 ans) et la loi Strauss de 1911 sur le repos obligatoire après l'accouchement (de 4 semaines avec une faible indemnisation) (1).

Après la seconde guerre mondiale, l'essor démographique est « attendu ». Mais la mortalité infantile atteint un taux de 110 pour mille. Sont mises en cause une mauvaise alimentation, une surveillance médicale des femmes enceintes insuffisante et une hygiène précaire à l'origine d'infections fréquentes et de maladies contagieuses.

L'ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile (7) permet de passer du système d'assistance à celui d'un système généralisé de protection sanitaire et sociale pour « toutes les femmes enceintes, pour toutes les femmes dans les suites de couches, pour les enfants de 0 à 2 ans dits du 1er âge et pour tous les enfants de 2 à 5 ans révolus dits du 2^{éme} âge ».
Elle est également le texte fondateur de la création des services de PMI qui est rendue obligatoire au niveau départemental (rattaché à l'époque à la Direction Départementale de la Santé).

Les nouvelles mesures consistent en :

- Une action conjuguée des médecins et assistantes sociales
- Le certificat prénuptial (instauré sous le régime de Vichy. Il n'est plus obligatoire depuis le 1er juillet 2008.)
- Des consultations pré et post-natales gratuites
- La surveillance médicale des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans
- L'éducation des mères
- L'utilisation d'un carnet de santé

La même année, les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 (8) généralisent et uniformisent les prestations de la Sécurité Sociale en France, le service d'Hygiène scolaire est créé puis les Prestations Familiales en 1946.

1.1.1.2 *De 1945 à 1982 : De la protection vers la prévention.*

Les problèmes de survie des nouveau-nés et des jeunes enfants sont largement maîtrisés dès le début des années 1960 grâce à l'élévation du niveau de vie, à la généralisation de la sécurité sociale et au recours massif à la vaccination.

Ainsi le décret du 19 juillet 1962 (9), puis la loi du 6 juillet 1964 (10), réorganisent les services, notamment par la mise en place d'une direction du service de PMI confiée à un médecin dans chaque service et par la création de circonscriptions divisées en secteurs de 6000 à 9000 habitants. Il est également fait appel à des assistantes sociales qui s'assurent que les enfants reçoivent les soins nécessaires et de la bonne utilisation des allocations. Les priorités sont redéfinies en privilégiant la protection des enfants en danger et la surveillance des nourrices. L'envoi des avis de naissance à la Direction Départementale de la Santé devient obligatoire.

C'est également à ce moment que la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) est créée dans chaque département, sous l'autorité du préfet. Elle coordonne les actions des différents services publics des domaines sanitaire et social dans le cadre de la réorganisation générale des services de l'Etat.

Contrairement au taux de mortalité infantile† (de 52 pour mille en 1950 contre 18,2 pour mille en 1970 (11)), le taux de mortalité périnatale‡ reste élevé (23,4 pour mille en 1970) tout comme le nombre de handicaps liés aux conditions de grossesse et d'accouchement. Le plan 1970-1975, premier plan relatif à la périnatalité, a donc pour objectif la lutte contre la mortalité et la morbidité périnatales. Les trois certificats de santé obligatoires du 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois sont mis en place. Le service de PMI participe au suivi de grossesse, aux examens cliniques de dépistage, à l'accompagnement médico-social des familles et à l'enregistrement des données à visée statistique.

---

† Rapport du nombre d'enfants morts à moins d'un an à l'ensemble des enfants nés vivants

‡ Rapport du nombre d'enfants morts à moins de 7 jours et de mort-né après un terme de 22 semaines d'aménorrhée ou ayant un poids d'au moins 500 g à l'ensemble des naissances.

Des postes de sages-femmes, puéricultrices, psychologues, conseillères conjugales et travailleuses familiales sont créés.

La loi n°77-505 du 17 mai 1977 (12) crée le statut d'Assistante Maternelle et prévoit son dispositif d'encadrement : agrément, contrôle et surveillance de ces professionnelles.

La loi n°75-534 du 30 juin 1975 (13) en faveur des personnes handicapées a prévu la création de structures chargées de soins et de rééducation ambulatoire pour les enfants de 0 à 6 ans : ce seront les CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) en 1976.

Par ailleurs la loi du 4 décembre 1974, faisant suite à la loi Neuwirth de décembre 1967 sur la légalisation de la pilule contraceptive, permet le développement réel des mesures de régulation des naissances et d'éducation familiale. Le service de PMI se voit confier la mission d'organiser les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) existant avant de manière clandestine puis associative, favorisant ainsi l'accès pour tous à des mesures modernes de maîtrise de la fécondité. La gratuité a été prévue (décret du 5 mai 1975) en particulier pour les personnes en difficulté économique ou pour respecter l'anonymat.

La loi Veil de 1975 sur l'IVG rajoute aux missions des CPEF les entretiens sociaux pré et post IVG.

1.1.1.3 A partir de 1982-1983 : Décentralisation.

La loi n°82-213 du 2 mars 1982 transfère une partie des compétences de service public de l'Etat aux collectivités territoriales, notamment dans les domaines de la Protection Maternelle et Infantile, de l'Action Sociale Départementale et de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Les services de PMI ne sont plus sous la tutelle du ministère de la Santé, ce sont les Conseils Généraux qui dans chaque département en ont la responsabilité.

La circulaire du 16 mars 1983 incite les services départementaux de PMI à intensifier et à élargir leurs actions de prévention afin de permettre l'accès aux soins aux plus démunis.

En 1989, le législateur vote la loi n°89-899 du 18 décembre 1989 (14) « 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 au transfert de compétences en matière d'aide sociale et de santé » et établit l'organisation et les missions des services départementaux de PMI, seules compétences sanitaires globales décentralisées dont les missions obligatoires sont partagées et financées entre l'Etat, les départements et les organismes de sécurité sociale.

La loi de 1989 promeut de nouveaux concepts préventifs qui font désormais partie de l'esprit des textes : « Les problèmes de santé publique ne peuvent plus se poser simplement en termes de lutte contre la morbi-mortalité, mais en termes de promotion de la santé globale. »

La France, cosignataire de la convention internationale des droits de l'enfant des Nations Unies, promulguée en novembre 1989, s'engage à garantir aux enfants, droit à la vie, à la santé, à l'éducation, à la famille, à la protection contre les discriminations et à la protection contre l'exploitation sexuelle et la maltraitance.

Le décret d'application de la loi de 1989 du 6 août 1992 (15) précise l'organisation du service départemental ainsi que les qualifications professionnelles de ses personnels. Il définit des normes minimales opposables aux départements, destinées à éviter d'importantes disparités départementales. En effet le service de PMI doit répondre aux exigences légales permettant l'accessibilité pour tous, en tenant compte des réalités locales sur les plans économique, social, géographique et culturel.

1.1.2 : Les missions actuelles.

Les articles L2112-1 et L2112-2 du code de la santé publique du 5 mars 2007, régissent les missions, compétences et organisations départementales des services de PMI (16).

« Le président du conseil général a donc pour mission d'organiser :

1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies (par ailleurs) ;

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressés et **en liaison avec le médecin traitant** ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations (…) ;

6° L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints (…) ;

7° Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue.

En outre, le conseil général doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues. (…)

Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées. »

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (17) contribue à la confusion couramment faite entre les missions exercées par l'ASE et le service de PMI dans le champ de la prévention.

Elle prévoit la création d'une cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations jugées « préoccupantes », d'un observatoire de la protection de l'enfance placé sous l'autorité du président du conseil général et précise le « secret professionnel partagé » permettant aux personnes soumises au secret de partager entre elles des informations à caractère confidentiel, afin de protéger les familles. La loi définit que : « La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs » (17).

Dans le cadre de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation de soins (SROS), le plan périnatalité 2005-2007 propose de manière plus globale (18) :

- La modernisation de l'environnement médical notamment les maternités, les services de réanimation pédiatrique et les réseaux de périnatalité.

- L'amélioration de l'environnement psychosocial de la mère et de l'enfant par l'entretien du 4ème mois de grossesse, l'intervention de psychologues en maternité et l'amélioration de la prise en charge à long terme des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap.

- L'aménagement des conditions de formation et d'exercice des professionnels de la naissance.

- La réalisation d'un carnet de maternité.

Le service de PMI est défini par ce plan comme acteur clé du réseau périnatalité, par ses moyens (consultations, visites à domicile, préparation à la naissance…) lui permettant d'agir précocement, sa proximité et sa position privilégiée dans le système de suivi des nouveau-nés et des jeunes enfants.

Mais le champ de la périnatalité se caractérise par un nombre important d'acteurs, ce qui rend particulièrement complexe leur coordination et la définition d'un consensus sur les modalités de prise en charge (c'est à dire la question du « comment ») et la répartition des tâches auprès de l'usager (« qui fait quoi ? ») (19).

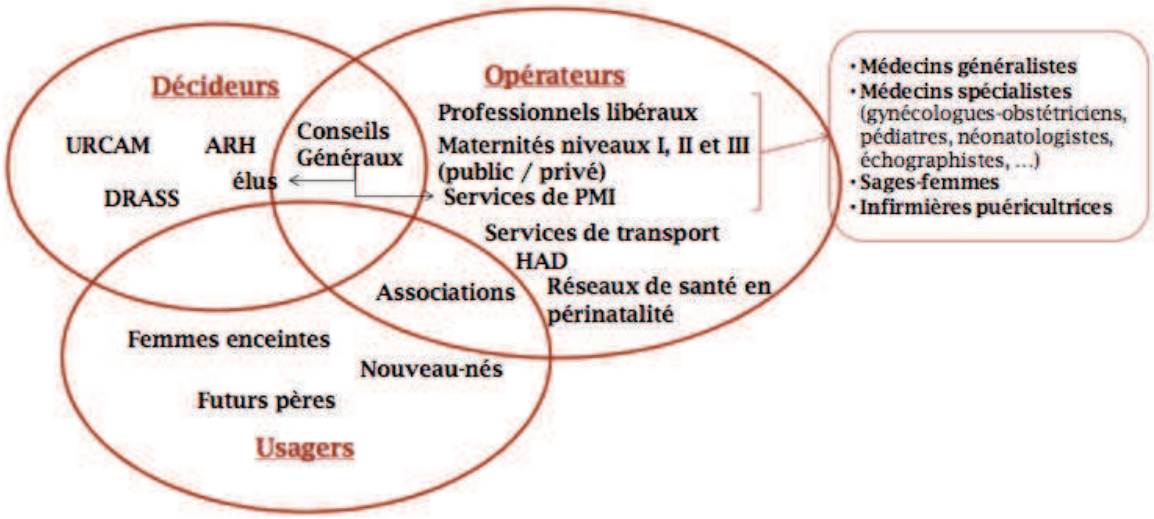


Figure 1 Sociogramme des parties prenantes du champ de la périnatalité selon le plan 2005-2007 (19)

(Les ARH, DRASS et URCAM ont été fusionnés au sein des Agences régionales de santé (ARS) à compter du 1er avril 2010.)

1.1.3 : Le financement.

Le département assure l'ensemble du financement du service de PMI. C'est le budget le moins important des dépenses d'action sociale des départements.

Il permet de financer, outre les dépenses de personnel, la formation des assistantes maternelles, l'édition, l'impression et la distribution du carnet de santé de l'enfant et du carnet de maternité, la gestion des Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF), et la prise en charge des aides à domicile (TISF, AVS). Des conventions sont signées avec les caisses primaires d'assurance maladie afin de rembourser au département les examens de santé obligatoires réalisés par les professionnels de PMI. 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 pour l'activité de soins (à 80%) et le département au titre de la PMI pour l'activité de prévention (à 20%).

Le coût du service de PMI se situait autour de 700 Millions d'Euros en 2006 (1). Cela représente une dépense publique modeste au regard de la population concernée et des enjeux de santé publique qui s'y attachent. Cela correspond à un pourcentage d'environ 1,8% des budgets départementaux. La tendance actuelle est à la stagnation voire à la diminution de ces budgets.

1.1.4 : Le service de PMI en Gironde.

Le service de PMI étant un service départemental et chaque service de PMI étant géré de manière différente d'un département à l'autre, comment fonctionne celui de la Gironde ?

Le service de PMI de la Gironde se définit lui-même à travers le rapport annuel de l'ODPE[§] en 2012 (20) comme « un service public de santé pour permettre une approche globale de la santé » et « un service de proximité qui répond aux besoins d'écoute et d'accompagnement des familles, du fait des bouleversements et tensions survenant autour d'une naissance et qui engendrent une fragilisation parentale, qui ne relèvent pas nécessairement du soin mais qui nécessitent de trouver des appuis extérieurs à soi. » Il précise « qu'une des réussites du travail de PMI en promotion de la santé et prévention périnatale précoce peut avoir pour premier effet que certaines situations d'enfant en danger n'existeront pas, ce qui est peu évaluable mathématiquement, puisque ces situations ne pourront être comptabilisées. »

En Gironde, le service départemental de Protection Maternelle et Infantile est sectorisé sur 36 circonscriptions regroupées en neuf pôles territoriaux de solidarité, et comprend environ 60 lieux de consultation dans les 36 Maisons Départementales de la Solidarité et de l'insertion (MDSI) ou dans leurs antennes sur tout le département, ainsi que dans un lieu dédié : l'espace santé PMI, cours Alsace Lorraine à Bordeaux. 60 % de ces lieux sont équipés d'un accueil en salle d'attente.
Ce découpage est néanmoins en perpétuel mouvement et est présenté ici à titre d'exemple.

De même pour les professionnels de PMI intervenant auprès des jeunes enfants, on compte environ 80 puéricultrices et environ 40 médecins.

[§] ODPE = Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance



Figure 2 : Carte des Territoires de Solidarité sur le site Gironde.fr

Les différentes actions sont diverses et adaptées à chaque situation :

Les actions les plus fréquentes sont les visites à domicile par les puéricultrices et les sages-femmes.

Les médecins et/ou les puéricultrices et/ou les psychologues proposent des consultations pour l'enfant de moins de 6 ans. Lors de ces consultations, l'enfant et ses parents sont parfois accueillis en salle d'attente par une musicienne, une lectrice, etc…

Le service de PMI a également la possibilité de faire intervenir à domicile des aides (les TISF : technicien(ne)s d'intervention sociale et familiale pour un soutien relatif à la prise en charge des enfants ou les AVS : auxiliaires de vie sociale pour un soutien dans les activités ménagères) pour la prise en charge au quotidien.

Les familles peuvent participer à des groupes d'échange (autour de l'allaitement par exemple).

Les médecins de PMI effectuent par ailleurs les bilans de santé et de dépistage pour les enfants de 3-4 ans en école maternelle (qui sont réalisés par les médecins scolaires pour la ville de Bordeaux).

Le service s'occupe aussi de l'agrément et de la surveillance des établissements et des structures d'accueil des enfants de moins de 6 ans, ainsi que de l'agrément et du contrôle des assistant(e)s maternel(le)s et assistant(e)s familiaux(ales) pour le conseil général.

Il apporte son soutien pour l'accueil individualisé des enfants en situation de handicap ou de pathologies chroniques, dans les lieux d'accueil et les écoles maternelles.

Dans le cadre de la prévention de l'enfance en danger, le service de PMI participe aux évaluations pluridisciplinaires lors de la réception des informations préoccupantes afin de mettre en place, éventuellement, des mesures administratives de protection avec l'accord des parents, ou des mesures judiciaires en cas de non collaboration de ceux-ci (en cas de risque ou de suspicion de danger pour l'enfant).

Les médecins de PMI assurent le suivi de la santé des enfants accueillis en placement familial.

Le Service d'Épidémiologie et de Statistiques Médicales (SEPISTAM) assure le rôle d'observation départementale de la santé de la mère et de l'enfant requis par les textes en matière de PMI. Il exploite les données des certificats obligatoires, des avis de naissance, de décès des enfants de moins de 6 ans, des déclarations de grossesse. Il aide également au suivi d'indicateurs de santé (durée d'allaitement, couverture vaccinale, obésité…)

Ces actions découlent soit :

D'une politique à visée universelle : via les plaquettes envoyées à chaque déclaration de grossesse, à chaque naissance (Annexe 1) ; via les campagnes de communication grand public autour de la disponibilité des puéricultrices ; via les bilans de santé.

Mais également de contact personnalisé : dans le cadre des liaisons avec les maternités et les services pédiatriques hospitaliers ; dans les interventions en lien avec le service social ou suite à une information préoccupante.

Voici quelques chiffres illustrant l'activité du service de PMI en Gironde :

	2008	2010	2011	2012
Naissances INSEE ** Gironde	16 636	17 271	17 098	17 097
Enfants nés dans l'année et vus en consultation de PMI	2 537	2 580	2 526	2 498
Enfants nés dans l'année et Rencontrés en VAD †† par les puéricultrices	4 047	3 860	3 550	3 553

Tableau 1 : Quelques chiffres en Gironde (Source DAS/DGAS/CG 33)

** INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
†† VAD : Visite à Domicile

1.2 LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE.

1.2.1 Démographie et évolution des pratiques.

Yann Bourgueil, médecin de santé publique et directeur de recherche à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) a effectué un travail sur le « secteur ambulatoire : des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir » (21).

Il remarque que l'évolution est contradictoire entre les besoins et les ressources :

En effet, les besoins de santé et la demande de soins évoluent sous l'effet de l'augmentation et du vieillissement de la population, de l'augmentation importante des maladies au long cours, ainsi que sous l'effet de la multi-morbidité et de la dépendance. « Les évolutions de la demande sociale des patients suscitent également des modifications des pratiques, des rôles professionnels ainsi que des modes d'articulations entre les acteurs. »

La tendance de l'évolution du nombre de médecins, est quant à elle inverse à celle des besoins. Les dernières projections de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees), réalisées jusqu'en 2030, envisagent, à comportements constants, et en maintenant le nombre de médecins formés par an à 7 100 (à 7492 en 2014), une diminution de 10 % du nombre de médecins en 2019 et une baisse de 15 % de la densité médicale globale. Cette diminution est la conséquence directe de l'instauration du numerus clausus au début des années 1970 puis de sa réduction progressive jusqu'aux années 2000.

« À cela s'ajoute la variation « du temps de médecin disponible », même si elle est plus difficile à appréhender ». La féminisation de la profession se poursuit avec désormais plus de 65 % de femmes en deuxième année d'études médicales. Elle ne se traduit pas nécessairement par une diminution du temps de travail, mais accompagne une évolution du rapport au travail des jeunes médecins des deux sexes.

Le regroupement des professionnels en structures collectives (groupes, maisons de santé, centres de santé, etc.) semble permettre d'élargir les horaires d'ouverture, grâce au partage des plages de travail entre médecins, voire même des rôles professionnels.

1.2.2 Prise en charge des enfants en médecine générale.

13% des consultations et des visites de médecins généralistes sont dédiées à la prise en charge des enfants de moins de 16 ans, d'après l'enquête du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sport en 2007 (22). Les médecins généralistes femmes semblent avoir davantage tendance que les hommes à prendre en charge des enfants. Ces médecins qui voient beaucoup d'enfants dans leurs consultations sont aussi en moyenne plus jeunes que leurs confrères. Il apparaît, par ailleurs, que ces médecins semblent davantage exercer dans des villes de moins de 50 000 habitants. Ceci peut s'expliquer partiellement par un plus grand partage de la prise en charge des enfants entre pédiatres et médecins généralistes dans les grandes villes : les pédiatres étant plus rarement implantés dans les zones rurales ou les petites agglomérations (au 1er janvier 2003, on y comptait moins de 4 pédiatres pour 100 000 habitants, contre plus de 17 dans les villes de plus de 50 000 habitants). Toutefois, quelle que soit la taille de l'agglomération, un noyau dur d'environ 15 % des médecins consacre plus du cinquième de son activité aux enfants.

Les consultations sont en moyenne plus courtes que celles des adultes : plus de 42% d'entre elles durent moins de 15 minutes. Les affections des enfants sont généralement bénignes. La prévention et le dépistage font l'objet d'une consultation sur 8 (9,4% des consultations pour vaccination et 4,2% pour examen systématique). Sur l'ensemble des consultations d'enfants, plus de 31,7% ne donnent lieu à aucune prescription médicamenteuse.

1.2.3 Les réseaux de soins informels.

Dans le contexte de développement de réseaux de santé institutionnalisés une enquête de terrain (ethnographie fondée sur l'observation directe et l'entretien) s'est déroulée d'octobre 2002 à avril 2004, en région PACA en zone rurale et semi-rurale, afin d'étudier les réseaux de soins informels et plus précisément la nature des relations qui unissent les différents acteurs du secteur libéral des soins autour des médecins généralistes (23).

L'étude montre qu'aucun professionnel n'a de vision transversale de la prise en charge du malade, et ceci du fait de la méconnaissance du travail de l'autre, des cloisonnements symboliques entre groupes professionnels, et des difficultés rencontrées (charges de travail en particulier). Des mécanismes de régulation maintiennent l'équilibre des interrelations entre les groupes en limitant ou favorisant les échanges et les stratégies d'alliance complexes :

- Règles de la disponibilité (à l'égard des patients ou entre professionnels), de l'obligation d'échange d'informations sur le patient, du retour du patient, de l'obligation de communiquer ;

- Des contraintes plurielles (superposition de territoires professionnels, concurrence) ;

- Des besoins réciproques de décharge (émotions liées à l'activité professionnelle), de partage (décisions, responsabilités), de délégation (d'actes, de clientèles), de se prémunir contre le risque social et juridique en créant des relations de confiance.

Ces relations de confiance reposent elles-mêmes sur des logiques plurielles (d'affinité, de solidarité, de la similitude). L'étude montre en outre la place et le rôle majeur du patient, souvent mésestimés. Or, le patient est parfois le principal organisateur des réseaux, il effectue un travail important d'articulation entre les soignants et de transfert de l'information (sur son diagnostic ou son traitement et « sur » les professionnels).

Une autre enquête (réalisée en octobre et novembre 2007 par l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire, dans cinq régions, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire et PACA) vise à décrire les différents réseaux professionnels informels des médecins généralistes ainsi que la fréquence et la qualité de leurs échanges (2).

Les professions avec lesquels les médecins généralistes échangent le moins (moins de 5% des généralistes indiquent ainsi avoir eu des contacts au cours des quinze derniers jours à propos d'un patient) sont le médecin de PMI, une sage-femme ou un diététicien.

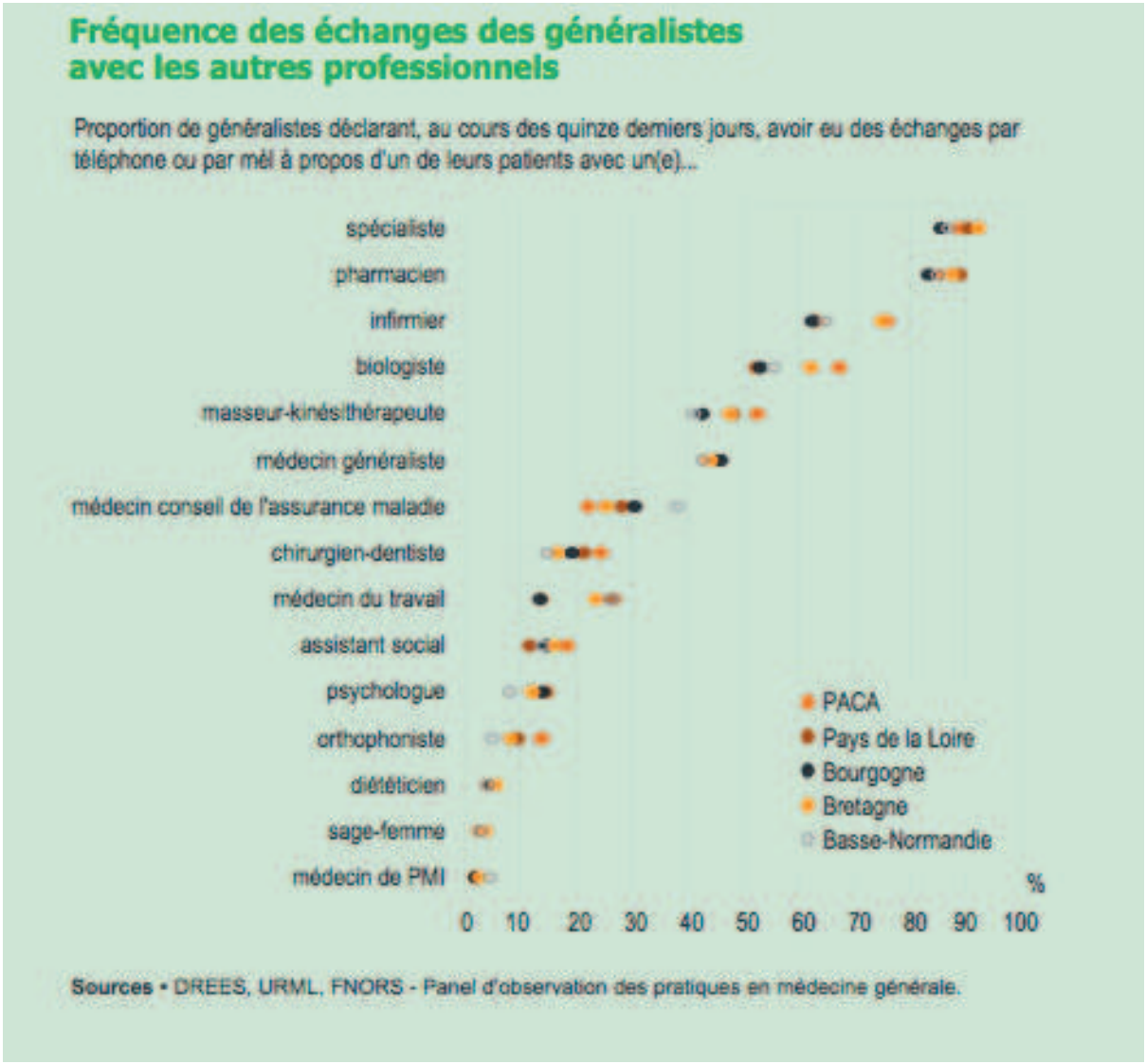


Tableau 2 : Fréquence des échanges des médecins généralistes avec les autres professionnels (2)

1.3. LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS AUPRÈS DES ENFANTS EN GIRONDE : QUELQUES DONNÉES CHIFFRÉES. (données disponibles octobre 2014 en ligne sur Statiss‡‡)

1.3.1 Démographie des généralistes et pédiatres libéraux en Gironde.

	2009	2013
Nombre de médecins généralistes libéraux	1959	1968
Nombre de pédiatres libéraux ou mixtes	67	82

Tableau 3 : Démographie des médecins généralistes et des pédiatres libéraux en Gironde

1.3.2 Les certificats obligatoires.

Les pédiatres, les médecins de PMI et les médecins généralistes participent au dispositif de PMI dans le suivi de l'enfant de 0 à 6 ans. Les parents optent souvent pour un suivi conjoint, mais grâce aux certificats obligatoires, il est possible de se faire une idée sur la répartition des consultations pour actes de prévention suivant l'âge de l'enfant.

Ces certificats sont au nombre de trois, établis à l'occasion de certains examens préventifs obligatoires : le 8ème jour, le 9ème mois et le 24ème mois.

L'examen du 8ème jour étant la plupart du temps réalisé par les pédiatres à la maternité, nous n'avons pas proposé ces données.

‡‡ Statiss = STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Sociale

Pour les examens des 9ème et 24ème mois, les données statistiques des tableaux ci-dessous, concernant les certificats de 2006 et 2009, sont fournies par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur le site Statiss. Les données de 2011 pour les examens du 24ème mois et de 2012 pour les examens de 9ème mois proviennent de données partielles fournies par le service épidémiologique et statistiques médicales du Conseil Général de la Gironde, du fait de retard pris par un changement de mode de saisie et d'une insuffisance de personnel dédié à cette tâche.

1.3.2 1 Certificat du 9ème mois en Gironde.

Le nombre de certificats envoyés en 2006 est de 10 207 (soit 64,9 % de tous les enfants de 9 mois) et de 10 756 en 2009 (soit un taux de réception de 66,4 %).
Les statistiques de 2012 ont été réalisées sur les données saisies en octobre 2014, soit 6427 certificats.

- Qui a établi le certificat ?

Enfants nés en :	2006	2009	2012
Pédiatre	48,8 %	49,1 %	51,7 %
Omnipraticien	50,8 %	50 %	46,9 %
Autre	0,4 %	0,9 %	0,5 %
Non renseigné	0 %	0 %	0,5 %

Tableau 4 : Certificat du 9ème mois :
Répartition selon le praticien ayant effectué l'examen.

- Lieux de consultation

Enfants nés en :	2006	2009	2012
Cabinet privé	85,3 %	84,7 %	88,6 %
PMI	13,1 %	12,1 %	8,9 %
Hôpital	1,5 %	2,9 %	2,2 %
Autre	0,1 %	0,3 %	0,3 %

Tableau 5 : Certificat du 9ème mois :
Lieu de l'examen.

1.3.2.2 Certificat du 24ème mois en Gironde.

Le nombre de certificats envoyés en 2006 est de 8 805 (soit un taux de réception de 57 %) et de 7 252 en 2009 (soit un taux de réception de 44,1 %). Les données de 2011 ont été réalisées sur les données saisies en octobre 2014, soit 5 267 certificats.

- Qui a établi le certificat ?

Enfants nés en :	2006	2009	2011
Pédiatre	43,1 %	43,7 %	49 %
Omnipraticien	56,5 %	55,2 %	50,5 %
Autre	0,4 %	1,1 %	0,5 %

Tableau 6 : Certificat du 24ème mois :
Répartition selon le praticien ayant effectué l'examen.

- Lieux de consultation

Enfants nés en :	2006	2009	2011
Cabinet privé	87,6 %	86,5 %	88,6 %
PMI	10,9 %	11,1 %	8,9 %
Hôpital	1,3 %	2,1 %	2,2 %
Autre	0,2 %	0,3 %	0,3 %

Tableau 7 : Certificat du 24éme mois :
Lieu de l'examen.

1.3.3 Transfert de responsabilités.

On peut constater un émiettement du suivi ou du moins de l'envoi des certificats obligatoires avec le temps et avec l'âge de l'enfant.

Ces certificats sont de plus en plus réalisés par les pédiatres, quelque soit l'âge de l'enfant. Les médecins de PMI semblent également suivre moins d'enfants.

Par ailleurs l'enfant grandissant, la tendance est au transfert des responsabilités du pédiatre et des médecins de PMI vers le médecin généraliste.

1.4 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.

La recherche des références bibliographiques a été effectuée à partir :

- De bases de données internautes :
  . CAIRN info
  . Persée
  . CISMeF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française).
  . ScienceDirect.
  . Les revues en ligne via le Service Commun de Documentation de l'Université
  . Le SUDOC (Système Universitaire de Documentation).

- De sites officiels : Conseil National de l'Ordre des Médecins, Conseil Général de la Gironde, Légifrance, Statiss.

- De moteurs de recherche spécialisés dans l'information scientifique :
  . Google scholar
  . Scirus

- D'outils non scientifiques :
  . Pages jaunes
  . Google

Enfin j'ai également eu recours à la bibliographie des articles trouvés.

Les mots clés utilisés pour la littérature en langue française sont les suivants :

- Médecin généraliste, Médecin traitant, Médecin libéral
- Protection Maternelle et Infantile, PMI
- Relation, réseaux
- Collaboration

Et en langue anglo-saxonne :

- Maternal Health Service
- Infant welfar, Infant Health
- General practitioners, Doctor
- Compliant Behavior, Collaboration, Coordination
- Community Networks

Ces mots-clés ont été déterminés à partir des références du « MeSH bilingue » sur le site de l'Inserm (Institut National Scientifique d'Etudes et de Recherches Médicales).

1.5 SYNTHÈSE.

Le médecin de PMI entretient aujourd'hui un dialogue important avec la plupart de ses partenaires (les maternités, les services de pédiatrie hospitalière, les réseaux périnatalité, les CAMSP…). Nous avons vu, dans les études, que le dialogue avec les médecins généralistes apparaît en contraste bien insuffisant, voire quasi inexistant, le médecin de PMI étant parfois l'acteur de soins avec lequel les généralistes ont les contacts les moins fréquents (2). La communication est souvent réduite au carnet de santé ou aux certificats obligatoires (6).

Cette collaboration est réclamée par l'HAS dans le cadre des recommandations concernant le dépistage individuel de l'enfant de 28 jours à 6 ans (24), par l'IGAS (1) et par les lois circulaires ministérielles et interministérielles (16).

Jeanne Fresson dans sa thèse sur un secteur des Vosges en 1988 (4) et Denis Elchardus sur un secteur de Reims en 2008 (5) sont arrivés à la même conclusion : un manque quantitatif de communication entre PMI et généralistes. Ces deux travaux se sont nourris de questionnaires envoyés à des généralistes pour évaluer la collaboration entre ces deux acteurs de santé.

Par ailleurs, plus récemment, Eulalie Delannoy-Pernin (6) offre une première approche qualitative du point de vue des médecins généralistes sur le service de PMI dans sa globalité, qui révèle que le dialogue, même s'il est peu fréquent, est jugé utile et suffisant lorsque les suivis sont simples, mais une meilleure collaboration est plutôt réclamée, notamment lors des suivis particuliers. Un des biais de l'enquête était de n'avoir pas étudié le point de vue des acteurs de PMI.

Nous arrivons ainsi à la question de recherche suivante : quelle est la réalité de la collaboration entre les médecins généralistes et le service de PMI pour le suivi de l'enfant de moins de 6 ans ?

Les différentes hypothèses se dessinant au vu des résultats de recherche bibliographique et de notre expérience personnelle sont :

- Une collaboration quasi inexistante.
- Un manque de connaissance des médecins généralistes concernant les actions du service de PMI.
- Les médecins de PMI attribuant moins de compétences aux médecins généralistes concernant le suivi ou le dépistage d'un handicap chez l'enfant ou d'une altération de la relation mère-enfant.
- Le manque de temps de part et d'autre.
- Le chevauchement des positionnements de chacun.
- L'hétérogénéité de la pratique en médecine générale.

L'objectif principal est de décrire l'état des relations et leurs qualités, d'explorer les perceptions de chacun afin de comprendre les déterminants de ce peu de communication entre médecin généraliste et service de PMI concernant la prise en charge de l'enfant de 0 à 6 ans.

L'objectif secondaire est de proposer des pistes d'amélioration afin d'envisager une collaboration pour une meilleure prise en charge globale et continue des familles.

Pour cela, nous avons cherché à recueillir les perceptions de chacun, à la fois sur les pratiques mais également sur les complémentarités entre le service de PMI et les médecins généralistes.

II. MÉTHODE.

2.1 TYPE D'ÉTUDE.

Il s'agit d'une enquête qualitative croisée, transversale par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins de PMI et de médecins généralistes libéraux.

2.2 POPULATION ÉTUDIÉE.

Le service de PMI de la Gironde est représenté seulement par les médecins de PMI.

Ils ont été choisis afin de représenter différents secteurs (ruraux, urbains ; favorisés, défavorisés) ; de sexe (un homme sur les deux exerçant comme médecin de PMI, a été inclus) et d'âge différents. A noter qu'un secteur rural tel que défini par l'INSEE, « regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine ». Ce dernier est un « ensemble de communes sans enclave, avec un pôle urbain de plus de 10 000 emplois ». La caractérisation d'un secteur comme favorisé ou non est par contre une donnée subjective, déterminée au moment du choix des médecins puis rapportée par les intervenants.

Initialement 8 médecins de PMI ont été choisis selon ces critères.

Les médecins généralistes ont été choisis secondairement pour correspondre aux différents secteurs (de 1 à 2 médecins par secteur équivalent de PMI), en essayant de respecter la parité et de balayer les différentes classes d'âge.

Le recrutement a été réalisé par réseau de connaissances afin d'obtenir cette diversité.

Leur nombre a été décidé au fur et à mesure jusqu'à arriver à « saturation » des données, c'est dire quand les trois derniers entretiens n'ont plus apporté d'éléments nouveaux.

2.3 OUTILS.

Dans un premier temps, deux guides d'entretien furent élaborés (25) (26) avec l'aide de Mme Béatrice JACQUES, docteur en sociologie, maître de conférence à l'Université Victor Ségalen Bordeaux 2 : un guide à l'intention des médecins généralistes et un à l'intention des médecins du service de PMI. (Annexe 4)

Son introduction pré-rédigée rappelait le sujet, les modalités d'enquête, notamment pour le recueil d'un consentement oral de l'enregistrement des entretiens.

Le reste des guides se composait d'une trame de questions ouvertes servant de conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens (27), complétées de relances et de clarifications exprimées si besoin. Les thèmes abordés étaient similaires pour les deux guides mais la trame des questions différait suivant l'interlocuteur. « 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 » (28).

Une pré-enquête a été réalisée en septembre 2013 sur le Directeur de thèse, médecin généraliste installé, afin d'évaluer la pertinence du guide destiné aux médecins généralistes. Celui-ci a finalement été réajusté suite à l'entretien. Une deuxième pré-enquête a été réalisée en suivant, après une première modification, auprès d'un médecin de PMI impliqué dans l'étude, afin d'ajuster le guide destiné aux médecins de PMI.

2.4 DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE.

Les médecins de PMI avaient été prévenus au préalable de mon appel.

Tous les médecins ont été contactés par téléphone, et l'information délivrée s'est appuyée sur un pré-guide, rédigé dans le but de n'omettre aucune information importante lors de la présentation de l'enquête (annexe 3).

Les entretiens ont eu lieu entre octobre 2013 et septembre 2014.

La méthode choisie étant celle des entretiens individuels semi-structurés, nous avons cherché à recueillir des informations lors d'un tête-à-tête avec la personne enquêtée, via l'emploi de questions ouvertes en lien avec le sujet. Celles-ci sont introduites le plus naturellement possible dans la conversation (29). Nous avons utilisé le guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Il a permis d'effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole (27).

Chaque entretien a été enregistré intégralement à l'aide d'un dictaphone numérique après l'accord des médecins. Il a été assuré aux médecins la garantie d'anonymat, conformément aux recommandations de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) (30).

2.5 ANALYSE DES RÉSULTATS.

La technique d'analyse a été choisie afin d'utiliser le logiciel QSR N'Vivo version 10.

Chaque entretien a été renommé par un chiffre (de 1 à 7) pour les entretiens des médecins de PMI et par une lettre de l'alphabet (de A à J) pour les entretiens avec les médecins généralistes libéraux, par ordre chronologique de réalisation.

Nous avons d'abord retranscrit intégralement, sur support informatique l'intégralité de chaque entretien. Chaque passage dont la signification était imprécise n'a pas été retranscrit. De même, toutes les données pouvant nuire à l'anonymat du médecin ont été discrètement modifiées (29) : les noms propres ont été remplacés par une lettre ou des données évasives. Les données entièrement supprimées pour la confidentialité, ainsi que les modifications apparaissent entre crochets.

Chaque réponse du médecin interrogé dans l'enquête apparaît en caractère normal et les interventions de l'enquêtrice en italique.

Ce texte est appelé verbatim et représente les données brutes de l'enquête.

Puis fut effectuée une analyse thématique transversale de l'ensemble des données collectées (29).

Il s'agit d'une méthode d'analyse « principalement descriptive » qui vise à « cerner, par une série de courtes expressions (les thèmes ou nœuds), l'essentiel d'un propos ou d'un document, en rapport avec l'orientation de recherche, puis à regrouper ces thèmes de manière organisée en un raisonnement » (31).

Chaque entretien a fait l'objet d'un codage ouvert, c'est à dire qu'il n'existe pas de grille d'analyse initiale ; les catégories d'analyse sont issues des interviews au fur et à mesure. Cela conduit à passer d'une approche centrée sur la cohérence propre à chaque individu pendant l'enquête de terrain, à une approche transversale centrée sur la cohérence thématique (29).

Ce processus est désigné sous le terme de « codage » car il conduit à attribuer un code thématique identique à tous les éléments qui renvoient à un même thème. Les formulations ambiguës dans le verbatim ont été écartées du codage (31).
Ce regroupement thématique ou codage axial, a été réalisé à l'aide du logiciel QSR N'Vivo version 10.

Chaque thème est, à ce stade, associé aux extraits de témoignages qui ont la même unité de signification. Certains l'appellent le « semi-brut » (29).

Ensuite il faut montrer les liens qui existent entre ces éléments. Il s'agit d'un processus de classement. Les thèmes ont donc été organisés pour constituer une représentation synthétique et structurée, sous forme d'un arbre thématique (31). Les catégories ont été comparées entre elles, redéfinies et réduites en nombre au cours de l'analyse.

III. RÉSULTATS.

A chaque retranscription d'un verbatim, celui-ci est précédé d'un premier chiffre ou d'une lettre désignant l'entretien (de 1 à 7 pour les entretiens des médecins de PMI et de A à J pour les entretiens avec les médecins généralistes libéraux) ; le deuxième chiffre correspond à la numérotation des lignes.

3.1 LA POPULATION.

Les médecins de PMI avaient été prévenus au préalable de mon appel et sur huit appels, un seul médecin a refusé par manque de temps au vu d'un départ imminent à la retraite.

Concernant les médecins généralistes, sur douze appels, un seul médecin n'a pu me recevoir, par incompatibilité de planning et un n'a jamais répondu à mes sollicitations (message laissé à la secrétaire).

Ainsi :

- Dix-sept médecins ont été interrogés entre octobre 2013 et septembre 2014.
- Les entretiens ont duré de 5 minutes 52 secondes à 29 minutes 22 secondes.
- Cinq furent réalisés dans les MDSI avec les médecins de PMI et deux dans les bureaux du conseil général à Bordeaux pour des raisons de distance. Huit furent réalisés au cabinet du médecin généraliste (un seul entretien s'est déroulé entre deux consultations de patient ; les autres en fin de consultations) et deux à leur domicile lors d'un jour de repos.

3.1.1 Médecins de PMI.

3.1.1.1 Caractéristiques démographiques.

Sur sept médecins interrogés, on comptait six femmes pour un homme, âgés de 36 à 60 ans.

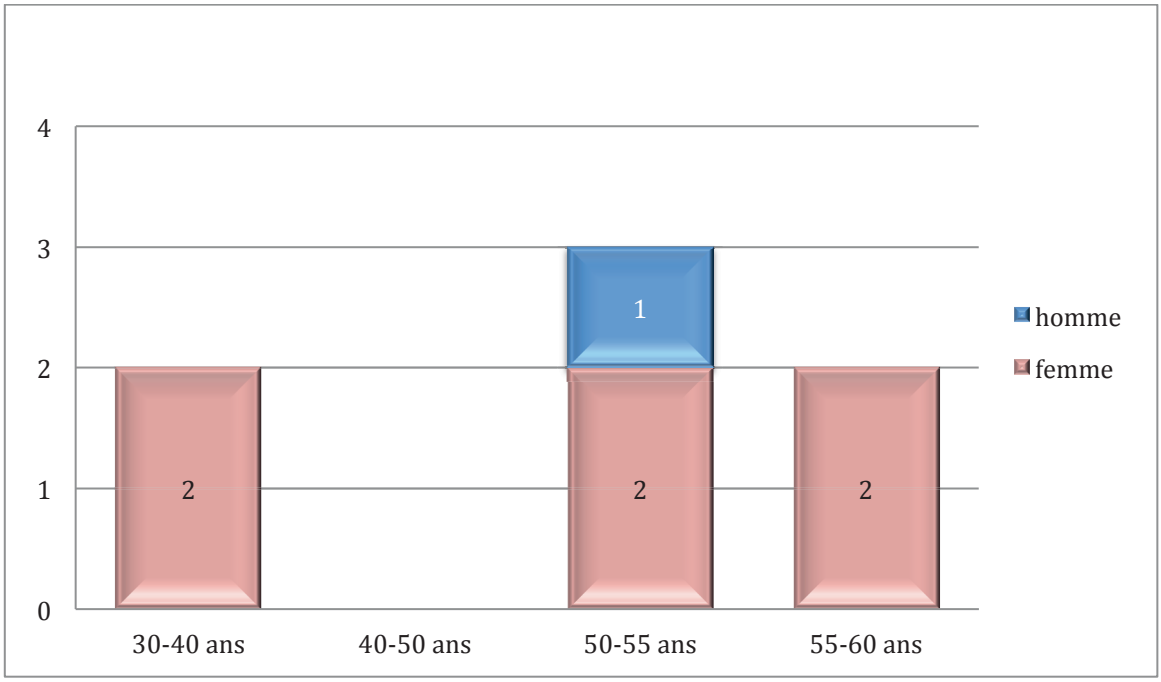


Tableau 8 : Âge et sexe des médecins de PMI interrogés

L'ancienneté d'exercice comme médecin de PMI varie de 6 et 23 ans mais la prise de responsabilités sur le secteur d'exercice au moment de l'entretien varie de 1 an ½ à 6 ans. Seulement deux médecins n'ont pas changé de secteur depuis le début de leur pratique.

Quatre exercent en secteur rural et trois en secteur urbain.

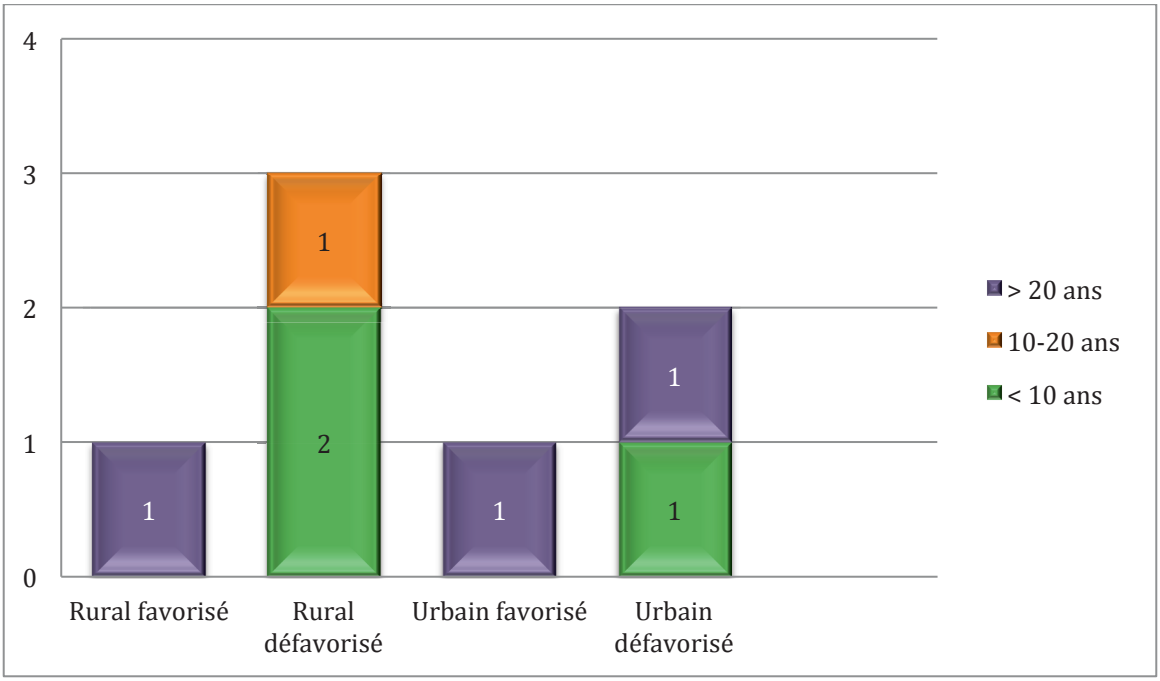


Tableau 9 : Lieu et ancienneté d'exercice des médecins de PMI interrogés

3.1.1.2 Formation.

Tous les médecins interrogés ont une formation initiale en médecine générale.
Un seul a exercé comme médecin de PMI directement après l'internat {2}.
Un médecin a eu une carrière antérieure en médecine d'urgence. {5}.
Les cinq autres {1, 3, 4, 6, 7} ont exercé la médecine générale en libéral, soit comme remplaçants, soit installés.

3. 9 : « Il y a quelques années, je savais parce que j'en ai fait »

Sur ces 5 médecins, un seul a aimé ce mode d'exercice :

3. 18 : « Après, c'est un exercice qui me touche beaucoup, la médecine générale, parce que si je pouvais faire un retour en arrière, c'est ce que je voulais faire au démarrage. »

Mais les quatre autres {1, 4, 6, 7} en gardent une mauvaise expérience :

1.25 : « J'ai fait onze ans de libéral, je n'ai pas aimé »

3.1.2 Médecins généralistes.

3.1.2.1 Caractéristiques démographiques.

Sur dix médecins interrogés, on comptait quatre femmes pour six hommes, âgés de 35 à 67 ans.

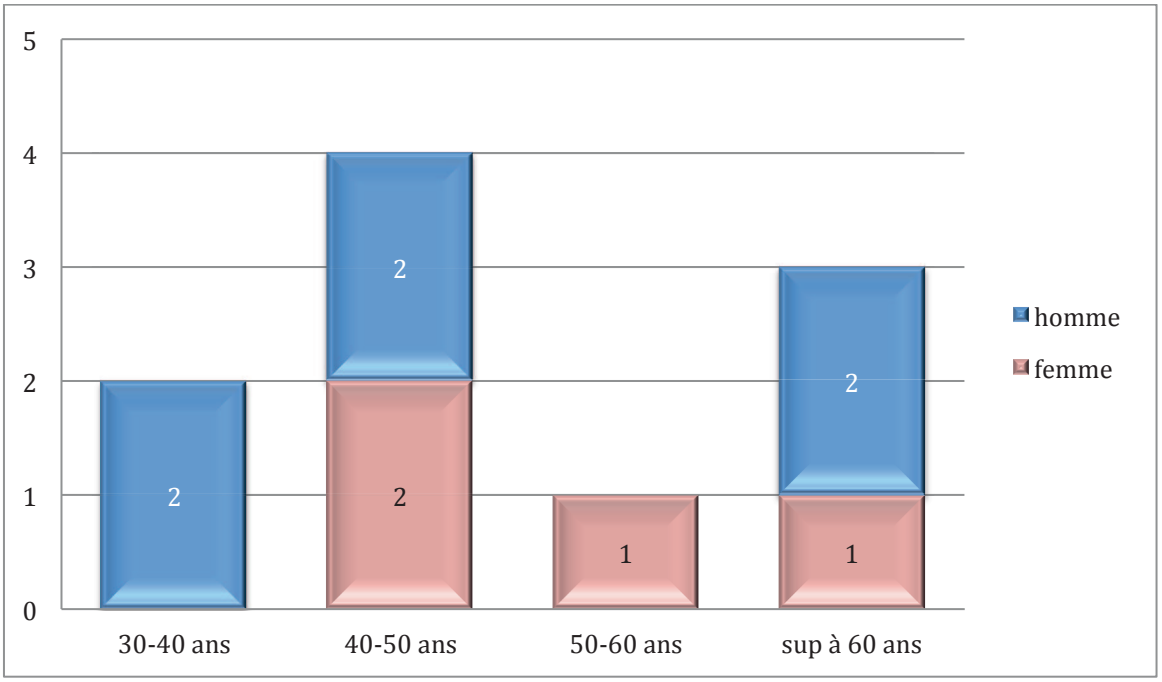


Tableau 10 : Âge et sexe des médecins généralistes interrogés

Six exerçaient en secteur rural (dont 1 avec une population plutôt favorisée {F}, 2 mixte {A, G} et 3 défavorisée {C, H, I}) et quatre en secteur urbain (dont 1 avec une population plutôt favorisée {D}, 2 mixte {B, J} et 1 défavorisée {E}).

Les pourcentages des consultations de l'enfant ont été comptabilisés grâce aux données du SNIR (Système National Inter-Régime) fournies par la CPAM à chaque professionnel de santé libéral, grâce à la rubrique « pourcentage de consultations des moins de 16 ans ».

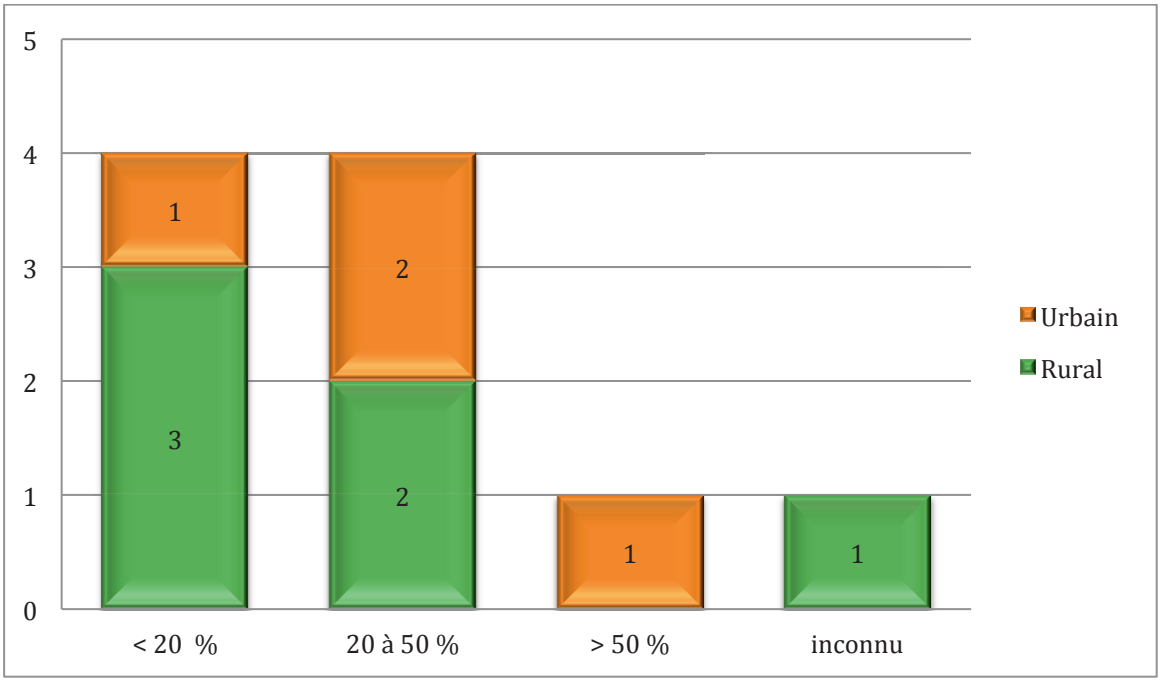


Tableau 11 : Lieu d'exercice et pourcentage des consultations de moins de 16 ans des médecins généralistes interrogés

Quatre médecins étaient installés seuls {A, F, H, I} et les six autres en association de deux à quatre médecins {B, C, D, E, G, J}.

3.1.2.2 Formation.

Trois des médecins interrogés {B, C, J} étaient médecins de crèche.

J. 22 : « Oui, déjà je suis médecin de crèche »

Certains des médecins avaient des compétences en pédiatrie {D, C},

D. 56 : « J'ai une formation en pédiatrie, un cursus pour le généraliste »

C. 54 : « J'ai fait toutes mes études à l'hôpital des enfants à Paris à Necker. La médecine je l'ai apprise sur les enfants. Puis j'ai fait un an au cours de mon internat dans un service de pédiatrie. (…) et j'ai fait un DIU de pédiatrie »

Et un des médecins {B} avait même une formation spécifique de PMI.

B. 18 : « J'ai un DU de PMI, donc j'ai fait des vacations en PMI. Là où j'étais on faisait à la fois les consultations nourrissons et contraception »

3.1.3 Synthèse.

Médecins de PMI (M de PMI) :

- 7 dont 6 femmes et 1 homme.
- Répartition des âges : 2 entre 30 et 40 ans, 3 entre 50 et 55 ans et 2 entre 55 et 60 ans.
- Répartition des lieux d'exercice : 4 en milieu rural et 3 en milieu urbain.
- 5 des médecins ont exercé la médecine générale libérale.

Médecins généralistes (MG) :

- 10 dont 4 femmes et 6 hommes.
- Répartition des âges : 2 entre 30 et 40 ans, 4 entre 40 et 50 ans, 1 entre 50 et 60 ans et 3 d'un âge supérieur à 60 ans.
- Répartition des lieux d'exercice : 6 en milieu rural et 4 en milieu urbain.
- 4 exercent seuls et 6 en association.
- 3 sont médecins de crèche, 2 ont une formation complémentaire en pédiatrie et 1 en médecine de PMI.

3.2 LE SERVICE DE PMI DANS L'ORGANISATION DES SOINS.

3.2.1 Les actions du service de PMI pour les médecins généralistes.

La plupart des médecins généralistes interrogés rapportent les consultations des nourrissons comme activité principale, {A, B, C, D, E, F, H, I}, voire comme seule action connue par certains.

H. 5 : « Le suivi des enfants. (silence) »

E. 11 : « Nous ce que l'on connaît surtout, c'est les consultations des nourrissons »

Néanmoins une vision plus globale a été rapportée {B}.

B. 6 : « C'est de la médecine préventive, non curative, pour l'enfant jusqu'à 6 ans, pour les femmes enceintes, pour tout ce qui tourne autour de la contraception, pour l'accompagnement des mères, des nouvelles mères »

3.2.2 Les atouts du service.

Ces aspects sont, en majorité, évoqués par les médecins de PMI.

La prise en charge globale, la pluridisciplinarité et le travail en réseau, sont soulignés par tous les médecins de PMI {1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}.

1. 42 : « Nous ici en PMI on travaille large, il y a la plainte de la personne mais aussi la famille, pour les enfants, les modes de garde. Il y a tout ce qui peut contribuer à la santé globale de l'enfant »

5. 138 : « Cette prise en charge globale il n'y a pas d'autre service qui la propose »

1. 236 : « On affronte des choses lourdes et on est bien en équipe et on a toujours une réponse à donner »

7. 77 : « On travaille beaucoup en partenariat, avec les crèches, avec les hôpitaux, les différents services. Ce serait plus simple si c'était aussi le cas avec les médecins traitants »

La possibilité de consacrer du temps, selon les besoins des familles, est également mise en avant {1, 2, 3}.

2. 173 : « On peut passer 1 h à 1 h 30 avec une famille »

Le rôle de prévention est par contre évoqué à la fois par les médecins de PMI et les médecins généralistes {2, 3, 4, A, B, C, E},

3. 97 : « On est là pour faire de la prévention, du repérage, du dépistage »

A 5 : « La protection maternelle et infantile, donc c'est la prévention »

Ainsi que son accessibilité à tous {B, E}.

B. 12 : « C'est un service de proximité qui est proposé théoriquement à toute la population, même s'il y a un biais de recrutement selon où se situent les services de PMI »

3.2.3 Les points faibles du service.

Les professionnels de PMI {1, 3, 5, 6} ainsi que certains médecins généralistes {B, C} *se plaignent de la connotation sociale*, accentuée par l'unité de lieux, qui reste ancrée dans les esprits des patients mais aussi de beaucoup d'autres médecins généralistes {A, D, E, F, J}.

5. 48 : « La PMI a l'étiquette du « social » »

B. 99 : « La PMI était stigmatisée le médecin des pauvres, donc ceux qui ne pouvaient accéder au pédiatre allaient à la PMI »

C. 6 : « Ça concerne des gens qui sont en situation défavorisée surtout, qui ont un suivi social car c'est dans le même bâtiment ; qui en plus du suivi social, ont un suivi médical qui est organisé par le médecin de PMI »

E. 6 : « C'est le suivi des enfants, en général des milieux défavorisés »

Le service de PMI garde *également une image de répression* {1, 5, E, F, I}.

F. 78 « Je crois que grâce à la PMI ils sont dans un cadre et dans une structure qui semble être plus dirigiste que le médecin généraliste. Nous, on a aucun moyen de pression par rapport à ça. La PMI peut mettre la pression »

Par ailleurs *la charge de travail attribuée au médecin de PMI va en augmentant, ce qui influe parfois sur les délais d'intervention* {1, 5, 6, B, J},

6. 155 : « Mais c'est compliqué vue la charge de travail »

1. 162 : « J'ai trois consultations par mois qui sont bien pleines »

J. 71 : « *Et pourquoi c'est plus simple (d'appeler la sage-femme libérale) que d'appeler la puéricultrice de la PMI ?*

C'est beaucoup plus simple à domicile et c'est plus rapide. C'est plus facile de les joindre, et elles y sont très vite chez les patients »

Tout en restant un métier qui, dans la profession médicale, reste *dévalorisé* {1, 3, 5}.

1. 234 : « Ce n'est pas chic »

5. 134 : « Des anciens collègues m'ont fait des réflexions : « ça ne te dérange pas de rien faire, par rapport à avant… » »

3.2.4 Synthèse.

- Les MG identifient le service de PMI surtout par les consultations infantiles.

- Les M de PMI définissent leur prise en charge comme globale grâce à une pluridisciplinarité et un travail en réseau. Mais le métier leur paraît dévalorisé malgré une charge de travail en augmentation.

- Chacun s'accorde pour définir le service de PMI comme :

- Une médecine de prévention accessible à tous.

- Mais pour laquelle il persiste une connotation sociale et répressive.

3.3 LA MÉDECINE GÉNÉRALE DANS L'ORGANISATION DES SOINS.

3.3.1 Les aspects positifs.

Le médecin généraliste reste décrit comme *un médecin de famille*, mais surtout dans les secteurs ruraux {2, 3, 5},

> 2. 17 : « À la campagne (…), je crois qu'il y a encore beaucoup de médecins généralistes qui assurent ce côté médecin de famille »
>
> 3. 13 : « En rural, on est encore avec des référentiels médecin de famille, c'est préservé »

Qui peut effectuer *le suivi des enfants dans sa globalité*.

> 5. 5 : « Par rapport aux enfants 0-6 ans… C'est très vaste. Ça peut être du suivi de pathologie comme certains le font, quand ils ne sont pas très habitués aux tout petits. Mais aussi une prise en charge globale du nouveau-né, du nourrisson, avec l'évaluation des acquisitions, des apprentissages, du développement psychomoteur et la prise en charge quand ils sont malades »

Il fait surtout de *la médecine curative* {1, 2, 3, 4, 6, 7, B, I}.

> 1. 8 : « Et son travail c'est de soulager la plainte »
>
> 3. 34 : « On est plus dans le préventif mais dans le curatif ; le médecin est davantage dans la réponse instantanée »
>
> B. 113 : « Parce que j'avais besoin du soins curatifs en sortant et que je me sentais limitée. J'aime faire ces soins là, même si dans mes consultations je fais beaucoup de prévention. J'ai besoin des deux. Les enfants que je suis, je les vois aussi quand ils sont malades. Et ça, j'aime bien ! »

Et exerce de plus en *plus en groupe* {3, E}.

> 3. 10 : « Aujourd'hui, je crois que le médecin s'isole de moins en moins, est plus amené à travailler en maison de santé médicale et en association »
>
> E. 63 : « C'est un non sens de s'installer aujourd'hui, même en ville, seul »

3.3.2 Les aspects négatifs.

Le médecin généraliste est surtout *débordé et peu disponible* {1, 2, 3, 4, 5, 7, B, G, J},

2. 172 : « Surtout ils n'ont pas le temps »

J. 56 : « Nous on est très pris par le temps, que les journées sont énormes »

Ce qui induit des *consultations parfois rapides*,

4. 14 : « Ce que me disent les mamans (…) : « c'est assez rapide, en 10 min, et on n'a pas eu le temps de parler de ça, etc » »

7. 11 : « Ce sont des consultations rapides »

Et la *difficulté d'avoir des échanges*.

1. 65 : « Il fallait les appeler tard le soir »

3.119 : « Ils sont un peu speeds parce qu'ils sont occupés, et ce n'est pas toujours évident de les avoir au bon moment »

G. 73 : « Ce n'était pas idéal pour que je prenne vingt minutes, une demi-heure … »

Il est également *seul* {1,4}

1. 93 : « Le médecin on voit bien qu'il est seul et qu'il fait tout (la puér, l'assistante sociale) »

Et doit s'occuper de beaucoup *de tâches administratives* {1, 3}

3. 14 : « Après je pense que c'est beaucoup *d'emmerdes*…beaucoup de gestion informatique, sécurité sociale, beaucoup d'administratif »

Seulement deux médecins de PMI relevaient *le peu de compétence en pédiatrie de certains médecins,*

2. 29 : « Peu étaient à l'aise concernant l'enfant petit, notamment le moins de 2 ans »

5. 6 : « Quand ils ne sont pas très habitués aux tout petits »

Sentiment également évoqué par deux médecins généralistes {E, G}.

> G. 57 : « Il y a un domaine que je ne fais pas, je ne sais pas très bien ce qu'il faut en faire, ce sont les dépistages un peu généralisés : l'audition et tout ce qui est amblyopie, je ne sais pas faire, ni très bien à quel âge il faut le faire »

Le médecin généraliste est également vu comme un *outil de consommation* {1, 2, 3, 7}, surtout dans les milieux urbains.

> 2. 14 : « La médecine est devenue de la consommation (…) comme ils vont au supermarché ou chez le coiffeur »
>
> 1. 237 : « On n'est pas là à prescrire le nouveau médicament, le nouveau lait »

3.3.3 Des pratiques disparates.

Surtout, que cela soit du point de vue des médecins de PMI {3, 5, 7} ou de notre observation lors des entretiens avec les médecins généralistes, la prise en charge de l'enfant en médecine générale apparait disparate et peu structurée.

> 3. 121 : « Mais c'est difficile de parler, on peut donner une impression générale puis après, il faut faire de l'individuel, parce que chaque médecin est différent, a sa culture de la PMI différente »

3.3.4 Synthèse.

- Le M de PMI décrit le MG comme un médecin de famille, surtout en secteur rural, mais qui pratique essentiellement une médecine curative.
Il exerce de plus en plus fréquemment en groupe, mais reste seul face au patient.

- Chacun note que le MG est débordé, peu disponible, avec des consultations souvent rapides.

- Mais surtout les pratiques sont disparates concernant le suivi de l'enfant.

3.4 UNE COLLABORATION QUASI INNEXISTANTE…

3.4.1 État des relations.

Les médecins de PMI sont demandeurs d'une collaboration avec les médecins généralistes {1, 3, 4, 6},

> 6. 141 : « Et c'est vrai qu'on se pose très souvent la question avec les puéricultrices, les sages-femmes, de ce « non-écho », même quand on sollicite les généralistes »

Dans le respect des familles {1, B},

> 1. 49 : « Je leur demandais si je pouvais prendre contact avec leur médecin »
>
> B. 59 : « En tout cas je leur propose »

Et pensent que leur parcours est un atout {1, 3}.

> 1. 38 : « En arrivant je me suis dit, « j'ai de la chance j'ai travaillé en libéral et en PMI donc je vais bien savoir appeler mes confrères » »

Mais face au manque d'intérêt des médecins généralistes, la motivation retombe,

> 1. 51 : « Alors j'ai eu beaucoup de contacts téléphoniques mais je ne sentais pas d'adhésion »
>
> 1. 226 : « Et ben quand j'ai dit que je travaillais en PMI, ça pas eu l'air de les intéresser, du tout du tout »

Voire même un sentiment d'infériorité peut être présent.

> 3. 214 : « Ce que je perçois c'est qu'il y a peut-être une résistance à penser qu'ils sont intouchables, qu'ils sont inaccessibles »

Au total les relations sont décrites la plupart du temps comme inexistantes {1, 4, 6, 7, A, B, C, D, F, G, J}.

1. 63 : « Après je me suis un peu lassée, je n'ai plus appelé les médecins, je me suis débrouillée autrement »

6. 40 : « Jamais de médecins généralistes nous appellent, jamais, jamais. (…) C'est très clivé »

B. 102 : « Il y a toujours quelques médecins généralistes avec qui la PMI travaille mais ça reste marginal dans l'organisation »

J. 52 : « Franchement il n'y a pas de communication entre nous, en règle générale je pense »

3.4.2 Les problèmes mis en avant.

Le principal facteur d'échec à cette collaboration est la méconnaissance du service de PMI {1, 3, 4, 5, 6, 7, C, D, G}. Certains médecins de PMI avouent même leur méconnaissance initiale lors de leur carrière antérieure.

4. 29 : « J'ai fait mes études dans une autre faculté et je n'avais jamais entendu parler de la PMI »

7. 57 : « Mais ça je pense que le médecin généraliste, pour y avoir travaillé, ne connaît pas tous ces dispositifs, d'aide éducative, de travailleuses familiales. Tout ça c'est même des choses que l'on n'enseigne pas. Si on n'y est pas sensible, on ne sait même pas que ça existe »

G. 29 : « De mon côté, il y a une grosse part d'ignorance. Je n'y ai jamais mis les pieds, je ne sais pas exactement quelles sont les consultations qui y sont délivrées, qui intervient, pour quel motif… »

Egalement plusieurs déplorent de ne pas se connaître mutuellement {2, 3, D}.

2. 114 : « Mais quand on arrive sur un secteur, on ne fait pas assez de rencontres. Je ne connais pas les médecins ici, sauf 2 ou 3 »

D 47 : « Aucun médecin de PMI ne s'est présenté, d'une façon ou d'une autre »

Un problème propre aux secteurs urbains est le nomadisme médical {2, 3, 4, 5, 6}. Certaines familles n'ont pas de médecin traitant, ce qui rend le dialogue obsolète.

2. 46 : « Ici sur {secteur urbain}, c'est un peu plus compliqué, car les familles que l'on voit sont plus nomades. C'est à dire qu'on les voit un peu, ils viennent, ils ne viennent pas, ils viennent à la consultation de PMI, chez le pédiatre, à l'hôpital. C'est plus diffus. On n'arrive pas à cerner une population, un groupe, on voit des gens »

4. 62 : « Ici il y a aussi une population qui fait beaucoup appel à SOS médecin et ils n'ont pas forcément de médecin traitant pour les enfants »

Bien que la concurrence ne soit pas abordée de manière frontale, les vieilles idées restent parfois {A, D, E},

D. 64 : « Ce que j'ai un peu de mal à voir quand même, c'est que, quelque part, on marche sur les plates-bandes des uns et des autres. J'ai un peu de mal à voir la complémentarité »

E 44 : « J'ai trouvé parfois qu'ils essayent d'accaparer les enfants »

Néanmoins critiquées par d'autre {B, I}.

B. 83 : « Il y a cette peur farouche qui résiste de perdre ses patients, comme si nos patients nous appartenaient, donc on a du mal à les confier »

I. 55 : « Chacun a sa place, c'est bien »

Pourtant les médecins de PMI incitent les familles à choisir un médecin traitant et les redirigent vers lui dès que nécessaire {2, 3, 5, 6}.

6. 54 : « C'est une de nos « actions », c'est d'aider la maman à trouver un médecin chez qui elle va aller régulièrement. On commence toujours comme ça les premières consultations. On insiste pour leur dire que l'on n'est pas le médecin traitant de l'enfant, que l'on a un tout autre rôle »

3. 113 : « J'engage les parents à refaire le point avec leur généraliste »

3.4.3 Une situation qui semble pourtant convenir aux médecins généralistes.

Les médecins généralistes expriment n'avoir pas ou peu besoin des services de PMI {B, C, E, F, H, I, J},

B. 72 : « Je ne dis pas que l'on peut s'en passer, mais je sais que certains médecins s'en passent complètement »

C. 41 : « Je n'en ai pas eu besoin jusqu'à présent »

Pour plusieurs raisons évoquées :

- *Le suivi médical de leurs patients ne le nécessite pas*

I. 37 : « Non parce qu'on a très rarement besoin… On voit ce qui est marqué sur le carnet. Heureusement pour les enfants, il y a très peu d'enfants qui nécessitent un suivi médical pointu »

- *Une patientèle trop aisée pour avoir besoin de la PMI*

F. 61 : « Moi j'ai pas beaucoup de relation parce que j'ai peu d'enfants suivis en PMI »

F. 73 : « On est un peu privilégié (ici), ç'est lié à la population locale »

- *La possibilité de faire le travail fait par les professionnels de PMI…*

E. 61 : « Je pense que petit à petit tout le monde fera tout. Il y aura une diversité. Le service de la PMI disparaitra et que les médecins généralistes s'organiseront pour effectuer la mission de PMI »

Malgré des contacts anecdotiques pour la plupart, ils sont jugés de bonne qualité {A, E, F, I, J},

E. 37 : « Sans problème, ils sont à côté. Donc on les appelle c'est facile. Mais c'est pas fréquent »

F. 67 : « Ah oui. Quand on a besoin, ça fonctionne bien »

J. 96 : « On a fait ce qu'il fallait après. La prise en charge est bien, correcte, conjointe et vraiment efficace »

Et même suffisants {F, H, I, J}…

H. 86 : « *Donc finalement, vous ne pensez pas que le service de la PMI puisse vous apporter plus de choses dans votre activité quotidienne ?*
Non ça va comme ça (silence) »

J. 64 : « Donc finalement je crois que je me débrouille comme ça, ça me convient, ça convient aux familles apparemment »

Le travail en parallèle est jugé possible {4, B, D, H, I},

4.59 : « Le suivi des médecins traitants se fait bien, il y a le suivi en PMI en parallèle »

4. 78 : « Actuellement notre fonctionnement actuel peut continuer à fonctionner comme ça, indépendamment »

B. 82 : « On travaille assez en parallèle, on ne travaille pas bien. Il y a, en médecine de ville, une individualisation du soin, c'est difficile de travailler en équipe »

H. 14 : « Oui, le plus souvent en parallèle. Je vois des enfants qui viennent une fois me voir, une fois la PMI, alternativement pour la surveillance »

I. 64 : « Mais il n'y a pas de collaboration vraiment, on travaille en parallèle »

Ou en se suivant dans la prise en charge, suivant l'âge du patient {H, J}.

H. 23 : « Ils y vont surtout quand ils sont très petits, à la sortie de la maternité, les premiers mois. Après, plus ça va, moins ils y vont, et puis ils viennent me voir. C'est plus un relai secondaire quand ils grandissent un peu »

3.4.4 Synthèse.

- Les M de PMI sont demandeurs de cette collaboration et incitent les familles à choisir un médecin traitant afin d'effectuer un suivi conjoint.

- Les relations sont néanmoins quasi inexistantes car :

- **Les MG méconnaissent le service de PMI.**
- **Les MG et les M de PMI ne se connaissent pas individuellement.**
- **Il existe un nomadisme médical.**
- **Il persiste parfois, un sentiment de concurrence.**

- En effet les MG jugent :

- **N'avoir pas ou peu besoin des services de PMI.**
- **Avoir des contacts de bonne qualité et même suffisants.**
- **Qu'un travail en parallèle ou en suivant, « sans collaboration », est possible.**

3.5 … MAIS QUI PARFOIS FONCTIONNE.

Certains médecins {2, 3, 5, B, C, J} signalent qu'une collaboration est parfois réelle, et même fréquente pour certains {3, 5, B} :

3. 203 : « Vous conservez votre médecin généraliste, on est en lien ensemble, on ne fait pas les choses l'un sans l'autre et on se tient au courant »

5. 72 : « Il y a beaucoup d'échanges »

B. 37 : « On s'entend bien, on a confiance les 2 parties l'une dans l'autre, donc ça marche bien »

3.5.1 Dans quelles situations ?

Les médecins de PMI collaborent avec les médecins traitants de l'enfant pour :

- Avoir un relai pour la prise en charge curative {B, C},

B. 120 : « Je prends en charge le gros du curatif. C'est surtout ça »

C. 15 : « J'ai l'impression qu'ils me les envoient quand ils sont malades finalement, pour le curatif »

- Pour savoir si l'enfant est réellement suivi {D, H, I}:

I. 23 : « Surtout pour vérifier l'assiduité, c'est le problème le plus important »

Dans l'autre sens, la collaboration s'effectue :

- Sur le plan social {3, 6, B,, EJ},

B. 34 : « C'est pour des difficultés sociales, des familles pour qui j'ai besoin d'un avis ou d'un coup de main social »

- Voire pour des cas de maltraitance présumée {C, J},

C. 32 : « Après j'ai déjà appelé pour des cas de maltraitance »

- Pour avoir, tout simplement, des informations complémentaires pour le suivi d'un enfant {1, 5, C},

5. 71 : « Après je les contacte quand je souhaite avoir des renseignements, échanger sur des familles qu'ils connaissent »

C. 28 : « La plupart du temps c'est pour des enfants que je vois pour un problème médical quelconque et je m'aperçois qu'ils ont un suivi de PMI et quand ça nécessite un suivi précis ou des questions sur le développement, je les appelle. Pour avoir des informations complémentaires »

- Pour un suivi au domicile par les puéricultrices {2, 4, 5},

5. 55 : « Il y a aussi des médecins qui nous contactent pour demander aux puéricultrices un suivi au domicile »

- Pour les consultations des sages-femmes ou des psychologues.

B. 57 : « Si, parfois je les envoie aux consultations du mercredi matin, qui sont des consultations allaitement ou plus généralement alimentation »

B 60 : « Ou sinon j'adresse parfois à la psychologue quand il y a des petits troubles de la relation, on va dire, pour qu'il y ait un relai par quelqu'un d'autre que le médecin qu'ils commencent à connaître »

La vaccination pour la BCG est un peu à part. Certains médecins généralistes peu habitués, adressent leurs patients aux consultations des médecins de PMI pour la réaliser {2, 3, E}. Ce n'est néanmoins, pas une réelle collaboration.

3. 127 : « Après, il y a des médecins qui aiment bien nous adresser des petits, pour faire les BCG, parce que cela leur prend trop de temps et puis il n'en font plus, ils n'ont pas l'habitude »

A. 78 : « Ben le vaccin du BCG, moi je ne peux pas le faire toute seule »

3.5.2 Pourquoi ?

Que ce soit entre médecins de PMI et médecins généralistes, ou parfois avec d'autres intervenants avec qui une collaboration s'est instaurée, les raisons avancées se calquent, plus ou moins, sur les problèmes formulés comme cause d'échec au dialogue.

En effet la connaissance du service de PMI est primordiale {1, 3, 5, 7, B, J},

> 1. 184 : « Elle connaît très bien la PMI, ce que l'on peut faire et ce que l'on ne peut pas faire »
>
> 3. 187 : « Ils me connaissent, ils savent dans quelle orientation on travaille, ce que l'on peut apporter en plus aux familles, comment on travaille en collaboration, comment eux peuvent se décharger de certains pans de la problématique de la famille »

Que ce soit à l'occasion de formations ou d'une activité particulière en lien avec le service de PMI ;

> B.18 : « J'ai un DU de PMI, donc j'ai fait des vacations en PMI »
>
> 3. 80 : « Aussi avec les médecins qui sont impliqués dans les structures d'accueil petite enfance, les crèches, car ce sont les médecins généralistes locaux qui s'en occupent ici »

Et également le fait de se connaître « physiquement » {2, 3, 6, B, J},

> 6.88 : « C'est très simple, il y a un déjeuner par an entre les puéricultrices et les sages-femmes, comme ça elles se connaissent »
>
> B. 42 : « J'étais allée me présenter donc je fais partie de leurs partenaires »

Ce qui est parfois facilité par la proximité géographique {7, E}.

> 7. 69 : « Géographiquement parlant. Nous à côté de la MDSI, il y a un cabinet de deux médecins donc du coup on a des situations en commun »
>
> E. 37 : « Sans problème, ils sont à côté »

Parfois les médecins généralistes, eux-mêmes, peuvent avoir une connotation sociale du fait de leur patientèle {2, 6}.

2. 116 : « Ils ont l'habitude pour les familles à parcours difficile »

6. 128 : « Qui sont habituées à suivre des enfants en grande précarité et dont les mamans sont très satisfaites »

3.5.3 Avec qui ?

Les médecins généralistes, avec qui une collaboration est possible, sont décrits comme plus jeunes et surtout des femmes {5, 6}.

5. 87 : « Ils sont plus jeunes »

6. 128 : « Dans le lot on a trois femmes médecins »

Ces médecins contactent le service de PMI souvent plus facilement via les puéricultrices {2, 4, 5, B, C, I}

2. 78 : « La puéricultrice avait largement plus de contacts téléphoniques en fait »

4. 57 : « Pas moi directement mais plus facilement les puéricultrices »

Parmi les autres intervenants avec qui une collaboration est instaurée, il y a :

- Les pédiatres libéraux {1, 2, 7, A, B, G I},

1. 169 : « Par contre j'ai des liens très très faciles avec la pédiatre locale »

A. 34 : « Quand j'ai un problème j'appelle un pédiatre à Bordeaux »

- Les sages-femmes libérales {2, 6, D, G, J},

6. 79 : « Ici on a un très bon réseau et de très bons contacts avec les sages-femmes »

G. 38 : « Pour nous, sur le secteur, comme il y a des sages-femmes très actives, très disponibles pour les femmes »

- L'hôpital {1, 2, 3, 7, B, I},

B. 134 : « Autrement j'envoie à l'hôpital »

- Les centres de neuro-pédiatrie, pédopsychiatrie, CAMSP {3, 4, J}.

J. 131 : « Différents réseaux, le langage etc… (…) En dehors des réseaux, sur les retards psychomoteurs j'adresse à l'hôpital, au CAMSP en général »

3.5.4 Comment ?

Concernant les moyens de communication, les contacts se font essentiellement par téléphone {1, 2, 3, 5, 6, C, E, H}.

2. 72 : « Quand je les contacte par téléphone, ils me répondent sans problème »

E. 39 : « C'est toujours par téléphone que je les contacte »

Beaucoup plus rarement, les échanges se font via l'envoi d'un courrier {5, E, H, I}.

5.61 : « Il m'est arrivé quelques fois, 2 ou 3 fois, qu'un confrère m'envoie un petit pour que je fasse l'évaluation de ses apprentissages. (…) C'était par courrier »

1. 81 : « Mais je leur fais un petit mot en disant, OK on a pris rendez-vous, ou on a pris en compte votre remarque »

Le carnet de santé est un sujet de controverse :

- Certains s'en contentent, voire l'utilisent comme premier moyen de communication {2, 3, 4, 5, H, I},

3. 111 : « Je me sers beaucoup du carnet de santé comme moyen de liaison »

5. 58 : « C'est vrai que l'on transmet les infos en remplissant le carnet de santé. Je mets un point d'honneur à bien le remplir pour mes confrères »

1. 37 : « On voit ce qui est marqué sur le carnet »

- D'autres en soulignent les limites {1, 6, D, G}.

1. 221 : « Le carnet de santé n'est pas un contact »

6. 151 : « Sur le carnet de santé on fait attention à ce que l'on met. On ne peut pas noter les conditions de vie. Sur le carnet de santé, on reste centré sur l'enfant »

3.5.5 Synthèse.

Parfois une collaboration existe :

- **Quand le médecin généraliste connaît le service de PMI et encore mieux si les différents acteurs se connaissent personnellement,**
- **Quand il existe une proximité géographique,**
- **Grâce à des suivis conjoints fréquents.**

Il s'agit surtout de médecins généralistes plus jeunes ou femmes.

Cette collaboration se fait par téléphone, ou via le carnet de santé, en tenant compte de ses limites.

3.6 LES ATTENTES.

Le médecin généraliste pourrait apporter au service de PMI son expertise de médecin de la famille et anticiper les suivis du fait de son rôle de premier recours {1, 2, D}.

1. 203 : « Des compléments d'information sur tout ce qui concerne la santé de l'enfant, global »

2. 153 : « Ce qui est important, c'est qu'ils globalisent le soin auprès d'une famille ou autour de l'enfant »

D. 111 : « En tant que médecin de famille. Des fois on sait des choses qu'ils ne savent pas »

De leurs côtés, les professionnels de PMI permettraient au médecin généraliste de sortir de l'isolement face à certaines situations et leur offriraient des outils afin d'assurer un suivi de qualité des enfants {1, 2, 3, B, D}.

1 212 : « J'ai découvert par exemple la TISH »

2. 174 : « On a aussi la possibilité d'une intervention au domicile notamment par les puéricultrices. C'est là qu'on sait comment faire, on adapte au domicile, en fonction du nombre de chambres, du point d'eau…etc »

3. 138 : « Parce que l'on a un panel d'intervenants professionnels autour de la petite enfance qui peut être aussi intéressant pour le généraliste pour justement se dégager de certaines situations »

B. 34 : « C'est pour des difficultés sociales, des familles pour qui j'ai besoin d'un avis ou d'un coup de main social »

B. 57 : « Parfois je les envoie aux consultations du mercredi matin, qui sont des consultations allaitement ou plus généralement alimentation »

B. 60 : « J'adresse parfois à la psychologue quand il y a des petits troubles de la relation, on va dire, pour qu'il y ait un relai par quelqu'un d'autre que le médecin qu'ils commencent à connaître »

- Le MG pourrait apporter au service de PMI ses connaissances en tant que médecin de la famille de premier recours.

- Les professionnels de PMI offriraient au MG des outils afin d'assurer un suivi de qualité des enfants (puéricultrices, TISF, consultations alimentation par SF, psychologues…).

IV. DISCUSSION

4.1 DISCUSSION DE LA MÉTHODE.

4.1.1 Le choix de la recherche qualitative.

Notre question de recherche nous a orientés préférentiellement vers les méthodes qualitatives. Celles-ci étudient des questions complexes et la recherche d'hypothèses.

Notre objectif étant de décrire les perceptions des pratiques et des complémentarités entre le service de PMI et les médecins généralistes, il était nécessaire de recueillir les attitudes, les croyances et les préférences personnelles (29). La méthode qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, et donc difficiles à mesurer (26). Elle est la méthode de choix pour découvrir les perceptions de chacun. L'écoute et la forme ouverte d'une discussion en face à face sont idéales pour permettre aux participants d'exprimer leur avis, leurs représentations sur un thème (28).

L'étude transversale répond à l'intention de décrire « l'état ou l'état d'esprit » d'une population à un moment donné (32).

La méthode utilisée apparaît donc adaptée à la question posée.

Néanmoins, limite inhérente à toute étude qualitative, le nombre de personnes enquêtées est nécessairement restreint et ne prétend pas couvrir la diversité des acteurs et des situations.

4.1.2 Le recrutement.

Nous avons décidé de réaliser l'étude sur un seul département, le service de PMI étant un service départemental avec des modes de gestion différents. Le choix de la Gironde a été fait pour une question de commodité et d'intérêt personnel puisque notre lieu d'exercice se situe dans ce département.

Par ailleurs cette collaboration est évaluée essentiellement pour le suivi des enfants de moins de 6 ans.

L'utilisation de notre réseau de connaissances a permis de choisir les médecins généralistes et de les intéresser plus facilement. C'est certainement ce qui a permis de n'essuyer qu'un seul refus. Néanmoins, l'influence du médecin entremetteur a pu entraîner un biais de censure chez le médecin interrogé (28).

Par ailleurs certains médecins ont été recrutés directement. Cela a pu constituer un biais de réponse : le fait de connaître l'enquêteur a pu modifier certaines de leurs affirmations.

Le service de PMI de la Gironde est, par choix de simplification et afin de pouvoir croiser les réponses, représenté seulement par les médecins de PMI. Leur recrutement a été fait grâce à un membre du service impliqué dans l'étude, afin d'obtenir une diversité.

En effet, il était important de rencontrer des médecins de type différent, non dans un but de représentativité, mais pour récolter tous les points de vue. Une femme ou un homme, un jeune ou un ancien installé, un médecin de campagne ou un médecin de ville, peuvent en effet avoir un point de vue différent.

Le nombre d'interviewés est, dans les études qualitatives, décidé au fur et à mesure de l'étude. En effet, la représentativité n'est toujours pas l'objectif, donc nul besoin d'un nombre minimum de participants. La finalité consiste à arriver à « saturation ». L'enquête est terminée quand les trois derniers entretiens n'apportent plus aucune idée nouvelle. Lors des premiers entretiens, certaines idées se répètent mais on trouve encore des visions nouvelles. Ainsi, il est difficile de déterminer à l'avance le nombre de participants nécessaire.

« Et ce n'est qu'après avoir jugé ce point de « saturation » atteint que l'on peut effectivement considérer la campagne d'entretiens close » (28) (29).

L'arrêt du recrutement a donc été décidé, pour les médecins généralistes, à la saturation des données.

Concernant le recrutement des médecins de PMI, leur nombre avait été choisi au préalable, mais la saturation des données a également été obtenue.

Néanmoins, on n'est jamais sûr d'atteindre cette saturation des données, d'autant que les médecins de PMI sont, de par leur organisation, peu nombreux.

4.1.3 Le recueil des données.

La technique des entretiens de groupe ou « focus group » peut mettre en évidence des différences de perspective entre des groupes d'individus (25) mais il existe parfois des réticences à parler de sujets personnels, à fortiori s'ils peuvent porter préjudice (33). Cette technique ne nous paraissait pas adaptée ici, sans compter qu'il est plus facile de prendre rendez-vous avec un médecin plutôt que de les réunir pour un « focus group ».

Nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-dirigés permettant une liberté d'expression chez la personne interrogée, en garantissant l'anonymat des confidences. Ils encouragent une expression fidèle et précise de l'enquêté, avec explicitations de l'ambigu (28). Cette méthode est « particulièrement pertinente si l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques (…), mettre en évidence les systèmes de valeurs (...) à partir desquels ils s'orientent et se déterminent » (28).

L'utilisation d'un guide d'entretien, dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre, a permis de garder une trame commune à tous les entretiens, sans omettre les sujets importants à aborder, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole (27). L'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème (34).
Il est donc nécessaire d'adopter une attitude ouverte et bienveillante, sans conseil ni jugement.

La pré-enquête a permis d'affiner la technique d'entretien, en analysant la façon dont les interviewés répondent (29) (25).

Les entretiens furent réalisés, pour les médecins de PMI, dans les MDSI et deux dans les bureaux du conseil général à Bordeaux pour des raisons de distance. Concernant les médecins généralistes, la plupart furent réalisés sur leur lieu d'exercice, sauf deux, effectués à leur domicile lors d'un jour de repos, pour convenance personnelle. Le lieu de conduite de l'entretien est important et ce dernier doit, si possible, se dérouler dans « un espace en lien avec l'enquête », mais « l'adaptation prime » en cas de refus (29).

Les entretiens ont été réalisés sur des temps choisis, en fin de consultation, ou sur des jours de repos. Un seul entretien s'est déroulé sur une plage de consultations libres, avec une salle d'attente pleine…

Outre le lieu de rencontre, la mise en confiance de la personne rencontrée est importante. « La phrase introductive de présentation de l'enquêteur, de la démarche d'étude, de ce que l'on attend de l'enquêté et du principe d'anonymat des données recueillies », participe à la qualité de l'entretien (29).

Un seul entretien s'est fait sans relation de confiance évidente, du fait d'une méfiance envers l'enregistrement de la discussion.

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.

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.

Par ailleurs la technique d'entretien nécessite de l'expérience, afin d'utiliser les relances adaptées, de rester neutre et de ne pas se laisser déstabiliser par la tournure de certains entretiens. Cette enquête étant une première expérience pour l'enquêtrice, les entretiens n'ont peut-être pas révélé toutes les informations possibles.

Ceci peut en partie expliquer les temps d'entretien plutôt courts par rapport aux entretiens habituels. L'autre explication serait celle du manque d'intérêt pour le sujet ou l'absence de contact pour certains.

4.1.4 : L'analyse des résultats.

Les entretiens ont été retranscrits de la façon la plus fidèle possible. Les informations retirées par nécessité d'anonymat concernaient les lieux et les personnes, mais n'ont pas modifié la compréhension du discours.

L'utilisation du logiciel de référence N Vivo a permis un maniement fluide sans perte de données pour le codage axial et la construction de l'arbre thématique. Les logiciels de codage ont prouvé leur intérêt quand le corpus à analyser est volumineux (31). L'organisation des résultats s'est faite de manière inductive suite à la construction de l'arbre à partir des données.

4.2 DISCUSSION DES RÉSULTATS

4.2.1 Des déterminants socioprofessionnels impliqués dans la collaboration ?

Une collaboration entre les médecins généralistes et le service de PMI est favorisée quand **:**

- *Le médecin généraliste connaît le service de PMI* (médecin de crèche, formation spécifique de PMI, proximité géographique des lieux d'exercice).

Le seul médecin généraliste interrogé témoignant d'une collaboration « idéale », avait même fait des vacations en PMI.

L'étude sur les réseaux de soins informels (23) conclue que : « L'amélioration de la communication entre les acteurs et de la circulation de l'information sur le patient et les soins qui lui sont dispensés ne (…) semble pas reposer seulement sur la désignation d'un acteur «pivot» qui aurait une action transversale (coordination) dans le projet thérapeutique. Elle devrait reposer également sur des processus de décloisonnements entre les différents segments professionnels, impliquant que chaque acteur connaisse le travail effectué par l'autre et reconnaisse son utilité dans la chaîne des soins, et sur un rééquilibre des hiérarchies sociales et symboliques entre les acteurs. »

- *Le médecin généraliste exerce en groupe*.

La volonté d'exercice en groupe répondrait à une vision de la médecine moins individualiste, donc plus propice au travail en réseau. Les quelques médecins de notre étude exerçant seuls, témoignent de contacts encore plus parcimonieux.

Néanmoins, une étude de 2011 réalisée par l'INPES, sur « l'exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale » (35), retrouvait, contrairement à leur hypothèse initiale, que les « pratiques de prévention des médecins exerçant en groupe ne sont pas foncièrement différentes ». « Les médecins généralistes travaillant en groupe déclarent être plus ouverts vers l'extérieur, plus sensibilisés à la pratique de la vaccination, qu'ils effectuent d'ailleurs plus souvent pour eux-mêmes. Cependant, les autres pratiques de prévention ne paraissent pas significativement plus développées en groupe, que le cabinet soit mono ou pluri-professionnel ».

- *Le médecin généraliste est une femme.*

Le nombre de femmes médecins généralistes de notre enquête (4 pour 10 entretiens) correspond environ au ratio des femmes médecins généralistes exerçant en libéral et installées, qui est de 33,9 % au 1er janvier 2013 (36).

Du point de vue des médecins généralistes, la collaboration est surtout le fait d'une femme dans notre étude, mais c'est le témoignage des médecins de PMI qui fait ressortir cette meilleure collaboration avec les médecins femmes.

Cette observation est également soulignée dans la thèse de Denis Elchardus, à Reims en 2008 (5).

- Le médecin généraliste a un âge moyen.

Dans notre étude, la répartition des âges est différente de celle retrouvée au niveau national (illustrée dans le tableau 12), avec une sous représentation de la tranche des 50-60 ans.

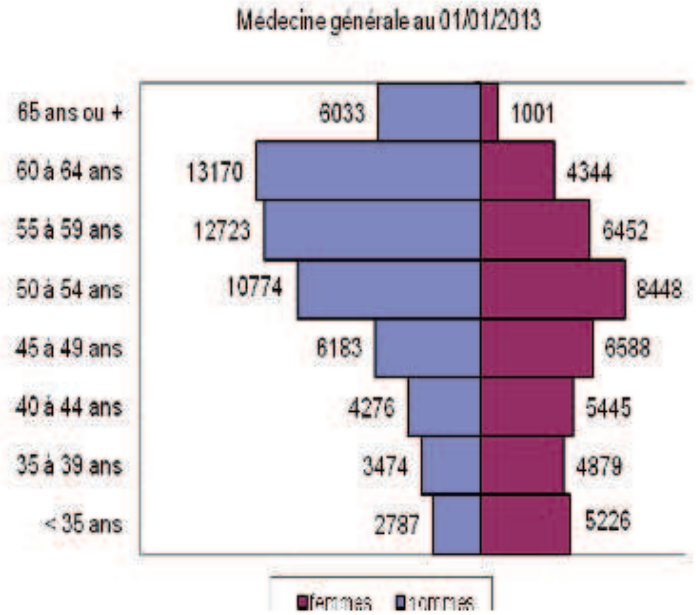


Tableau 12 : Pyramide des âges des médecins généralistes au 01/01/2013, source DREES (36)

La thèse de Denis Elchardus retrouvait que les médecins généralistes de moins de 40 ans semblaient avoir reçu une meilleure formation sur le service de PMI sans néanmoins, en pratique, collaborer (5).

Dans notre enquête, les 40-50 ans, collaborent plus, alors que les jeunes installés s'en passent facilement. On peut penser que le tissage de leur réseau n'est pas complet et surtout que les situations ou expériences communes ont été faibles. Les médecins plus âgés semblent avoir une connaissance plus « historique » donc plus sociale du service.

- *Le médecin exerce dans les secteurs ruraux.*

Il y « est souvent le coordinateur des soins puisqu'il est en contact régulier avec les infirmières et les assistantes sociales pour discuter des différentes problématiques touchant ses patients » (37). Les médecins, mais surtout les puéricultrices de PMI dans les secteurs ruraux, ont des contacts fréquents avec les médecins généralistes.

Ces derniers, exerçant dans les secteurs urbains ont souvent beaucoup de correspondants et privilégient leurs confrères libéraux ou hospitaliers (37). Les médecins de PMI peuvent n'avoir aucun contact avec les médecins généralistes dans ces secteurs.

- *Le pourcentage de consultations des moins de 16 ans ne semble pas influencer*.

La répartition de ces consultations selon les médecins, semble supérieure aux tendances générales (la moyenne est de 19 % en Gironde pour l'année 2013). Les médecins avec les pourcentages les plus élevés sont majoritairement des femmes et les plus jeunes. Cela correspond aux conclusions de la DRESS concernant « La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale » (22), précédemment évoquées.

Mais une activité pédiatrique et préventive importante ne préjuge pas de l'aptitude à communiquer avec le service de PMI.

Néanmoins, il semble que les médecins voyant peu d'enfants se satisfont plus facilement de la pauvreté de ces relations.

Cette collaboration est également favorisée quand :

- *Le médecin de PMI n'a pas d'à priori négatif sur la profession de médecin généraliste*, voire même aurait aimé pratiquer ce type d'exercice.

- *Le médecin de PMI s'est présenté physiquement* lors de sa prise de poste sur le secteur, ou à l'occasion de formations.

Une étude qualitative auprès de 24 médecins généralistes installés dans le département du Maine-et-Loire sur « les modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes » (37), confirme que « le critère principal, tous sexes et lieux d'exercice confondus, était la connaissance du correspondant, critère plus souvent mis en avant quand le généraliste exerçait en groupe ». « Une présentation d'un spécialiste récemment installé par le moyen d'une plaquette était dans les éléments qui pouvaient déterminer l'ajout de ce dernier dans le carnet d'adresses du médecin. »

- *Une équipe de PMI stable.*

Plusieurs médecins relèvent l'importance de la stabilité des intervenants de PMI. Cela permet à chacun de prendre le temps de se connaître, de se faire confiance, de connaître comment une équipe travaille… « Ces relations de confiance personnalisées s'organisent dans des réseaux d'affinités, mais aussi d'alliances, qui s'instaurent et s'entretiennent tout au long de l'exercice » (23).
La même étude sur la constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes retrouve que « le temps en médecine est essentiel et décliné sous de multiples formes (…) : la disponibilité du médecin, l'accessibilité, la durée des consultations mais aussi la stabilité et la fidélité, synonyme de confiance (37).

- *Le fait d'avoir exercé ou non comme médecin généraliste en libéral ne semble pas avoir d'influence*, malgré l'impression exprimée par deux médecins de PMI.

4.2.2 : Le service de PMI : quelle place actuelle ?

Dans notre étude, les médecins généralistes considèrent essentiellement le service de PMI comme des consultations infantiles et des visites de puéricultrices.
Le sujet de cette étude est centré sur la prise en charge de l'enfant, mais le début de l'entretien destiné aux médecins généralistes était ouvert sur les autres actions. Personne n'a évoqué, ni les TISF, ni les modes d'accueil.

Quelle place actuelle ? Ce questionnement a conduit la Direction des Actions de Santé de la Gironde à commander la réalisation d'une étude exploratoire sur le service apporté aux personnes par le service de PMI de la Gironde, étude qui a été réalisée en 2012 par une sociologue et un psychologue (38).

Elle aboutit à un constat récurrent illustrant la « double dimension du soin (…) : le soin au sens soigner une maladie (cure) et le soin au sens de prendre soin de la personne (care). » Selon les familles rencontrées lors de cette étude, « la dimension du « care » n'est pas toujours prise en compte par la médecine libérale et hospitalière. Dans ce contexte, la PMI semble constituer l'un des derniers espaces du système de soins où un accueil patient et attentionné, situé au cœur de la pratique, répond au besoin d'étayage des familles. »

Le service de PMI de la Gironde y est décrit par les professionnels (externes et de PMI) et les familles (usagers ou non des services de PMI), comme le seul service de proximité à répondre à des besoins d'accompagnement « combinant une dimension technique, relationnelle et une expertise pluridisciplinaire. »

Ces caractéristiques relèvent de missions légales évoluant depuis près de 70 ans. Mais des inquiétudes, suite à la loi de réforme territoriale et de réforme de la fiscalité locale de 2010, ont été exprimées, quant à la place, voire l'existence des services de PMI. Il existe actuellement de fortes disparités départementales.
Selon les choix politiques locaux, certains services sont utilisés comme réponse aux situations d'urgence sociale, ou comme suppléance, dans les zones déficitaires, aux soins curatifs.

Cela n'est pas le choix du département de la Gironde.

Néanmoins la plupart des médecins de PMI de notre étude, se plaignent du manque de temps, ne leur permettant pas d'effectuer les liaisons avec les médecins généralistes, ni même simplement de les rencontrer.

Les intervenants prennent par contre le temps de s'impliquer dans la formation initiale, en accueillant des internes. L'enjeu est majeur afin de faire découvrir le métier de médecin de PMI, ainsi que les différents intervenants du service et l'aide que ceux-ci peuvent apporter à un médecin généraliste libéral.

Plusieurs médecins ont également fait référence à la dévalorisation de leur profession, créant même un possible sentiment « d'infériorité » par rapport à leurs collègues libéraux.

La qualité de médecin généraliste spécialiste, reconnue aux médecins généralistes d'exercice libéral depuis la réforme de janvier 2004, ne s'applique pas à ceux exerçant en PMI directement après l'internat. De plus, la spécialité de médecin de PMI n'existe pas non plus, sauf en étant pédiatre.

Une étude réalisée en novembre 2011 par le SNMPMI (Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile) (39) retrouve, sur le plan national, que 9.7% des postes ne sont pas pourvus. Selon les départements, ce taux varie de 0 à 46%. Dans 7 départements, plus de 15% des postes sont déclarés vacants.
Pour les médecins ayant rempli le questionnaire, les motifs de vacance de postes sont :

- Le défaut d'attractivité du statut national (75% des répondants) et d'attractivité financière des postes dans le département (60%)
- Le manque de candidats (75%)
- L'absence d'une politique active de recrutement dans le département (40%)
- Le défaut d'attractivité géographique des postes (38%).

4.2.3 : La médecine générale d'exercice libéral : sa prise en charge du patient et son rôle dans la prévention.

Les médecins généralistes interrogés semblent se satisfaire de l'état actuel des relations avec les médecins de PMI.

Ils pensent :

- Soit pouvoir faire le travail du service de PMI, surtout s'ils font beaucoup de suivis d'enfants,

- Soit n'avoir jamais eu de problème dans le suivi des familles, pour ceux avec une faible activité pédiatrique,

- Soit que « la population » se rendant aux consultations de PMI est différente de leurs patients, donc ne vient pas les voir.

L'étude parue en 2008 sur les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels (23), montre au moins trois idéaux communs à l'ensemble des professionnels de santé, qui influencent les trajectoires individuelles et la coordination professionnelle :

- *« Un idéal de travail en équipe construit sur le modèle hospitalier*.

  Cette institution reste le pôle du savoir et de la scientificité, le lieu des émulations intellectuelles entre experts, du partage des décisions et des responsabilités.

- *Un idéal d'autonomie.*

Un idéal d'autonomie allant de pair avec une valorisation de toutes les figures de l'autonomie professionnelle et plus particulièrement :

L'indépendance d'un groupe par rapport à l'autre ;

La responsabilité individuelle dans le travail ;

Le refus de certaines contraintes rapportées au travail en institution et à son organisation pyramidale génératrice de conflits et de dépendance ;

Le refus de certaines règles établies par les instances dirigeantes (recommandations opposables, contrôle de l'activité);

Le libre choix de ses partenaires professionnels ;

La maîtrise de son exercice et de la décision de soins.

- *Un idéal relationnel*

Cette idéologie leur permet de se différencier positivement sur le registre de la plus grande humanité en mettant en avant leur connaissance approfondie du patient, l'aspect « global » de la prise en charge, et la qualité de la relation humaine avec le patient. »

De plus, l'individualisation des pratiques domine. « Chaque praticien tend à travailler à sa manière » (23).

Dans un projet d'harmonisation des pratiques et de clarification, la loi portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) de juillet 2009 réaffirme et redéfinit les missions de cette spécialité de médecine générale dans l'article L.4130-1 (40).

« 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 rôle de pivot du médecin généraliste est également renforcé par le fait d'être choisi comme médecin traitant. L'article L.162-5-3 (40) 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.

Cette obligation ne concerne donc pas les enfants de moins de seize ans, pour l'instant.

Dans notre étude, les médecins de PMI se plaignent de l'absence, surtout dans les milieux urbains, de « médecins référents » pour certains enfants. Dans ce cas, la collaboration est inenvisageable et le suivi de l'enfant non optimal. Néanmoins il n'est pas sûr que l'extension de cette loi (comme prévue par le projet de loi relatif à la santé (41)) aux moins de seize ans, empêche ce nomadisme médical.

Le médecin généraliste est réaffirmé comme acteur de prévention et de santé publique, dans la définition européenne de la médecine générale - médecine de famille, préparée par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002 : la médecine générale «a **une responsabilité spécifique de santé publique** dans la communauté » (42).

Le système de soins français s'est construit historiquement sur la prise en charge des phases aiguës des maladies.
Cependant, depuis plusieurs années, le médecin généraliste est encouragé à reprendre une place importante dans le domaine de la prévention.

Néanmoins elle est essentiellement tournée vers les cinq principales pathologies chroniques (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, respiratoires, et psychiatriques). Ainsi la notion d'éducation thérapeutique du patient, est maintenant couramment répandue.

Mais, concernant le dépistage et la prévention chez l'enfant, il reste des progrès à faire. Malgré des recommandations de 2005 (24), concernant « le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires », le médecin généraliste effectue très peu ces dépistages, et, pour ceux qui ne le réalisent pas, n'effectuent pas de transfert de responsabilités.

En revanche, le plan obésité 2010 – 2013 (43) qui stipule dès le premier axe stratégique, d'améliorer l'offre de soins et de promouvoir le dépistage, notamment chez l'enfant, en facilitant la prise en charge de premier recours par le médecin traitant, semble être mieux suivi.

4.3 PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES.

4.3.1 : Améliorer les parcours de soins.

Des améliorations ont été proposées par le haut conseil de la santé publique, à l'occasion d'un travail de 2009 sur les « consultations de prévention – constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et proposition de développement », concernant les consultations de prévention de l'enfant avant six ans » (44) :

« *Renforcer les liaisons entre les différents acteurs suivant le même enfant* :

- Pédiatres de maternité et service de néonatologie avec d'une part le service de PMI, et d'autre part le médecin de ville qui suit l'enfant particulièrement lorsqu'un suivi spécifique est nécessaire (prématurité, transfert, infection périnatale, dépistage d'une anomalie...).
Lorsqu'il existe, le réseau de périnatalité est l'effecteur de ce lien.

- Médecin de PMI, médecin scolaire et médecin de ville, dans tous les cas mais tout particulièrement dans le domaine du dépistage, du suivi des troubles sensoriels et des apprentissages, et celui de l'intégration scolaire des enfants atteints d'affections chroniques ou handicapés.

Définir des parcours de soins *intégrant selon le cas médecins de PMI et scolaires, médecins de ville, généralistes ou pédiatres, spécialistes de ville et hospitaliers, professionnels de la rééducation (orthophonistes, psychomotriciens...)*

Cela implique d'identifier les professionnels et structures impliqués (CAMSP, CMPP), de définir les rôles de chacun, d'assurer la communication, **le médecin « traitant » de l'enfant** (médecin de PMI ou médecin de ville) étant au centre du dispositif. Ces parcours sont indispensables pour les enfants ayant des troubles sensoriels, des troubles de l'apprentissage et des affections au long cours ou nécessitant un diagnostic complexe. »

La création de parcours de soins, à la différence des recommandations, permettrait de définir la place de chacun (médecin généraliste, médecin de PMI, pédiatre) dans le suivi de l'enfant afin d'établir cette coordination.

Par ailleurs, le médecin généraliste doit s'ouvrir au travail en équipe, pratique qui ne fait pas partie de sa culture initiale. Il est habituel de considérer l'exercice du médecin généraliste comme assez solitaire, isolé dans le huis clos d'une relation duelle avec son patient.

> B. 82 : « Il y a, en médecine de ville, une individualisation du soin, c'est difficile de travailler en équipe »

La création de maisons ou de pôles de santé s'avère déjà être une étape dans le sens de ce travail en équipe.

Le médecin généraliste paraît déjà être le plus légitime dans le rôle de coordinateur de soins, de médecin « traitant » de l'enfant.

> 2. 165 : « Il faut un médecin qui soit un lien continu et qui devrait être le médecin généraliste »

C'est ce que le projet de loi relatif à la santé (41), toujours en cours de discussion, cherche à institutionnaliser en étendant l'obligation du choix d'un médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans. Cela permettrait « de suivre régulièrement l'état de santé de ces enfants et de coordonner l'action des autres professionnels de santé chargés de leur prise en charge, à un âge où le suivi et la coordination sont d'importance capitale. » L'affirmation du rôle de pivot du médecin traitant dans le suivi du parcours de soins des enfants a pour but « de renforcer le dépistage précoce de l'obésité, des troubles de l'apprentissage ou, plus tard, des conduites addictives », par exemple.

Le médecin généraliste doit donc s'approprier son rôle dans la prévention et le dépistage chez l'enfant, il doit savoir identifier les principaux acteurs, et savoir collaborer avec eux selon sa propre formation.

> B. *95* : « Nous, la médecine générale ou la médecine de ville curative, on n'est pas du tout formé à la prévention. Donc à quoi sert la prévention ? Donc quelle est la place du médecin de PMI dans notre organisation de soins ? »

Une piste pourrait être de ne plus laisser le choix quant à la réalisation des actes de dépistage.

Un exemple serait d'insérer dans le carnet de santé certains tests de dépistage (notamment les tests de langage), aux pages dédiées aux examens obligatoires, en plus des questions interpellant déjà le praticien sur les différents tests de dépistage, mais dont le choix de la réalisation est laissé libre. (Annexe 5)

4.3.2 Un nécessaire travail d'information et de formation

Cette information doit être faite auprès des médecins généralistes et des étudiants en médecine, sur les actions « en pratique » du service de PMI.

L'accent est, pour l'instant, mis sur la formation initiale par les stages pratiques proposés aux internes dans les services de PMI. Ils ont accès aux consultations infantiles, mais suivent également les puéricultrices, les sages-femmes et participent aux réunions d'agrément des assistantes maternelles…

> 1.189 : « Ce qui fait qu'à chaque fois que l'on a un interne on le bichonne »
>
> 4. 98 : « Du coup je pense qu'une meilleure connaissance des missions PMI et de ce que l'on fait passer par la formation des étudiants, c'est pour ça que c'est très bien que ce soit ouvert aux médecins généralistes, mais je pense que ce n'est pas suffisant ; il faudrait faire une information auprès des médecins, ça c'est sûr »

D'ailleurs, toujours dans le projet de loi en cours (41), un des souhaits est « le renforcement de la formation pédiatrique des médecins généralistes qui prendra la forme de stages obligatoires (pédiatrie hospitalière, pédiatrie ambulatoire, protection maternelle et infantile...) pour les internes de médecine générale. »

La qualité de ces stages s'est d'ailleurs déjà améliorée avec la création des stages validant le pôle « mère-enfant » chez le praticien, dans le service de PMI ou dans le réseau REPOP, en plus des stages hospitaliers initialement exclusivement proposés.

Car n'oublions pas que le médecin généraliste est un omnipraticien et, est un acteur de premier recours.

Sur le plan théorique, le programme des cours de pédiatrie à la faculté de médecine devrait plus mettre l'accent sur le dépistage et la prévention ainsi que sur l'existence d'une collaboration possible avec les services de PMI.

Concernant la formation continue, des soirées sont proposées aux médecins généralistes « volontaires ». Néanmoins la qualité et l'indépendance de ces formations restent controversées.

> 2. 111 : « Les médecins généralistes, dans certains secteurs ont des formations continues. »

Les pédiatres libéraux et les médecins de PMI organisent déjà des formations communes. Cela a permis l'acquisition d'un respect et d'une connaissance mutuels. Des formules similaires pourraient être envisagées avec les médecins généralistes.

Afin d'atteindre un plus grand nombre de médecins, on peut proposer de réaliser une plaquette ou un lien internet, expliquant aux médecins généralistes, les actions du service de PMI, directement utiles à leur pratique.

> 3. 138 : « Parce que l'on a un panel d'intervenants professionnels autour de la petite enfance qui peut être aussi intéressant pour le généraliste pour justement se dégager de certaines situations »
>
> 1. 212 : « J'ai découvert par exemple la TISF »

Cette plaquette ou ce lien, devront si possible être personnalisés selon la circonscription, éventuellement par une étiquette à rajouter au verso. Les précisions concernent le nom du médecin de PMI, ainsi que son numéro de téléphone direct, et les lieux et horaires de consultation ; les coordonnées des puéricultrices, des sages-femmes, des psychologues. Cette plaquette devra être renvoyée à chaque changement de médecin, ce qui peut être l'occasion de proposer une réunion de présentation des locaux et du personnel.

> 6. 155 : « Mais c'est vrai que quand on prend le poste on devrait au moins se présenter physiquement et dire qui on est et ce que l'on fait, aux médecins généralistes »

Le médecin généraliste pourrait, à l'occasion de son installation, rencontrer l'équipe de PMI de son secteur ou à l'inverse, le service de PMI pourrait prendre contact avec chaque médecin qui s'installe.

Par ailleurs Langley (45) a montré que la pression et le désir du patient étaient les facteurs non médicaux les plus importants pour adresser le patient.

Ainsi le service de PMI doit également maintenir ses actions d'information pour le grand public. C'est peut-être par ce biais là qu'il arrivera à faire oublier sa connotation sociale. En effet les patients ne voudront pas que le médecin généraliste contacte le service de PMI s'il reste des a priori.

B. 92 : « Il y a la connotation sociale de la PMI. Je pense aussi. C'est peut être là dessus qu'il faut travailler »

4.3.3 : Une collaboration à institutionnaliser, une mission pour l'ARS ?

La loi HPST du 21 juillet 2009 (40), crée également, dans son article 118, les Agences Régionales de Santé. Elles ont été effectivement mises en place au 1er avril 2010. Elles sont définies comme le pilier de la réforme du système de santé.

Les Agences Régionales de Santé ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé.

Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées. Elles garantissent **une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire** et permettent une plus grande fluidité du parcours de soin, pour répondre aux besoins des patients.

Les objectifs de l'ARS sont portés par le projet régional de santé (PRS) prévu par le décret du 18 mai 2010.

En Aquitaine, 3 schémas régionaux sont mis en œuvre : le schéma régional de prévention (SRP), le schéma régional d'organisation des soins et le schéma régional d'organisation médico-sociale.

Le SRP (46) agit pour :

- « Promouvoir l'égalité devant la santé, dès les âges les plus jeunes de la vie ;
- Préserver et restaurer la capacité d'autonomie de chacun ;
- Renforcer la protection de la santé face aux évolutions des enjeux sanitaires. »

En s'appuyant sur :

- « **Une approche globale** : approche intersectorielle prenant en compte les déterminants de la santé, approche intégrée et personnalisée des situations de santé ;
- Une réponse fondée sur des connaissances scientifiquement validées ;
- Une prise en charge adaptée aux situations de santé ;
- Une politique pilotée et évaluée ;
- Une action lisible et en mesure de susciter l'adhésion de la population. »

Concrètement, en Aquitaine, leur travail répertorie les problématiques de santé suivantes, concernant la périnatalité et la petite enfance :

- Un risque augmenté de surpoids et d'obésité lié au niveau socio-économique,
- Une couverture vaccinale inférieure à la moyenne nationale (surtout ROR et hépatite B),
- Une insuffisance du dépistage néo-natal des troubles de la relation mère-enfant et des troubles de l'apprentissage,
- Des entretiens psycho-sociaux précoces de grossesse insuffisamment développés,
- Les naissances prématurées liées au tabagisme,
- Les expositions à des agents cancérigènes, mutagènes, reprotoxiques,
- Et de manière moins connue : le dépistage du saturnisme infantile, les intoxications au CO, les légionelloses.

Pour pallier ces problématiques, voici les propositions du schéma régional de prévention (SRP) :

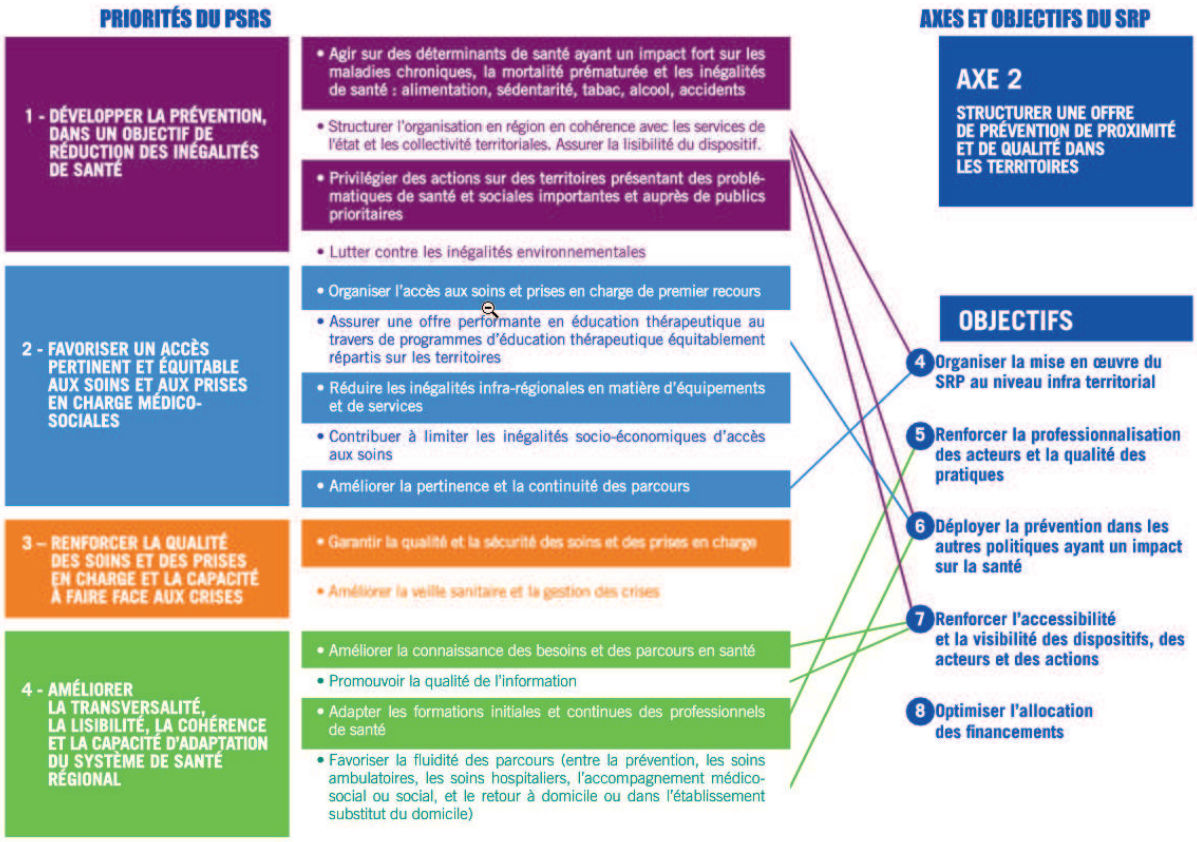


Figure 3 : Structurer une offre de prévention de proximité et de qualité dans les territoires de santé. (46)

En Aquitaine de nombreux acteurs participent à la promotion de la santé et à la prévention. Ce foisonnement témoigne d'une forte mobilisation des acteurs mais la diversité des acteurs a pour corollaire, une difficulté de pilotage. Le rôle de « pilote » sera peut-être le fait des ARS dans les prochaines années…

Notre travail confirme une collaboration sporadique entre les médecins généralistes et les médecins de PMI concernant le suivi de l'enfant. Il existe pourtant un déficit de prévention et de dépistage. La thèse de Jeanne Fresson en 1988 (4) soulevait déjà ce problème ; les médecins généralistes réclamaient une collaboration ainsi que des contacts directs afin de « personnaliser » l'image du service de PMI. Dans la thèse de Denis Elchardus en 2008 (5), le dialogue n'était toujours pas instauré malgré des attentes de la part des médecins généralistes, qui n'étaient pas pour autant prêts « à faire le premier pas ». En Moselle, en février 2011, la thèse d'Eulalie Delannoy-Pernin (6) conclue que le dialogue est jugé suffisant par les médecins généralistes, mais celui-ci s'effectuait essentiellement par le biais du carnet de santé.

Malgré un constat récurrent et une prise de conscience du service de PMI, les choses semblent peu évoluer.

Ainsi l'ARS, ou ses tutelles, pourraient permettre d'instaurer des parcours de soins clairs, en prenant en compte l'hétérogénéité des omnipraticiens et d'institutionnaliser cette collaboration.

V. CONCLUSION.

Malgré une existence de près de soixante-dix ans, avec cependant des changements d'orientation au fil du temps, le service de PMI a parfois du mal à trouver sa place dans le parcours de soins et à être reconnu, auprès des médecins généralistes libéraux.

Le réseau périnatalité a rendu très naturel la collaboration avec les services hospitaliers. Les pédiatres libéraux sont également plus enclins à collaborer avec le service de PMI.

Mais les médecins généralistes, habitués à travailler avec des correspondants en filières (et non en réseau), raisonnent souvent en terme de médecine de soins, avec des contraintes horaires importantes et oublient parfois les possibilités qui leurs sont offertes de travailler en collaboration avec d'autres structures.

En Gironde, les collaborations entre médecins généralistes et le service de PMI restent sporadiques, mais dans ces cas très appréciées.

Les médecins généralistes ne remettent pas en cause l'utilité du service, mais la collaboration n'est pas institutionnalisée et donc plutôt le fait du hasard des formations, des rencontres, des situations et des affinités personnelles.

Il manque essentiellement une cohérence entre des acteurs qui semblent près à travailler ensemble. Les tutelles ont également conscience du problème et pourraient être à l'origine de l'organisation et de la planification d'un parcours de soins de l'enfant.

Par ailleurs, en France, les médecins appartiennent au système de « soins » et non, comme dans les pays anglo-saxon, au « health system », système de « santé ». Une réflexion plus générale pourrait être le passage d'un système de soins à un système de santé, dont la prévention ne serait plus le « parent pauvre ».

VI ABRÉVIATIONS

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'enfance
AVS : Auxiliaire de Vie Sociale
BCG : Bacille de Calmette et Guérin
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CMPEA : Centre Médico-Psychologique Enfant et Adolescent
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CO : monOxyde de Carbone
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPFE : Centre de Planification ou d'Éducation Familiale
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
DPS : Direction de Promotion de la Santé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DU : Diplôme Universitaire
HAD : Hospitalisation À Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion
MG : Médecin Génaraliste
M PMI : Médecin de PMI
ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRS : Projet Régional de Santé

Puér : Puéricultrice

REPOP : RÉseau pour la prise en charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie

SEPISTAM : Service d'Épidémiologie et de Statistiques Médicales

SF : Sage-femme

SNIR : Système National Inter-Régime

SNMPMI : Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile

SRP : Schéma Régional de Prévention

STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social

TISF : Technicien(ne) d'Intervention Sociale et Familiale

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

VAD : Visite À Domicile

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Jourdain-Menninger D, Roussille B, Vienne P, Lannelongue C. Etude sur la protection maternelle et infantile en France - Rapport de synthèse. Inspection générale des affaires sociales (IGAS); 2006 Report No.: N° RM2006-163P.

2. Bournot Marie-Christine, Goupil Marie-Cécile, Tuffreau François. les médecins généralistes : un réseau de professionnels étendu et varié. observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS); 2008.

3. La puéricultrice rassure mes parents. Bulletin départemental de l'ordre des médecins. mai 2012;10.

4. Fresson J. Les relations entre médecins généralistes et service de P.M.I [Thèse d'exercice médecine]. [Vosges]; 1988.

5. Elchardus D. Dialogue entre médecins généralistes et médecins de protection maternelle et infantile : enquête réalisée sur un secteur de Reims [Thèse d'exercice médecine]. [Reims]; 2008

6. Delannoy-Pernin E. Perception de la protection maternelle et infantile par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés en Moselle. [Thèse d'exercice médecine]. [Nancy]; 2011.

7. Légifrance. Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.

8. Légifrance. Ordonnance n°45-2454 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles. oct 19, 1945.

9. Légifrance. Décret relatif à la protection maternelle et infantile. 62-840 juill 19, 1962.

10. Légifrance. Loi modifiant le titre 1 (protection maternelle et infantile) du livre II du code de la santé publique. 64-677 juill 6, 1964.

11. Gérard M-C, Hémery S. La mortalité infantile en France suivant le milieu social. Econ Stat. 1973;(48):33‑41.

12. Légifrance. Loi n°77-505 du 17 mai 1977 relative aux assistantes maternelles. 77-505 mai 17, 1977.

13. Légifrance. Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. juin 30, 1975.

14. Légifrance. Code de la santé publique - loi N° 89-899 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. déc 19, 1989.

15. Légifrance. Décret no 92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile. 92-785 aout, 1992.

16. Légifrance. Code de la santé publique - Article L2112-2. 2007-293 mars 5, 2007.

17. Légifrance. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007.

18. Douste-Blazy P. PLAN « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité. Ministère Aff Soc Santé. 2004; Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr

19. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 - Rapport final. Ministère de la Santé et des Sports; 2010, p. 34‑5.

20. Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance. Conseil Général de la Gironde; 2012.

21. Bourgueil Y. Secteur ambulatoire : des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir. regards croisés sur l'économie. 2009; Au chevet de la santé(5): 159‑67.

22. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS); 2007.

23. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels. Rev D'épidémiologie Santé Publique. 2008;56(4):S197‑206.

24. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. 2005.

25. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. La découverte. 2010.

26. Aubin-Auger I, Mercier A. Introduction à la recherche qualitative. Exerc-Rev Fr Médecine Générale. 2008;142‑5.

27. Letrillart L. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exerc-Rev Fr Médecine Générale. 2009;20(87):74 ; 79.

28. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. A. Colin. 2010.

29. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. Que sais-je ? 2013.

30. Légifrance. CNIL. Loi Informatique et Libertés. Sect. titre VIII janv 6, 1978.

31. Paille P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. A. Colin. Paris; 2012.

32. Berthier N. Les techniques d'enquête: Méthodes et exercices corrigés. Armand Colin; 2010. 412 p.

33. Moreau A. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat.2004;18(645):382‑4.

34. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Édition : 2e édition. Paris: Armand Colin; 2007. 127 p.

35. Gautier A. Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale. Saint-Denis: INPES; 2011 p. 221‑37.

36. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2013 avr. Report No.: 179.

37. Sejourne E. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. Prat Organ Soins. 2010;41:331‑9.

38. Quélier C, Larrose B. Étude exploratoire sur le service apporté aux personnes par la Protection Maternelle Infantile de la Gironde. Direction des Actions de Santé - Conseil Général 33; 2012.

39. Statut, recrutement et effectifs des médecins de PMI Enquête auprès des médecins responsables ses services départementaux de PMI. SNMPMI (Syndicat National des Médecins de PMI); 2011.

40. Légifrance. Réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. juill 21, 2009.

41. Légifrance. Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée. Code de la santé publique, AFSX1418355L oct 15, 2014.

42. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille; 2002.

43. Plan Obésité 2010 - 2013. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011.

44. Baudier F. Consultations de prévention Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Haut Conseil de la santé publique; 2009.

45. Langley G, Minkin S, Till J. Régional variation in nonmedical factors affecting family physicians' about referral for consultation. CMAJ Can Med Assoc J. 1997;(157).

46. Schéma régional de prévention (SRP) - Projet régional de santé - Aquitaine 2012-2016. ARS (Agence Régionale de Santé) Aquitaine; 2011 p. 125.

VIII ANNEXES

ANNEXE 1 : La puéricultrice rassure mes parents

SOMMEIL ? SOINS QUOTIDIENS ?
PLEURS ? ALIMENTATION ? POIDS ?

La puéricultrice rassure mes parents



Gironde CONSEIL GENERAL

Quelques chiffres :

En Gironde, on compte environ chaque année :

- **17 000 naissances par an**
- **122 puéricultrices et médecins du Conseil général travaillent dans les 37 MDSI** (Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion) et leurs antennes
- **44 % des bébés girondins sont vus par les puéricultrices ou médecins de la PMI** (Protection Maternelle Infantile)
- Au total il existe **76 centres de PMI**

Qui sont les professionnels de la PMI ?

Médecins, puéricultrices, sages-femmes, psychologues... : une équipe de professionnels de la santé vous écoute et répond, en toute confidentialité, aux multiples questions que vous vous posez.

Les professionnels de la PMI sont à votre disposition pour :

- l'accompagnement dont vous auriez besoin,
- l'orientation vers des professionnels spécialisés.

Les mairies transmettent systhématiquement les avis de naissance au service de Protection maternelle et infantile du Conseil général.

Vous pouvez appeler la Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion :

Contacts et infos sur gironde.fr/monbebe

Gironde CONSEIL GENERAL

Bébé est né, vous vous posez des questions ?

Depuis l'arrivée de votre enfant, vous vous posez de nombreuses questions : poids, sommeil, allaitement, alimentation, pleurs, soins du quotidien, éveil, modes de gardes, etc.

C'est également un grand chamboulement dans votre vie, et il y a parfois des moments difficiles : vous êtes fatigués, les avis divergent autour de vous, vous avez besoin d'en parler et de souffler.

Le service de la PMI du Conseil général peut vous aider grâce aux conseils et aux visites des puéricultrices.

Une puéricultrice pour qui ? Pourquoi ?

La puéricultrice vous conseille et répond aux questions que vous vous posez sur la vie quotidienne et la santé de votre enfant, surtout les premiers mois.

Elle vous reçoit, pèse et mesure votre bébé, prend le temps de vous écouter et de répondre à toutes vos questions : mon bébé a-t-il assez grossi ? j'ai du mal à l'allaiter, comment faire ? Il a les fesses rouges que faire ? Il pleure presque tous les soirs, pourquoi ? Je suis vraiment exténuée, est-ce normal ? Comment l'aider à s'endormir ?...

Comment trouver une puéricultrice près de chez moi ?

Les puéricultrices vous accueillent dans les **37 MDSI** et dans une quarantaine d'antennes réparties en Gironde, **soit 76 lieux de rencontre.**
Retrouvez le lieu d'accueil le plus proche de chez vous sur **gironde.fr**, et les coordonnées des MDSI qui pourront vous renseigner sur la dernière page du carnet de santé de votre enfant.

La puéricultrice peut également se rendre à votre à votre domicile.

Les services de la PMI sont gratuits et ouverts à tous

Attention :
le suivi par la puericultrice de PMI ne se substitue pas au médecin traitant. Si votre enfant est malade, vous devrez le consulter.

La PMI, c'est quoi ?

La Protection Maternelle Infantile est un service du Conseil général, ouvert à tous et gratuit. Les équipes de PMI assurent une mission de prévention, de protection et de promotion de la santé de la famille et de l'enfance (jusqu'à l'âge de 6 ans).
La PMI est un service gratuit et ouvert à tous.

La puéricultrice de PMI peut vous accompagner :
- pour vous renseigner et vous conseiller
- pour assurer un suivi personnalisé

Vous pouvez la rencontrer :
- à sa permanence, dans une MDSI ou dans une antenne relais
- ou à votre domicile



Les missions de la puéricultrice de PMI

La puéricultrice de PMI veille à la santé et au bon développement de l'enfant de 0 à 6 ans :

- elle vous accueille ou réalise des visites à domicile, dès l'accouchement
- elle assure des consultations avec des médecins au centre de PMI
- elle vous informe sur les différents modes de garde
- elle soutient les parents d'enfants handicapés s'ils le souhaitent

Mais aussi :

- elle contrôle et assure le suivi des assistantes maternelles
- elle participe à la prévention et à la protection des enfants maltraités
- elle élabore des projets d'activités d'éveil.



ANNEXE 2 : AUX ORIGINES DE LA PEDIATRIE SOCIALE

Devant un contexte démographique et social alarmant, la première «Goutte de Lait» est fondée à Fécamp le 16 juin 1894 par le Dr Léon DUFOUR. Une mortalité infantile supérieure à la moyenne nationale est constatée à Fécamp comme au Havre et est attribuée à l'entérite, la tuberculose, l'alcoolisme maternel... Or «la cause de l'entérite vient de l'alimentation vicieuse des nouveau-nés» et «le mauvais lait». Cette réflexion est concomitante avec la «révolution pastorienne».

L'allaitement maternel est encouragé... Dans le cas d'allaitement mixte, l'œuvre se charge de préparer elle-même le lait en cas « d'impossibilité physique ou sociale pour la mère de nourrir son enfant ». Le lait de vache fourni est « humanisé » (c'est-à-dire modifié après centrifugation), et pasteurisé. Les mères de famille reçoivent leur panier de biberons stérilisés tous les jours en échange des biberons vides et de la tétine de la veille.

Une consultation de nourrissons est jointe à la Goutte de Lait, consultation ouverte à tous, dont le fonctionnement est possible grâce à différentes subventions, dons, cotisations des membres. Tout d'abord destinée aux femmes pauvres, l'oeuvre admet finalement les autres classes sociales.



Gravure extraite de : Dr Alexis Clerc, *Hygiène et médecine des deux sexes*, Paris, 1884. Parmi les biberons représentés prédomine le « biberon à long tuyau ». Apparu vers 1865, il connut un énorme succès, mais il entretenait la mortalité infantile en raison de l'impossibilité de nettoyer convenablement le tuyau et fut interdit en 1910.

ANNEXE 3 : PRÉ–GUIDE : informations à délivrer au médecin lors du recrutement

Toujours parler si possible au médecin directement ;

- Présentation vague du sujet :

« Je réalise une étude sur la collaboration médecin généraliste et service de PMI »

- Modalité de l'enquête :

Entretien d'environ 30 min, avec garantie d'anonymat des identités des médecins répondants et des données recueillies.

- Entretien réalisé face à face, soit au cabinet du médecin généraliste, soit dans une MDSI ou annexe, soit à l'Immeuble solidarité du conseil général de la Gironde à l'occasion d'un déplacement.

ANNEXE 4 : GUIDES D'ENTRETIEN

Pour les médecins de PMI

Je fais une étude, dans le cadre de ma thèse, sur la collaboration entre le service de PMI et les médecins généralistes concernant le suivi des enfants de moins de 6 ans Il s'agit d'une interview, voire même d'une discussion. Je souhaiterais vous enregistrer, si vous me l'autorisez, mais tout restera bien entendu anonyme. Je peux être amenée à utiliser le verbatim de cet entretien (c'est à dire retranscrire des phrases pour illustrer une idée) mais toujours de manière anonyme.

I Coordination médecin généraliste et médecin de PMI : Pourquoi, comment, quand ?

Bon, pour vous, l'exercice de la médecine générale en libéral, c'est quoi ?

Actuellement vous exercez dans un secteur (rural / semi-rural / urbain) et vos patients sont plutôt issus d'un milieu (favorisé / non favorisé), quel est donc la particularité de ce type d'exercice ? S'il y a lieu : Quelle est la différence avec un autre secteur où vous avez déjà exercé ?

Les enfants que vous suivez ont un suivi parallèle avec un médecin généraliste ...
Echangez vous avec le MG sur ces enfants ? A quelles occasions ?

Et vous même vous avez déjà contacté un médecin généraliste ... et inversement ... Vous conseillez aux familles de contacter leur médecin généraliste ?

II Ce qui marche et ce qui ne marche pas ?

Si non : Pourquoi ?

Si oui : Dans quelle(s) circonstance(s) ? Dans quel domaine d'intervention ?

Et la qualité de ces contacts ?

Quelle est la fréquence de ces contacts ?

Avez-vous été satisfait de la prise en charge ou de la réponse apportée ?

De quelle manière s'effectuent ces contacts (tel, courrier, carnet de santé) ?

Il y a des freins à cette collaboration ? (de manière globale et locale)

Avec les médecins avec lesquels ces échanges sont fréquents : Comment s'est créée cette collaboration ?

Et avec les autres intervenants, comment se passe cette collaboration ?

III Que va-t-on faire demain ?

Et une coopération avec les médecins généralistes ... Souhaitable ? Possible ? Comment ?

Que peuvent vous apporter les médecins généralistes et que pouvez vous leur apporter ?

IV Profil du médecin : Qui êtes-vous ?

Pour finir, je voudrais vous poser encore quelques questions rapides :

En quelle année avez-vous débuté votre exercice comme médecin de PMI ? Et depuis quand dans ce secteur ? Avez-vous eu une carrière antérieure (exercice en MG ou autre) ?

Initialement vous êtes médecin généraliste ou d'une autre spécialité (pédiatre ?).

- Sexe,
- Âge
- Secteur d'exercice

- Pour les médecins généralistes

Je fais une étude, dans le cadre de ma thèse, sur la collaboration entre les médecins généralistes et le service de la PMI concernant le suivi des enfants de moins de 6 ans. Il s'agit d'une interview, voire même d'une discussion. Je souhaiterais vous enregistrer, si vous me l'autorisez, mais tout restera bien entendu anonyme. Je peux être amenée à utiliser le verbatim de cet entretien (c'est à dire retranscrire des phrases pour illustrer une idée) mais toujours de manière anonyme.

I Coordination médecin généraliste et médecin de PMI : Pourquoi, comment, quand ?

Bon alors le service de PMI pour vous...
C'est quoi ?
Comment avez vous connu leurs différentes missions ?

Actuellement vous exercez dans un secteur (rural / semi-rural / urbain) et vos patients sont plutôt issus d'un milieu (favorisé / non favorisé), y a t il une particularité de votre exercice, lié à votre lieu d'installation, votre type de patientèle ?

Certains des enfants que vous suivez, ont un suivi parallèle avec un médecin de PMI ...
Echangez vous avec le médecin de PMI sur ces enfants ? A quelles occasions ?

Et vous même, vous avez déjà contacté le service de PMI... Et inversement...
Vous conseillez aux familles leurs services ?

II Ce qui marche et ce qui ne marche pas ?

Si non : Pourquoi ? Comment faites vous alors ?

Si oui : Dans quelle(s) circonstance(s) ? Dans quel domaine d'intervention ?

Et la qualité de ces contacts ...

Quelle est la fréquence de ces contacts ?

Avez-vous été satisfait de la prise en charge ou de la réponse apportée ?

De quelle manière s'effectuent ces contacts (tel, courrier, carnet de santé) ?

Il y a des freins à cette collaboration ... (de manière globale et locale)
Et avec qui travaillez-vous ? Comment s'effectue cette collaboration ?

Si les échanges sont fréquents : Comment s'est créée cette collaboration ?

Expérience professionnelle

Affinités personnelles

Nécessité du lieu d'exercice

III Que va-t-on faire demain ?

Et une coopération avec le service de la PMI dans le suivi des enfants de moins de 6 ans ... Possible ? Souhaitable ? Comment ?

Que peut vous apporter le service de la PMI ? Et que pouvez vous leur apporter ?

Que peut-on améliorer ?

IV Profil du médecin : Qui êtes-vous ?

Pour finir, je voudrais vous poser encore quelques questions rapides :

En quelle année vous êtes-vous installé ? Avez-vous eu une carrière antérieure ?

Quel est votre % de consultation des moins de 16 ans ?

- Sexe,
- Âge
- Lieu d'exercice

ANNEXE 5 : CARNET DE SANTÉ : EXAMEN DES TROIS ANS

Examen au cours de la troisième année

Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

.....

Y-a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

.....

Y a-t-il des animaux à la maison ?

.....

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

.....

Vos observations, vos questions :

- si personne, sauf vous, ne comprend ce que votre enfant dit,
- si votre enfant fait des efforts pour parler, hésite beaucoup ou « bute » sur les mots,
- si votre enfant respire par la bouche au lieu de respirer par le nez,
- si vous trouvez que votre enfant tombe souvent,
- si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre enfant.

Parlez-en avec votre médecin.

Examen médical

Date : jour mois an Poids : ... kg Taille : ... cm PC : ... cm IMC : ...

Risque de saturnisme : non ☐ oui ☐

L'enfant a-t-il une correction ? non ☐ oui ☐
oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

Mesure de l'acuité visuelle

Vision de près

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Vision de loin

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Strabisme : non ☐ oui ☐
Si oui, pris en charge : non ☐ oui ☐
Poursuite oculaire normale : non ☐ oui ☐
Tolère l'occlusion oculaire alternée : non ☐ oui ☐
Test de vision stéréoscopique : fait ☐ non fait ☐
Résultat : normal ☐ à refaire ☐ avis spécialisé demandé ☐

Tympans normaux
à gauche : non ☐ oui ☐
à droite : non ☐ oui ☐
Test à la voix chuchotée : non fait ☐ fait ☐
Résultat : normal ☐ à refaire ☐ avis spécialisé demandé ☐

Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ?
Si oui, test utilisé : .....
Résultat : normal ☐ à refaire ☐ avis spécialisé demandé ☐

Développement

Peut nommer 3 couleurs	non ☐	oui ☐	Monte les escaliers en alternant les pieds	non ☐	oui ☐
Dit son nom	non ☐	oui ☐	Mange seul	non ☐	oui ☐
Fait des phrases de 3 mots	non ☐	oui ☐	S'habille avec aide	non ☐	oui ☐
Emploie des articles	non ☐	oui ☐	Propreté acquise : Diurne	non ☐	oui ☐
Utilise le « je »	non ☐	oui ☐	Nocturne	non ☐	oui ☐
Comprend une consigne simple	non ☐	oui ☐	Comportement lors de l'examen :	adapté ☐	inhibé ☐ agité ☐
Copie un cercle fermé	non ☐	oui ☐			
Fait un pont de 3 cubes	non ☐	oui ☐			

Examen somatique

Respiration : nasale ☐ buccale ☐

Nombre de dents : cariées soignées ... cariées non soignées ... absentes ... traumatisées ...

Conseils d'hygiène donnés : non ☐ oui ☐

Conclusions : Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

ANNEXE 6 : EXEMPLES D'ENTRETIENS

ENTRETIEN 1 : 29 min 22

Pour vous la médecine générale en exercice libéral c'est quoi ?

Ben j'ai été, pendant onze ans donc je connais, c'était le début de ma carrière, j'étais juste jeune diplômée, donc je ne savais vraiment pas tout, même pas grand grand chose. Pour moi la médecine libérale, c'est un médecin qui est chez lui et qui reçoit des gens qui ont une plainte particulière, et son travail c'est de soulager la plainte, soulager la douleur, chercher l'origine, l'étiologie, mettre en place les liaisons avec les spécialistes.
Quand j'étais jeune installée, j'ai eu un contact avec la PMI, mais je ne connaissais pas la PMI, c'était en 1978, une puéricultrice m'a appelée pour me donner des renseignements sur une famille et je me suis dit « qu'est ce que c'est que celle là, de quoi ils se mêlent, moi je fais mon boulot. » Enfin je n'ai pas du tout compris ce qu'elle voulait.
Alors depuis oui, mais sur le moment… Je le dis comme ça, car je pense que beaucoup de médecins vivent la même chose, et la jeune femme qui venait me voir avec son bébé se plaignait évidemment de la puéricultrice, me la décrivant comme persécutrice et bon maintenant je sais que non. Mais sur le moment je n'avais pas de jugement, je ne me sentais pas concernée.
Voilà ma première rencontre avec la PMI : quand j'ai eu mes enfants, je ne connaissais pas la PMI, je n'étais même pas diplômée, j'ai reçu un mot de la PMI. « Mais qu'est ce qu'elle me veut, je suis assez grande pour m'occuper de mes enfants, non mais quoi ! ».
Voilà j'étais dans cet esprit là, j'ai fait onze ans de libéral, je n'ai pas aimé, ça ne me convenait pas. En plus c'était une époque où on faisait beaucoup de visites à domicile, donc j'étais tout le temps dans les embouteillages, c'était à Bordeaux, je trouvais que les gens abusaient, m'appelaient pour rien, qu'ils auraient pu se déplacer. J'ai fini au bout de onze ans, enfin dix ans bien et une année où j'ai fini par arrêter. Parce que pour moi, ce n'était pas ça, je ne pouvais pas répondre, faire des arrêts maladie, ça ne me plaisait pas.

Et voilà ensuite j'ai découvert la PMI, mais pas tout de suite, il m'a fallu trois ou quatre années de galère, pour découvrir la PMI, par hasard. Je travaillais à la transfusion, ce n'était pas du tout intéressant. Un médecin est passé, il m'a dit qu'il travaillait à la PMI et voilà.

Maintenant je me suis sentie très bien en PMI. En arrivant je me suis dit, « j'ai de la chance j'ai travaillé en libéral et en PMI donc je vais bien savoir appeler mes confrères ; ce que j'ai fait et je pense qu'eux m'ont considérée exactement comme moi j'avais considéré la PMI quand on m'avait appelée. C'est à dire que j'avais quelques renseignements, mais nous ici en PMI on travaille large, il y a la plainte de la personne mais aussi la famille, pour les enfants, les modes de garde. Il y a tout ce qui peut contribuer à la santé globale de l'enfant. Voilà j'ai découvert cette médecine globale de l'enfant qui ne m'avait pas tellement effleurée.

Donc j'ai commencé à prendre contact avec les médecins. Au début, j'étais médecin adjoint, donc je faisais des bilans dans les écoles maternelles. On dépistait les troubles de l'audition, les retards de langage, les troubles de la vue, les surpoids. Donc quand je voyais les parents, je leur demandais si je pouvais prendre contact avec leur médecin. Et puis j'essayais de l'appeler, si les parents étaient d'accord pour faire une liaison. Alors j'ai eu beaucoup de contacts téléphoniques mais je ne sentais pas d'adhésion. Je transmettais pour qu'ils soient vigilants, pour qu'ils s'assurent que les parents aient fait les démarches, parce que nous on ne revient pas à l'école ou l'année suivante. Bref on les perd.

Bref je pensais que c'était bien mais je n'ai pas tellement trouvé d'écoute et du coup j'avais une amie qui s'occupait de la formation continue sur Bordeaux, et je lui ai dit « si tu veux je viendrai un soir, et j'expliquerai ce qu'est la PMI ». et comme elle savait très bien, puisque je lui avais expliqué elle m'a dit « ah oui ça serait une super idée », elle l'a proposée et ils lui ont répondu, « ah non on connaît ». Ça n'a pas été organisé, mais c'était il y a longtemps, il y a 18 ans, comme ça fait 20 ans que je suis en PMI.

Après je me suis un peu lassée, je n'ai plus appelé les médecins, je me suis débrouillée autrement et la charge de travail augmentant, on n'a pas été trop aidé. Et puis les médecins, il fallait les appeler tard le soir. Mais bon quand il y a un gros cas particulier je le fais. Faire des liaisons comme je voulais le faire systématiquement, non. Par exemple je me suis heurtée à quelque chose que je comprends, ce sont les retards de langage. J'avoue qu'en libéral, je n'ai jamais envoyé un enfant chez l'orthophoniste. Je ne pensais pas que c'était très utile. Je le dis, parce que je pense que je ne suis pas la seule. Et quand je suis arrivée en PMI, on a eu pas mal de formation, justement sur les retards de langage et on a réalisé que cela avait un impact très important sur le développement de l'enfant, et l'intérêt d'un dépistage précoce. Nous on dépiste lors des consultations, déjà chez les petits, 18 mois, 2 ans puis à l'école entre 3 et 4 ans.

A une époque on ne prescrivait pas les séances d'orthophoniste. On faisait un courrier au médecin et il y avait beaucoup de déperditions. Là aussi j'ai eu beaucoup d'échecs cuisants. Quand j'appelais les médecins traitants il me disait « c'est pas grave il va le rattraper » Et je lui répondais « j'ai fait des tests vraiment adaptés à cet âge… » Et après on a pu prescrire. Alors je n'ai plus appelé le médecin, c'était moi qui faisais la prescription. Au début on prévenait quand même le médecin que l'on a prescrit et puis après on a arrêté aussi. Pourtant quand j'appelle le médecin généraliste s'il connaît l'enfant, ils sont contents, il y a quand même une solitude du médecin. Je pense qu'ils sont contents qu'on les appelle, ils ont envie d'en parler, mais on voit vite que l'on est plus dans le même monde, pas dans la même bulle médicale. Ils les voient toujours malades d'une part, ils les voient avec leur papa et leur maman, et puis ils sont pressés. Par contre ils savent des tas de choses sur la famille que nous ne savons pas. Mais nous quand on les voit, ils passent déjà avec la puéricultrice, on connaît la situation sociale, on prend le temps, on n'a pas peur de mettre une demi-heure. Donc on ne voit pas les mêmes choses. Bien sûr on regarde les oreilles, l'examen clinique mais je vois bien que l'on ne parle pas de la même chose et puis nous on n'est pas seul. Quand on a une famille en difficulté on sait que l'on va pouvoir échanger, avec la puér, avec la sage-femme, avec l'assistante sociale, ça c'est très important. Le médecin on voit bien qu'il est seul et qu'il fait tout (la puér, l'assistante sociale) dans le temps le plus réduit possible.

J'ai toujours l'impression qu'ils connaissent, ils ont vu où était le problème mais voilà. J'ai presque envie de leur dire « mais envoyez les nous ceux là ». Il y aura une prise en charge plus… Mais ce n'est pas évident. Les gens viennent ici, s'ils en ont envie ; ce n'est pas sur prescription médicale. On a la connotation sociale qui nous colle à la peau.

J'ai fait dernièrement une intervention sur la PMI, c'est vrai que de 1945 aux années 60, la PMI c'était une protection médico-sociale dont l'objectif était de lutter contre la mortalité infantile, et puis on s'occupait de contrôler les structures de garde et de placement.. , ça faisait vraiment assistante sociale. Maintenant c'est plus comme ça depuis un moment, depuis 1983, 89, 2000, il y a plein de lois qui ont changé, mais quand même dans l'esprit c'est comme ça.

Et l'autre jour, j'ai eu un échec douloureux, parce que j'ai appelé un médecin traitant pour une patiente, un gros cas. Il y a « toute » la PMI. Elle est suivie depuis son enfance, elle a été adoptée, suivie petite, ensuite elle a été violée, elle a eu un enfant, ça été suivi, jusqu'au moment où il y a eu attouchement du grand père, enfant placé, 2ème enfant, gros suivi, elle était tout le temps là, avec un étayage super (sage femme, puèr, assistante sociale, TISF..). Pour l'instant la petite a 2 ans, elle est toujours avec son papa et sa maman et elle ne va pas trop mal et elle va à la crèche à plein temps. Mais cette personne est psychiatrique donc on ne peut pas lui faire confiance. Elle raconte des bobards, traine au bistrot, avec le mari et le bébé. Donc je me suis dit qu'il fallait que j'appelle le médecin. En plus elle est venue en fauteuil roulant, elle se serait cassé le pied, alors j'appelle le médecin, il connaissait bien la situation alors il m'a pas mal éclairée. J'ai su qu'il ne suivait pas le bébé, qui ne venait plus chez nous ; j'ai su que le pied c'était fini depuis longtemps et qu'elle profitait de son chariot ; j'ai su que le papa était tout le temps à la maison et qu'il s'occupait de la petite et puis il voyait toujours la TISF qui n'en fichait pas une à la maison, On s'est dit on va travailler ensemble et il m'a dit « ah oui je veux bien car j'ai d'autres situations où c'est compliqué » ; Il ne savait pas ce que l'on avait mis en place et qu'à la PMI on ne fichait pas rien. Il ne savait pas ce qu'est une TISF. Une TISF peut rien faire aussi, c'est être là, étayer, discuter.

Donc on a mis tout ça à plat, puis on a dit on va se rappeler… (expression de déception) 2 jours après elle arrive en colère dans mon bureau « Quoi, qu'est ce que vous êtes allée lui raconter à mon médecin… » J'avoue que je lui avais demandé une fois si je pouvais appeler son médecin et elle ne m'avait pas répondu… » Oui mon médecin, j'étais au bar, là-bas au coin, il est venu, en terrasse, devant tout le monde, il m'a dit : la PMI m'avait appelé, que j'allais voir ce que j'allais voir… » Enfin pas du tout ce que j'avais voulu lui faire voir. Elle est psychotique, on ne va pas la croire, mais il y a quelque chose de vrai. Je pense que il a voulu faire son malin pour lui faire peur. Alors je ne l'ai pas rappelé. S'il me rappelle, je lui répondrai mais… On en a parlé ici, on s'est quand même dit le médecin ne va pas faire ça, mais parfois ça peut arriver. Il fait la menace. Du coup elle ne vient pas à la consultation.

Vous disiez que vous appeliez dans le cas de cas compliqués, il y a ce cas là, et autrement…

Oui quand il me manque des données, quand on est en train d'organiser une CTP, une réunion où tout le monde présente ce qu'il sait de la situation.

Les médecins généralistes ne viennent jamais ?

Alors je m'étais dit, justement celui-là on pourrait le convier puisqu'il y avait le CTP, mais vu ce qui c'est passé après, je me suis dit, on va réfléchir… (Rire jaune). Je vais peut-être voir avec mes collègues s'ils ont l'habitude de les convier… En général c'est à 15-16h, ils sont en consultation. C'est une mauvaise expérience.
Mais peut-être ça mériterait que l'on se revoie, mais on est débordé.

Et est ce que ce secteur a une particularité par rapport à votre travail, avez-vous travaillé dans d'autres secteurs ?

Moi j'étais médecin adjointe pendant 18 ans et je suis médecin de circonscription depuis 2 ans, donc je ne connais que cette circonscription. C'est un secteur favorisé… plutôt mixte, et même quand il y a de l'argent…

Autrement les enfants que vous suivez ont un suivi en parallèle avec les médecins généralistes…

Oui en principe, on commence par ça, on ne peut pas gérer les urgences. J'ai trois consultations par mois qui sont bien pleines. Donc on ne fait pas le suivi des enfants au quotidien.

La fréquence de vos contacts avec les médecins généralistes diminue donc au cours de votre exercice…

Oui maintenant c'est épisodique. Par contre j'ai des liens très très faciles avec la pédiatre locale.

Et comment se passe cette collaboration ?

La pédiatre locale m'appelle dès qu'une famille a un problème social, qu'ils ne peuvent pas payer les vaccins, qu'ils n'ont pas de sécu, dès qu'il y a un problème dans une crèche, elle m'appelle.

Pourquoi ça marche avec elle et pas avec les médecins généralistes ?

Elle voit que des enfants, on est dans le même domaine, elle prend son temps et elle pratique une pédiatrie très… de qualité, pas à toute vitesse, donc on travaille pareil, elle a ce souci de ne pas être seule et de se faire aider.
Elle ne m'appelle pas pour des maladies rares… Elle m'appelle quand une maman est seule, des jumeaux, ou quand il y a besoin d'une travailleuse familiale. Elle connaît très bien la PMI, ce que l'on peut faire et ce que l'on ne peut pas faire.

En conclusion les freins pour les médecins généralistes…

Je crois surtout qu'ils ne savent pas ce que l'on fait, ce qui fait qu'à chaque fois que l'on a un interne on le bichonne, les garçons ça ne les intéresse pas trop … mais même si quand même. Pas pour les convertir mais pour qu'ils sachent ce que l'on fait, que l'on est là.

Et cette collaboration est souhaitable ?

Nous on pratique une médecine de liaison, on est en lien avec les hôpitaux, les cliniques, les maternités, donc les généralistes ça me paraitrait logique…

Que peuvent-ils vous apporter ?

(Rire gêné…) C'est surtout de savoir, s'ils connaissent l'enfant, s'ils le suivent. Quand on voit les parents, ils ont un médecin mais à part le nom on ne sait pas si... Le carnet de santé est au fond d'un carton. Enfin des compléments d'information sur tout ce qui concerne la santé de l'enfant, global. S'ils ont remarqué quelque chose. S'il y a des mauvais traitements c'est rare que ce soit les médecins qui nous alertent. Je n'ai jamais eu d'appel de leur part pour une information préoccupante. Je crois qu'ils font directement avec le procureur…

Et vous que pouvez vous leur apporter ?

Tout !
J'ai découvert par exemple la TISF. Quand j'étais en médecine libérale, j'ai vu des mamans qui .., avec des enfants terribles. Je me disais qu'il faudrait au moins une femme de ménage, mais je ne savais pas que ça existait. Quand j'ai vu ici, que l'on pouvait leur fournir à un prix social, adapté à leurs revenus, 2 fois 4h par semaine une personne qui peut faire le ménage ou s'occuper des enfants, mais ça évite beaucoup de complications.

Et les contacts se font…on me parle souvent du carnet de santé…

Le carnet de santé n'est pas un contact. Je regarde si l'enfant est vacciné et je me dis parfois qu'ils pourraient se recycler. Les vaccins, il y en a qui ont 2 générations de retard. Nous on n'écrit pas souvent. Pas de courrier. Les contacts se font essentiellement par téléphone.

Un soir je suis allée à une formation pour connaître les médecins libéraux du coin, prendre des contacts. Vous voyez j'ai fait des efforts. Et ben quand j'ai dit que je travaillais en PMI, ça pas eu l'air de les intéresser, du tout du tout. Ils ont parlé entre eux de leurs soucis de généralistes, inintéressant. Ca m'a d'ailleurs rappelé de mauvais souvenirs… Ils étaient un peu cyniques, sur les familles… Je me suis dit : « on n'est pas dans la même médecine en fait ! » On a de la chance, on a un salaire, il est pas très haut mais il est tous les mois. Quand on travaille, on n'a pas en tête, il faut payer l'URSSAF et tout ça. Ça m'était insupportable. Ici je suis détachée de ça, je ne compte pas les heures…

Le jour où je suis entrée en PMI j'ai trouvé ma voie ! Ce n'est pas chic mais on travaille en équipe, on n'est jamais seule. Les situations difficiles on ne peut pas gérer ça…On affronte des choses lourdes et on est bien en équipe et on a toujours une réponse à donner. On n'est pas là à prescrire le nouveau médicament, le nouveau lait. C'est simple ici.

Femme
60 ans
Formation : Médecin Généraliste
Secteur rural, mixte
Début exercice il y a 20 ans et depuis 2 ans sur le secteur

ENTRETIEN 3 : 22 min 09

Pour vous, l'exercice de la médecine générale, en libéral, c'est quoi ?

Aujourd'hui ?

Oui

Aujourd'hui, je ne sais pas trop…Il y a quelques années, je savais parce que j'en ai fait. Aujourd'hui, je crois que le médecin s'isole de moins en moins, est plus amené à travailler en maison de santé médicale et en association, donc moins isolé. Mais il est plus « utilisé » par les patients, c'est moins le médecin de famille qu'avant, c'est peut-être plus la consommation du médical. Quoique, en rural, on est encore avec des référentiels médecin de famille, c'est préservé encore. Après je pense que c'est beaucoup *d'emmerdes*…beaucoup de gestion informatique, sécurité sociale, beaucoup d'administratif. J'ai l'impression que le médecin passe beaucoup de temps à répondre à des exigences de la sécurité sociale.

Après, c'est un exercice qui me touche beaucoup, la médecine générale, parce que si je pouvais faire un retour en arrière, c'est ce que je voulais faire au démarrage.

Quand vous avez dit «avant », vous avez quand même travaillé en libéral ?

Oui. J'ai pas mal remplacé sur ce secteur d'ailleurs au démarrage,. Je voulais faire de la médecine générale en campagne auprès du patient, comme une espèce de vocation, pas de sauver le monde, mais au moins de trouver sa place comme médecin de campagne. Sauf que la vie en décide autrement et qu'après il faut équilibrer sa vie personnelle et sa vie professionnelle. Donc je l'ai fait pendant une petite dizaine d'années, voilà…..

Cela vous a-t-il servi par la suite dans les relations qui peuvent s'établir ?

Oui, de comprendre la méconnaissance du travail du médecin de PMI, ça m'a servi ; du fait qu'on n'est pas dans les mêmes référentiels d'approche du patient, qu'effectivement on n'est plus dans le préventif mais dans le curatif ; le médecin est davantage dans la réponse instantanée bien qu'il y ait de plus en plus de travail tendu autour du champ psycho-social parce que les patients somatisent beaucoup aussi je pense. Mais on n'a pas la même gestion du temps non plus, on a plus de temps quand on travaille en PMI que quand on travaille en exercice libéral.

Vous avez connu la PMI comment ? Parce que vous avez dit que vous ne la connaissiez pas.

Je l'ai connue par mon métier d'après.

J'ai commencé par de la médecine générale. J'ai remplacé beaucoup, c'était sympa. A l'époque où l'on faisait nos prises de sang le matin, c'était le médecin qui piquait les diabétiques, on enlevait les stérilets, j'ai eu posé des plâtres, je ne suis pas si vieille que ça, mais il n'y avait pas de scanner à {proximité},on faisait médecin aux urgences aussi… J'ai connu la PMI, non pas dans cette tranche-là, parce que là je ne me rappelle pas très bien avoir eu des liens avec la PMI, non.

Mais par contre, après, deuxième tranche de vie, j'ai travaillé en santé scolaire et là j'ai connu la PMI, forcément puisqu'il y a un lien direct entre la PMI et la santé scolaire, on participait aux instances de la protection de l'enfance via des commissions, des CTP, etc., autour des situations d'enfants à risque, d'enfants en danger.

En tant que médecin généraliste, vous n'aviez donc pas de formation sur la PMI.

À non, formation zéro et contact zéro, mais c'était il y a 20 ans.
Après oui, beaucoup de contacts via les bilans des écoles.

Pour en revenir un peu aux enfants que vous suivez, ils ont tous un suivi avec un médecin généraliste ?

Oui, il n'y a pas de pédiatre sur le secteur, donc ça c'est important, parce que j'ai un secteur rural, ou semi rural, avec la grosse ville de L. qui est une sous-préfecture où il y a un centre hospitalier, avec une maternité sans service de pédiatrie et il y a quand même 2 pédiatres, un pédiatre libéral et un pédiatre hospitalier pour la maternité qui n'a des consultations qu'à travers les consultations à l'hôpital. C'est tout ce qu'il y a comme pédiatre. Donc les interlocuteurs directs sont les médecins généralistes.

Donc vous avez des contacts avec les médecins généralistes ?

Je ne sais pas si c'est plus moi qui les appelle ou eux qui m'appellent..

Les médecins généralistes vous appellent aussi…

Oui, cela arrive, plus depuis que je les ai rencontrés. J'ai pu faire une petite formation sur la protection de l'enfance et j'ai l'impression que cela a créé du lien. Aussi avec les médecins qui sont impliqués dans les structures d'accueil petite enfance, les crèches, car ce sont les médecins généralistes locaux qui s'en occupent ici.

Aussi, quand il y a des situations d'enfants avec des contextes {difficiles}, parce que le médecin généraliste voit encore « PMI-services sociaux » tout attaché, donc forcément ils appellent la PMI, ils tombent sur des collègues, des médecins, mais ils veulent avoir une assistante sociale au bout du fil. Ca c'est le côté mal perçu.

Oui, donc ils appellent pour s'adresser à des assistantes sociales essentiellement ?

Parce qu'ils s'interrogent sur des contextes sociaux, mais sincèrement j'ai très peu d'appels de médecins généralistes. On en a, mais c'est plus fréquent que ce soit dans l'autre sens.

Et vous, vous les appelez dans quel contexte ?

On les appelle, parce que normalement on est là pour faire de la prévention, du repérage, du dépistage, mais pas de l'accompagnement. Une fois que l'on lance une piste, par exemple de dépistage, il convient d'informer le médecin généraliste qui suit l'enfant et qui {…} Mais par exemple quand c'est pour un bilan de retard staturo-pondéral, parfois c'est nous qui, à travers des consultations régulières, on constitue la courbe, on prend du temps, on s'interroge et à ce moment-là il m'est arrivé qu'un médecin généraliste me dise, allez-y, go, non pas qu'on soit les fers de lance du médecin généraliste, ou les sous médecins qui doivent faire à la place du médecin généraliste mais parce qu'ils n'ont peut-être pas le temps non plus de se pencher à fond sur le problème. Parfois, le gamin, il vient pour une rhinopharyngite et {…} et que la courbe de taille et de poids, pour un enfant plus grand n'est pas forcément le fond du problème, voilà.
Après on les appelle quand dans une consultation systématique on voit un enfant malade, on le traite, enfin moi je ne le conçois pas autrement. S'il m'arrive avec soit une angine, une otite ou une gastro, je le traite. Je me sers beaucoup du carnet de santé comme moyen de liaison, mais quand je vois qu'il y a besoin d'une visite de contrôle, ou que j'engage les parents à refaire le point avec leur généraliste, en doublon j'appelle le généraliste pour le lui dire.

Et il n'y a pas de problème, ils savent qui vous êtes ?

Oui, (rire) je me présente. Cela fait 6 ans que je suis là. Et je ne le perçois pas comme ça. J'ai toujours eu un accueil très……des fois, ils sont un peu speeds parce qu'ils sont occupés, et ce n'est pas toujours évident de les avoir au bon moment, mais en principe….. Mais c'est difficile de parler, on peut donner une impression générale puis après, il faut faire de l'individuel, parce que chaque médecin est différent, a sa culture de la PMI différente. Par exemple il y en a un, pas très loin d'ici, qui a fait de la PMI, qui sait parfaitement bien. Sur un autre secteur, on fait des consultations avancées qui étaient, il y a 15 ans, faites par les médecins généralistes. Il y avait une convention avec le Conseil Général, donc historiquement ils étaient là.

Après, il y a des médecins qui aiment bien nous adresser des petits, pour faire les BCG, parce que cela leur prend trop de temps et puis il n'en font plus, ils n'ont pas l'habitude.

C'est donc finalement assez fréquent

Oui, enfin c'est normal, (hésitation) c'est assez fréquent.

Donc il n'y a pas forcément de frein pour cette collaboration ?

Non. Mais on a un travail à faire pour nous faire mieux connaître, enfin nous, c'est l'équipe : puéricultrice, sage-femme, psychologue, parce que l'on a un panel d'intervenants professionnels autour de la petite enfance qui peut être aussi intéressant pour le généraliste pour justement se dégager de certaines situations. Après, je parle pour moi, pour ma pratique, mais je sais que la sage-femme est parfois un petit peu remontée après les médecins généralistes, mais je ne sais pas si c'est le lieu pour en parler !

Si puisque c'est tout le service de la PMI !

Oui voilà, la sage-femme de PMI en rural, fait beaucoup de suivis de grossesses non pathologiques et parfois elle passe à côté ou derrière le médecin généraliste, et des fois elle me dit, « là ça ne va pas du tout ». Ce qui est proposé n'est pas forcément bien adapté.

Non, mais c'est vrai qu'il y aurait besoin, je pense, de mieux se faire connaître parce que moi c'est un ressenti et j'ai quand même la sensation que, quand je les ai au téléphone, *« je n'arrive pas de Mars »,* mais comme ils ne nous appellent pas, ou quand ils ne font pas référence à nous dans le discours des patients, je pense qu'ils ne nous connaissent pas ou ils nous oublient.

Par rapport aux autres intervenants, ici il y a peu de pédiatres mais avec qui avez vous aussi des relations ?

Les suivis enclenchés peuvent se faire par les services d'hospitalisation, que ce soit les services de néonat, les services autour de la naissance ou les urgences pédiatriques. Après, dans le champ du handicap aussi on peut être interpelé par les services de neuro-pédiatrie. Parce que eux nous connaissent par contre, l'hôpital nous connaît, il y a une puéricultrice de liaison dans les hôpitaux, au moins à Bordeaux, il y a la puéricultrice et la sage-femme de PMI du secteur qui font un travail avec la maternité du secteur, donc il y a un lien, les 2 pédiatres du secteur nous connaissent aussi,

Cela se passe mieux finalement?

Cela se passe différemment, mais cela ne se passe pas forcément mal avec les généralistes. Pour moi, l'élément qui est le plus difficile, si ça ne se passe pas bien, c'est l'indisponibilité du généraliste, que je ressens, peut-être qu'ils ne le sont pas… parce que là récemment on voulait faire (mais on n'a pas pu y aller non plus), une synthèse à la demande du CAMS polyvalent autour d'une situation d'enfant. On était invité et le médecin généraliste aussi. Du fait qu'ils aient invité le généraliste cela m'a paru {…}, je ne sais pas si le généraliste se mobilisera pour un seul enfant, à Bordeaux. Ce n'est pas forcément long, mais par rapport au déplacement…
Donc il y a un partenariat à maintenir mais c'est pas toujours évident. Moi je suis sur plusieurs sites, en plus, et on est plusieurs médecins. Je ne suis pas sûre de connaître tous les généralistes du secteur, ça c'est évident.
Quand je dis, c'est individuel, c'est que je sais qu'il y en a avec qui je travaille très très bien, que ça s'enclenche, et puis d'autres, j'hésite à appeler, parce que…. !!!

Et ceux avec qui vous travaillez, c'est…

Ils me connaissent, ils savent dans quelle orientation on travaille, ce que l'on peut apporter en plus aux familles, comment on travaille en collaboration, comment eux peuvent se décharger de certains pans de la problématique de la famille et de l'enfant pour se consacrer à d'autres domaines qui sont plus dans le soin curatif et

nous, plus dans l'approche pluri-professionnelle, enfin socio psycho…enfin tout ce que l'on veut, économique, situations compliquées, qui engendrent des troubles de santé souvent ou pour qui les troubles de santé aggravent la situation.

Par rapport aux autres entretiens réalisés, j'ai l'impression ça se passe plutôt bien ici ... Qu'est ce qui fait ?….

Mais moi c'est mon ressenti, peut-être que je suis d'une nature très optimiste, mais sincèrement, je n'ai aucune appréhension à appeler un généraliste, aucune difficulté de positionnement. C'est une des premières choses que l'on demande sur le dossier médical PMI, quel est votre médecin généraliste, c'est une des premières choses que l'on explique aux nouveaux patients, c'est-à-dire que quand vous venez nous voir en PMI, vous conservez votre médecin généraliste, on est en lien ensemble, on ne fait pas les choses l'un sans l'autre et on se tient au courant. Moi je suis quelqu'un qui écrit beaucoup sur le carnet de santé.

Et aussi on fait du lien dans l'autre sens, sur des situations où nous, nous sommes préoccupés sur du nomadisme médical ou sur des propos qui nous paraissent un peu incohérents avec ce que pourrait offrir le généraliste, on passe un peu derrière, on le dit aux familles, on se mettra en lien avec votre médecin pour un peu comprendre…..
Il y a un médecin avec qui je suis un peu en difficulté, mais comme il n'y a pas que moi, cela me rassure !
Mais globalement non… Ce que je perçois c'est qu'il y a peut-être une résistance à penser qu'ils sont intouchables, qu'ils sont inaccessibles…. « est ce que je vous dérange, oui, non, si je ne vous dérange pas on peut continuer à se parler, sinon quand est-ce que l'on peut se parler, voilà »….

Donc pour vous, la coopération, elle est déjà instaurée, faut-il la développer ?

Elle reste à développer. Je pense sur « quelle est la perception que le généraliste a de notre travail ».

Moi je ne sais pas, cela m'inquiète un peu, parce que je pense, il ne faut pas se faire d'illusion, qu'ils voient une partie de l'iceberg qui est peut-être : « on est installé confortablement - on a des consultations qui durent longtemps - on travaille avec une puéricultrice. Nous, on a le temps de faire ci, de faire ça, de réfléchir, de se poser des questions, on n'est pas happé ».
Ce n'est pas vrai, parce que l'on a plein d'autres missions que la consultation. On n'est pas tout seul non plus, on est en équipe.

Après, il y a des choses à développer, c'est évident, pour mieux se connaître, enfin pas les connaître, parce que sincèrement j'ai l'impression… peut-être qu'il y a des choses novatrices, nouvelles, mais on sait à peu près comment ça fonctionne, je crois. Et puis j'ai des amis généralistes aussi, forcément ça aide aussi, quand on se pose des questions. {…} Même les hospitaliers ne connaissent pas forcément bien certains domaines de la PMI et alors les médecins généralistes aussi. Là je m'en suis vraiment rendue compte.
Je crois que même si, à la base, on a la même formation, on développe à travers nos formations et nos orientations, des….. et puis nous on est spécialisé.
Oui et avoir le temps de…. Nous les examens que l'on fait, ils sont longs, parfois un peu trop, parce que l'on va chercher des trucs alors qu'il n'y a rien. Mais bon il faut c'est sûr que ça se passe bien.

Femme
52 ans
Formation initiale : Médecin Généraliste
Secteur rural
Début d'exercice il y a 6 ans sur le même secteur

ENTRETIEN B : 19 min 20

Le service de la PMI c'est quoi pour vous ?

C'est un service qui a été créé en 1946 après la guerre pour protéger les mères et les enfants. Donc c'est de la médecine préventive, non curative, pour l'enfant jusqu'à 6 ans, pour les femmes enceintes, pour tout ce qui tourne autour de la contraception, pour l'accompagnement des mères, des nouvelles mères.
Voilà donc c'est un service de médecine de ville, non hospitalière. Avec des médecins sur 2 versants : la pédiatrie et la gynécologie. Actuellement en France c'est plutôt la pédiatrie qui reste, il me semble ; les sages-femmes assurant le versant gynécologique. C'est un service de proximité qui est proposé théoriquement à toute la population, même s'il y a un biais de recrutement selon où se situent les services de PMI. Donc c'est pour moi un partenaire indispensable.

Pour connaître aussi bien, vous avez vous-même exercé comme médecin de PMI ?

Non j'ai un DU de PMI, donc j'ai fait des vacations en PMI. Là où j'étais on faisait à la fois les consultations nourrissons et contraception.

La caractéristique de votre patientèle…

Le médecin de PMI dirait que ce sont les couches populaires, mais d'où je viens c'était bien plus prononcé que ça.
Le service de PMI m'adresse des familles, avec des parents qui travaillent. Bon ce ne sont pas des familles bourgeoises, ici il y en a pas. Mes patients sont presque à l'image de la {commune} je crois.
C'est un secteur urbain.

Certains de vos enfants que vous suivez sont suivis à la PMI ?

Oui

Ça se fait plus dans le sens, la PMI m'adresse. Et rarement dans l'autre sens. Quand c'est dans l'autre sens, c'est pour des difficultés sociales, des familles pour qui j'ai besoin d'un avis ou d'un coup de main social. Elles, elles m'adressent parce qu'elles ont des consultations très chargées, et puis pour que les enfants aient un dossier avec un médecin qui fait du curatif, pour qu'il y ait un relai. On s'entend bien, on a confiance les 2 parties l'une dans l'autre, donc ça marche bien.

Comment vous adressent-ils leurs patients ?

J'étais allée me présenter donc je fais partie de leurs partenaires. Quand je suis arrivée il y avait un seul pédiatre donc j'étais le 2ème correspondant enfant. Depuis il y a un deuxième pédiatre donc on est 3 médecins autour de l'enfant. Donc ils donnent nos coordonnées en fonction de la localisation des familles. Ils disent « vous avez 3 médecins, vous allez où vous voulez pour faire suivre vos enfants quand ils sont malades. Et en fonction où ils sont…

Donc par contre, vous ne communiquez pas sur ces enfants, allez aux réunions ..?

Non, enfin pas en tant que médecin là. Je suis médecin des crèches {de la commune} et à ce titre oui je vais en PMI. Mais pas sur ma casquette de médecin traitant des enfants.

Et vous vous les appelez en cas de difficulté sociale et pas pour d'autres motifs ?

Si, parfois je les envoie aux consultations du mercredi matin, qui sont des consultations allaitement ou plus généralement alimentation. C'est pour tout le monde, je pousse certaines familles à y aller. En tout cas je leur propose.
Ou sinon j'adresse parfois à la psychologue quand il y a des petits troubles de la relation, on va dire, pour qu'il y ait un relai par quelqu'un d'autre que le médecin qu'ils commencent à connaître.
Finalement pas les puéricultrices car elles sont déclenchées très vite par la maternité, et c'est plutôt elles qui appellent, quand ça va mieux.

Et donc la qualité de la collaboration entre les médecins généralistes et le service de PMI ?..

Je pense qu'il peut ne pas avoir de lien du tout. Si je prend l'exemple de mes collègues. On peut en tant que médecin traitant des enfants, être en parallèle complet, c'est à dire ne pas avoir de contact du tout. Parce que le service de la PMI va pas forcément non plus en avoir. Je ne dis pas que l'on peut s'en passer, mais je sais que certains médecins s'en passent complètement.

Et que pourrait apporter une généralisation de cette collaboration ?

Ca dépend. Il y a des médecins généralistes qui ne veulent pas du tout faire de pédiatrie. Donc j'aurais tendance à penser que ça pourrait beaucoup leur apporter, car ils ne verraient l'enfant qu'en pathologie mais pas en consultation mensuelle du tout va bien. Mais j'ai un autre collègue qui fait tout, il est anti PMI de fait, car il « est le plus compétent en tout ». Donc il n'a pas besoin des autres.
On travaille assez en parallèle, on ne travaille pas bien. Il y a, en médecine de ville, une individualisation du soin, c'est difficile de travailler en équipe. Il y a cette peur farouche qui résiste de perdre ses patients, comme si nos patients nous appartenaient, donc on a du mal à les confier. A l'époque on avait ça avec l'hôpital, on adressait à l'hôpital et on n'avait pas de retour. Mais ça a bien changé, l'hôpital a compris que c'était une erreur. On reçoit des courriers et ils nous renvoient bien les patients. Donc je pense qu'il reste cette crispation là avec les médecins de ville.

Donc, les freins sont ce côté individualiste du médecin de ville ?

Il y a ça et il y a la connotation sociale de la PMI. Je pense aussi. C'est peut être là dessus qu'il faut travailler. En tout cas dans mon ancienne région c'était ça, ici un peu moins.
Et à quoi ça sert . Nous, la médecine générale ou la médecine de ville curative, on n'est pas du tout formé à la prévention. Donc à quoi sert la prévention. Donc quelle est la place du médecin de PMI dans notre organisation de soins.

Où j'étais avant, la population était très pauvre, donc la PMI était stigmatisée le médecin des pauvres, donc ceux qui ne pouvaient accéder au pédiatre allaient à la PMI. Les liens étaient identiques à ici.
Il y a toujours quelques médecins généralistes avec qui la PMI travaille mais ça reste marginal dans l'organisation.

Donc vous, vos échanges sont fréquents de par votre expérience professionnelle, mais comment vous êtes vous amenée à cette formation de PMI ?

En sortant de l'internat, tout simplement parce que j'ai été élevée par une mère qui était médecin de PMI. J'ai pas eu beaucoup à réfléchir… (rire)

Et pourquoi n'avez vous pas fait médecin de PMI ?

Non, parce que j'avais besoin du soins curatifs en sortant et que je me sentais limitée. J'aime faire ces soins là, même si dans mes consultations je fais beaucoup de prévention. J'ai besoin des deux. Les enfants que je suis, je les vois aussi quand ils sont malades. Et ça, j'aime bien !

Finalement qu'avez vous l'impression d' apporter à la PMI ?

Je prends en charge le gros du curatif. C'est surtout ça.

Est ce que vous échangez sur une situation particulière ?

Ca reste rare. Mais le truc, c'est que je sais comment ils fonctionnent et qu'en appelant ils n'auront pas plus de solutions que moi. Mais le fait d'être un autre partenaire, ça permet de dire à la famille, je vous propose ça. Ou de demander à la PMI, qui va dire des choses que je connais, mais c'est pas grave elle prend le dossier autrement, c'est faire équipe. J'ai l'impression de faire équipe. Mais je ne pense pas que ce soit à l'image de tout le monde. C'est dommage.

Et quelles sont vos autres interlocuteurs ?

Je connais la pédiatrie et les problématiques sociales.
Quand il y a besoin d'un dossier social, j'envoie à la PMI. Autrement j'envoie à l'hôpital ou alors j'adresse à un cabinet spécialisé où il y a le cardio pédiatre, le néphro-pédiatre… etc. Quand je vois que l'hôpital c'est compliqué ou trop long et que la famille peut payer. Ici les pédiatres sont des généralistes et on a des divergences sur les bases.

Femme
45 ans
Secteur urbain
Installée en association avec 3 médecins
% moins de 16 ans : 35%

ENTRETIEN J : 8 min 24

Pour vous le service de la PMI, c'est quoi ?

La définition ? La définition, c'est bon, ça va…

Je pense que c'est très important pour les familles qui n'ont pas de suivi médical régulier. La PMI, pour eux, c'est beaucoup plus simple et beaucoup plus pratique avec les vaccins sur place etc.., pour les enfants en difficulté…

En difficulté ?

Je dirais plutôt dans la société, des difficultés pour les personnes d'origine étrangère aussi, les personnes de bas niveaux sociaux-économiques ; et qui n'arrivent pas à se faire suivre ou ne savent pas faire. Au moins là c'est régulier, c'est pratique.

Ceci dit, moi personnellement, je demande relativement peu fréquemment la participation de la PMI.

Donc vous, vous les avez déjà appelés ?

Oui, déjà je suis médecin de crèche, donc oui, effectivement je les connais, ils me connaissent un peu dans le secteur, mais, en dehors de certains cas précis…..
Après parfois ils nous adressent des patients aussi.

Ils vous adressent des patients pour quelle raison ?

Pour suivi, déjà quand les enfants grandissent et qu'ils estiment qu'ils peuvent être suivis autrement.

Et vous quand vous avez besoin de les appeler, c'est pour ?

Nous avons beaucoup de personnes d'origine étrangère ici, malgré tout, et avec des soucis de compréhension, des dates… etc ; il y a plein de choses qui sont compliquées pour eux.
Et puis, cela m'est arrivé à la crèche de faire appel à eux à deux reprises pour des maltraitances.

Et après, vous, vous avez connu la PMI comment dans votre parcours ?

Cela remonte à la Fac.

À la fac, vous aviez eu une formation ?

Oui, un petit peu mais c'est dans la pratique surtout.
On voit arriver beaucoup de gens qui sont déjà suivis par la PMI.

Et vous pensez que cette collaboration, elle est bien comme elle est, qu'il faudrait faire mieux.. ?

Franchement il n'y a pas de communication entre nous, en règle générale je pense

Et pourquoi ?

Aucune idée, d'abord nous on est très pris par le temps, que les journées sont énormes et je ne sais pas de leur côté…

Et vous pensez que ça pourrait améliorer quoi par exemple?

Comment faudrait-il faire pour améliorer les relations ? Et est-ce qu'il faut le faire ?
Je ne sais pas, je fais beaucoup de pédiatrie, 65 % de ma clientèle c'est de la pédiatrie, c'est énorme en médecine générale, c'est mon choix.
Donc finalement je crois que je me débrouille comme ça, ça me convient, ça convient aux familles apparemment.

Et après vous avez d'autres interlocuteurs par exemple pour les domiciles ?

Je travaille beaucoup avec les sages-femmes. Je demande facilement un suivi par les sages-femmes, c'est plus simple, au domicile.

Et pourquoi c'est plus simple que d'appeler la puéricultrice de la PMI ?

C'est beaucoup plus simple à domicile et c'est plus rapide. C'est plus facile de les joindre, et elles y sont très vite chez les patients.

Pour le délai d'intervention ?

Le premier rendez-vous oui. J'ai beaucoup moins de souci et c'est ce qui est déjà instauré à l'hôpital ou à la clinique. La plupart maintenant des mamans qui sortent, c'est avec consultation d'une sage-femme libérale, dans la semaine qui suit.

Donc vous, vos rapports ne sont pas très fréquents, mais il y en a quand même un petit peu ?

Ils ne sont pas très fréquents.

Et par le biais de la crèche peut-être ?

(hésitation) L'infirmière de la crèche est en contact assez fréquemment avec la PMI, moi c'est surtout pour des cas très précis, très particuliers. Les cas de maltraitance dont je parlais tout à l'heure ; il y a en a eu plusieurs dans un laps de temps assez court finalement.

Et là vous avez appelé directement le médecin de la PMI ?

On a fait ce qu'il fallait après. La prise en charge est bien, correcte, conjointe et vraiment efficace.

Une fois qu'il y en a besoin…. mais finalement les besoins ne sont pas très présents ?

Non, je pense que je n'en ai pas forcément beaucoup besoin, pour l'instant.
Si, je sais qu'à la crèche, il y a quand même, je pense, 5 ou 6 petits patients qui ne sont suivis que par la PMI.

Avec un suivi en parallèle avec un médecin généraliste ?

Pas forcément. La plupart ont un médecin traitant etc…mais certains quand même ne sont suivis que par la PMI, des tout petits.

Et vous, il y a des enfants que vous suivez en parallèle avec la PMI, par exemple qui font les suivis avec eux et que vous voyez en curatif ou ceux que vous voyez, vous faites tout finalement ?

En fait ce n'est pas à ma demande, c'est à la demande des patients en général.

Vous avez fait une formation particulière en pédiatrie ?

Non, j'attends mon acceptation au D.U. pédiatrie, peut être que d'ici la retraite cela arrivera… Il y a une liste d'attente… En fait souvent on a la clientèle qu'on crée.

C'était un peu notre objectif à moi et mes deux associés. Ils voient plutôt des personnes âgées et finalement de fil en aiguille, le bouche à oreille… Et puis 2 pédiatres sont partis à la retraite, donc voilà…
Moi j'aime beaucoup les enfants, c'est mon choix

Est-ce qu'en dehors des sages-femmes, vous avez d'autres intervenants avec qui vous êtes en lien pour les enfants ?

Oui, différents réseaux, le langage etc… après, dès qu'il y a une prise en charge spécialisée, souvent c'est l'hôpital, quand même à l'origine…. En dehors des réseaux, sur les retards psychomoteurs j'adresse à l'hôpital, au CAMSP en général.

Vous avez un accès direct avec le CAMSP ?

Oui, cela m'arrive d'y faire appel.

Femme
45 ans
Secteur urbain mixte
Installée depuis 13 ans en association avec 2 médecins
Enfants de moins de 16 ans : 65 %

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Achevé d'imprimer à Mérignac par
EDITIONS BERGERET
by COPYMÉDIA 05 56 99 50 22
23 rue Francisco Ferrer - 33700 Mérignac
www.editions-bergeret.com
Novembre 2014