Étude qualitative : le non-recours à la puéricultrice de PMI

Charlotte Heysch

▶ **To cite this version:**

Charlotte Heysch. Étude qualitative : le non-recours à la puéricultrice de PMI. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01203728

HAL Id: dumas-01203728

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01203728

Submitted on 23 Sep 2015

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

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

SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

Université
Joseph Fourier
GRENOBLE
MEDECINE

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

Charlotte HEYSCH

Étude qualitative :

Le non-recours à la puéricultrice de PMI.

Mémoire soutenu le 8 septembre 2015

sous la direction de Philippe Warin, chercheur au CNRS

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme

Année universitaire 2014-2015

Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

Mme Chantal SEGUIN, Directrice du département maïeutique, UFR de médecine de Grenoble, Présidente du jury ;

Pr Pascale HOFFMANN, PU PH au CHU de Grenoble, Co-présidente du jury ;

Mr Laurent GAUCHER, Sage-femme HFME et Pôle IMER aux Hospices civils de Lyon ;

Mr Philippe WARIN, Responsable scientifique d'ODENORE, directeur de recherche au CNRS (PACTE), Directeur de ce mémoire ;

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-femme enseignante au département maïeutique, UFR médecine de Grenoble, Guidante de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

Mr Philippe WARIN, Responsable scientifique d'ODENORE, directeur de recherche au CNRS (PACTE)

pour sa disponibilité, son expertise et son aide méthodologique précieuse

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-femme enseignante au département maïeutique UFR médecine de Grenoble

pour son soutien, et sa confiance dans l'aboutissement de ce mémoire

Caroline HEYSCH, Benjamin GUILLARD, Gaspard HEYSCH, Claire PAQUELET, Joseph GLASS et Jeanne EVRARD

pour leurs encouragements, et leurs conseils

Ainsi que tous les professionnels qui ont acceptés de participer à cette étude.

Sommaire

Liste des abréviations 5
Introduction **6**
Population et méthode **8**
Résultats **10**
Objectif de la rencontre avec la puéricultrice dans le post-partum 10
La population cible de la PMI 13
Un service pour tous 13
Les critères 13
L'évaluation du besoin d'accompagnement par la PMI 14
L'évaluation du niveau d'étayage de la famille 15
Le non-recours : types et hypothèses explicatives 16
La non-connaissance 16
La non-demande 17
La non-réception 21
La non-proposition 22
Discussion **24**
Les limites de l'étude 24
Analyse des résultats 25
Le soutien à la parentalité 25
L'universalisme proportionné 28
Répartition de l'offre de soin 29
Conclusion **32**
Références bibliographiques **34**
Bibliographie **36**

Liste des abréviations

PMI : Protection Maternelle et Infantile

Odenore : Observatoire des non-recours aux droits et services

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

REAAP : Réseaux d'Écoute d'Appui et d'Accompagnement des Parents

CNSP : Comité National de Soutien à la Parentalité

CNAF : Caisse Nationale d'Allocations Familiales

CESE : Conseil Économique Social et Environnemental

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

CMU : Couverture Maladie Universelle

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

Introduction

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) est un service public à compétence sanitaire, créé en France par l'ordonnance du 2 novembre 1945. Ce service départemental relève du Conseil Départemental.

Ses missions sont dictées par le code de la santé publique. Selon l'article L2111-1 modifié par la loi du 26 juin 2005, la PMI participe à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment :

- des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;

- des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ;

- des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;

- la surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que le contrôle, la surveillance et l'accompagnement des assistants maternels.

Parmi ces "mesures de prévention en faveur des futurs parents et des enfants", la PMI met en place une rencontre avec la puéricultrice proposée aux mères lorsque celles-ci reviennent à domicile après la sortie de maternité. Cette rencontre s'opère lors d'une visite à domicile ou d'une consultation sur le site de la PMI lors des permanences des puéricultrices. Elle est souvent le premier contact de la mère et de l'enfant avec le service de la PMI. Toutefois, cette rencontre n'est pas obligatoire. Quand elle a lieu, elle est l'occasion pour la puéricultrice de faire connaissance avec les familles et les nouveau-nés de son secteur, et d'accompagner ensuite les familles pour un suivi à long terme jusqu'aux 6 ans de l'enfant. Le non-recours à cette consultation est donc un facteur qu'il nous paraît intéressant d'étudier étant donné son caractère déterminant dans la suite du suivi de l'enfant, et du soutien à la parentalité.

Le non-recours est défini par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) comme une situation où une personne ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et/ou de services, auxquels elle pourrait prétendre. Poser la question du non-recours c'est donc poser la question de l'impact d'une offre, en cherchant à savoir si elle rencontre son public.

Dans le cas de la PMI, le public visé est difficile à définir. En effet, la prévention offerte par la PMI est fondée sur le principe de l'universalisme proportionné. Autrement dit, la PMI est accessible à tous, mais doit offrir un étayage plus important pour les familles en difficultés, qu'elles soient sociales, économiques ou psychologiques. Le ministère de la Santé, indique en effet, dans le rapport final de l'atelier sur la prévention et le soutien à la parentalité [1], que "ces visites s'effectuent le plus souvent sur critères tels que la primiparité, la prématurité, les grossesses multiples, le jeune âge de la mère, le décès antérieur d'un enfant, l'hospitalisation de l'enfant à la naissance, la naissance d'un enfant porteur de handicap, des difficultés socio-économiques connues." Le ministère préconise donc "une approche généraliste (public naturel) à laquelle s'ajoute le cas échéant une approche ciblée, à partir de critères de risque, visant à réduire les inégalités (public éloigné et/ou empêché)".

D'autre part, à la sortie de la maternité, l'offre de soin est multiple, ce qui complique encore la question du public visé par la PMI. En effet, les familles peuvent être accompagnées par le médecin généraliste, la sage-femme, la puéricultrice PMI, le gynécologue, le pédiatre. Ces offres d'accompagnement sont différentes de part leur nature et leur durée, mais peuvent néanmoins se trouver en concurrence. Mais la multiplication des offres d'accompagnement n'est pas nécessairement preuve d'efficacité quand il s'agit de toucher le public. Selon l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)[2], l'offre de soin au retour à domicile, pourtant essentielle, est victime d'une mauvaise ou insuffisante information. L'association estime par ailleurs que le sentiment d'isolement des mères est fort lorsque l'accompagnement est défaillant.

L'objectif de cette étude est de déterminer à quels types de non-recours la puéricultrice PMI est confrontée, et de dégager les raisons de ce non-recours.

[1]JEAMMET Pierre, 2010, « Prévention et soutien à la parentalité », Rapport de l'atelier n°3 des états généraux de l'enfance, Ministère des Affaires sociales de la Santé et du Droit des Femmes, p.10

[2]BRUN Nicolas, 2010, « Regards de femmes sur leur maternité », Enquête Périnatalité UNAF, p.60.

Population et méthode

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive, menée à partir de 9 entretiens semi-directifs individuels.

Les personnes interrogées sont des professionnels de santé qui travaillent dans la ville de Grenoble : il s'agit de trois sages-femmes libérales, une cadre de service en maternité, trois puéricultrices de PMI, et deux puéricultrices de liaison hôpital/PMI.

Quatorze personnes se sont vues proposer un entretien. Deux personnes ont été exclues de l'étude, par manque de temps pour participer à l'étude. Une personne a refusé de participer à l'étude. Deux personnes ont été interrogées lors d'un même entretien, il a été décidé d'exclure cet entretien à posteriori, pour conserver l'uniformité concernant la méthode des entretiens.

L'étude a été réalisée sur la ville de Grenoble, entre juin 2014 et mai 2015.

Les entretiens ont été menés sur les lieux d'exercice des professionnels et ont duré en moyenne 42 minutes.

L'étude qualitative n'ayant pas pour but d'être représentative, il n'a pas été effectué d'échantillonnage aléatoire, les professionnels de santé étant sélectionnés pour l'étude selon leurs professions et leurs places dans le parcours de soins des parents.

Caractéristiques de la population

Entretiens	Profession	Durée de l'entretien
SF A	Sage-femme libérale	40 minutes
SF B	Sage-femme libérale	38 minutes
SF C	Sage-femme libérale	40 minutes
Puer A	Puéricultrice PMI	30 minutes
Puer B	Puéricultrice PMI	52 minutes
Puer C	Puéricultrice PMI	44 minutes
Cadre	Cadre de maternité	35 minutes
PL A	Puéricultrice de liaison : Sa mission est d'organiser le lien entre la PMI et la structure hospitalière (en particulier les services de pédiatrie et néonatalogie).	70 minutes
PL B	Puéricultrice en maternité : Une de ses missions est d'organiser le lien avec la PMI à la sortie de la maternité des patientes.	30 minutes

Afin de garantir l'anonymat, nous nous sommes volontairement abstenus de préciser le lieu d'exercice des personnes interrogées.

Résultats

De manière à étudier l'impact d'une offre de soin, il nous faut savoir au préalable quels en sont les objectifs, la population visée et les effets attendus. En effet, pour connaître les raisons du non-recours à la puéricultrice PMI, il nous semblait donc important de clarifier les objectifs fixés à cette rencontre et le public visé, ces deux questions ont donc été posées aux professionnels avant d'aborder leurs hypothèses explicatives concernant le non-recours.

La présentation des résultats reprendra la trame du guide d'entretien. Nous commencerons par les objectifs, puis la population cible, avant de décliner les différents types et hypothèses explicatives du non-recours à la puéricultrice PMI.

Objectif de la rencontre avec la puéricultrice dans le post-partum

L'analyse des entretiens a permis de faire émerger différents objectifs assignés à la rencontre.

D'abord, il y a un objectif sanitaire. Sont évoqués l'observation du bon développement psycho-moteur de l'enfant, le soutien à l'allaitement et en particulier la surveillance de la courbe de poids de l'enfant, à travers la pesée du bébé.

> *« ...c'est tout ce qui est santé de l'enfant. Voilà, le suivi du poids, tout ce qui est ictère, allaitement, tout ce qui est prévention par rapport au couchage expliqué aux parents... » Puer C*
>
> *« Un rôle d'accompagnement de l'allaitement maternel, en terme de conseils, sur l'alimentation du bébé, sur les premiers soins, pour le retour à domicile. » PL B*

La pesée de l'enfant est d'ailleurs le motif annoncé de la visite. Il est mis en avant lorsque la puéricultrice propose de rencontrer la famille. Certaines puéricultrices évoquent d'ailleurs le fait que la pesée de l'enfant est le moyen de légitimer la visite, considérant que l'objectif recherché est en réalité de faire connaissance, d'instaurer un lien de confiance pour la suite.

« Donc souvent, ben le support c'est le poids du bébé hein. "Bon, vous avez besoin pour peser." Parce que maintenant, on leur dit bien dans les maternités, qu'elles le pèsent, qu'elles aillent le peser une fois par semaine, donc voilà. Donc on a cette légitimité. » Puer B

Le fait de faire connaissance pendant cette visite est en effet un objectif partagé par les puéricultrices. Cette première visite est la plupart du temps le premier contact de la famille avec la puéricultrice. Le fait d'avoir eu un premier contact avec un professionnel de santé est considéré comme étant un facteur facilitant le recours plus tard à la PMI, si la famille en ressent le besoin. Celle-ci ira plus facilement vers un professionnel qu'elle a déjà rencontré auparavant.

« ...ben il y a un lien qui se fait et automatiquement, et les mamans, plus facilement, reprennent contact avec nous, ou acceptent qu'on retourne une deuxième fois, une troisième fois... » Puer B

Les puéricultrices considèrent donc cette visite du post-partum comme un point de départ pour l'accompagnement des parents, pour "le soutien à la parentalité". Cette notion revient systématiquement dans les témoignages, elle est décrite par les puéricultrices comme un accompagnement global permettant aux parents d'être soutenus et rassurés sur leurs compétences parentales.

« On a un rôle de soutien, d'accompagnement de ces familles... Donc voilà, ça c'est le champ de la périnatalité. On organise aussi des permanences, ben pareil pour que les parents puissent venir chercher des conseils, peser leurs enfants. » Puer A

« C'est l'accompagnement autour de la naissance d'un bébé hein. Donc tout ce qui est au niveau du soutien à l'allaitement, soutien à la parentalité, voilà, prévention. » Puer B

« Et puis après il y a tout ce qui est étayage, accompagnement dans l'établissement des premières relations. » Puer C

« je dirais les accompagner dans leur rôle de parent, enfin dans leur apprentissage de rôle de parent. Que ce soit les soins au sens strict du terme, mais aussi au quotidien en terme d'organisation. » PL B

On remarque que l'accompagnement des familles dont parlent les professionnels se veut volontairement large. Il s'agit de pouvoir accompagner les familles dans la globalité, en prenant en compte toutes les difficultés auxquelles les familles peuvent être confrontées. Les puéricultrices, déclinent d'ailleurs des actions très diverses qui ont toutes pour but ce soutien à la parentalité : conseiller les parents sur l'allaitement, donner les informations et les outils qui

pourront être utiles pour les parents, parler des différents modes de garde possibles pour leurs enfants, ou encore proposer une aide matérielle à travers une travailleuse familiale.

Le témoignage des sages-femmes est différent de celui des puéricultrices sur cette question des objectifs. En effet, les sages-femmes interrogées mentionnent les visites à domicile qu'elles-même proposent aux mères dans le post-partum. Les objectifs de leurs visites se rapprochent de celles de la puéricultrice. On retrouve notamment la pesée du bébé, le soutien à l'allaitement et le soutien à la parentalité. On note également des différences, les sages-femmes s'intéressent au suivi médical des mères dans le post-partum, suivi que la puéricultrice ne peut pas faire, et leurs visites n'est pas un moyen de faire connaissance mais plutôt une continuité car elles connaissent les femmes grâce au suivi de grossesse.

La population cible de la PMI

Poser la question du non-recours présuppose de connaître quelle est la population éligible, potentiellement bénéficiaire de l'offre. Dans le cas de la PMI, toute femme ayant accouché est potentiellement bénéficiaire de la PMI, mais le ministère des Affaires sociales et de la Famille préconise “une approche généraliste (public naturel) à laquelle s’ajoute le cas échéant une approche ciblée, à partir de critères de risque, visant à réduire les inégalités (public éloigné et/ou empêché)”. Il existe donc une population ciblée grâce à des critères de risque, pour qui la PMI est particulièrement indiquée. Nous avons donc interrogé les professionnels de santé pour éclaircir cette question, et savoir quelle était la population ciblée par la PMI.

L'analyse des entretiens auprès des professionnels de santé a montré que la définition de cette population est complexe. Elle est en effet définie par des critères préétablis, par l'évaluation des besoins de la famille par les professionnels en amont, et par l'évaluation du niveau d'étayage de la famille.

Un service pour tous

On remarque dans les entretiens que l'approche généraliste est toujours un objectif car l'information est donnée à toutes les patientes.

> *« Après, sur l'information qui est donnée aux patientes, on leur dit que systématiquement, il y a une liaison de maternité faite pour toutes les mamans qu'on envoie à la puéricultrice dont elles dépendent. » Cadre*

Les critères

Concernant les critères préétablis, on retrouve notamment ceux décrits par le ministère, soit la prématurité, les grossesses multiples, le jeune âge de la mère, le décès antérieur d’un enfant, l’hospitalisation de l’enfant à la naissance, la naissance d’un enfant porteur de handicap, des difficultés socio-économiques connues, et la primiparité.

Cependant, en fonction des secteurs, la liste des critères varient sensiblement, sachant que celle-ci n'est jamais explicitée par une liste de référence écrite par exemple.

Les puéricultrices interrogées sur l'origine de ces critères, ignoraient la réponse, ou évoquaient des transmissions orales faites par les chefs de service ou les collègues de PMI. Il

semblerait que ceux-ci aient été ajustés à chaque secteur par les équipes en place en fonction des capacités du service à répondre à la demande.

> *« Mais en même temps la PMI a de telles missions actuellement qu'elle peut pas non plus répondre à tout le monde. » PL A*
>
> *« Je veux dire, les PMI, quand tu vois les puers, les secteurs qu'elles ont à gérer, les cas dans lesquels elles se retrouvent des fois, je veux dire c'est clair qu'elles sont loin d'aller jusque là où elles auraient envie d'aller, donc euh... » Cadre*
>
> *« Donc avant c'était ouvert à tout le monde, maintenant on nous demande de prioriser. » Puer B*

En particulier, le critère de la primiparité est évoqué par les puéricultrices plutôt comme un objectif qu'elles aimeraient atteindre, sans en avoir le temps, car cela représente une partie trop importante des naissances sur leurs territoires.

> *« À un moment donné, on était plus axé sur le champ de la prévention, et un peu de manière idéale, on essayait de voir (...) toutes les primipares. Aujourd'hui (...) on travaille plus à flux tendu au niveau personnel. Donc il a fallu un peu restreindre, en tout cas sur le secteur, où il y avait aussi une montée en charge du nombre de naissances, il a fallu bien restreindre ce nombre de visite. C'est pour ça que voilà, ma chef de service avait établi certains critères pour visiter les personnes » Puer A*
>
> *« Au départ, quand on rentre en PMI, quand on nous explique le travail, on ne peut pas, on ne peut plus actuellement aller voir tous les enfants, donc on est obligé de se mettre des priorités. (...) Il y a des années de ça, on allez voir tous les premiers en tout cas, on essayait d'aller voir déjà tous les premiers.» Puer B*

L'évaluation du besoin d'accompagnement par la PMI

La population est également ciblée en amont au moment de l'évaluation des besoins de la famille par les professionnels qui suivent la famille pendant la grossesse ou qui la prennent en charge lors du séjour en maternité. Tous les professionnels interrogés parlent effectivement de ce travail d'observation et d'évaluation par les professionnels qui ont suivi la famille pendant la grossesse ou qui l'ont prise en charge durant le séjour en maternité.

> *« Mais même les petites choses, on peut déjà être amené à indiquer à la puéricultrice de PMI qu'on a l'impression que le lien a des difficultés à se faire, pour qu'elle puisse l'accompagner » PL A*
>
> *« S'il y a une situation un peu délicate, un peu difficile, il y a aucun problème, je téléphone, je lui transmets, je lui donne un peu mes informations, ce que j'ai ressenti, ce que j'ai vécu avec cette patiente. » SF B*
>
> *« Moi, j'ai eu à passer la main pour des patientes que je trouvais en précarité, en difficultés, même de couple, avec un risque. » SF C*

« S'il faut faire un lien quand même, sur des situations un peu trop compliquées où on préfère une liaison en direct, les sages-femmes appellent elles-mêmes la puer concernée. » Cadre

Cela permet de faire une transmission écrite (à travers la fiche de liaison maternité-PMI) ou orale, à la puéricultrice, si les professionnels considèrent que la famille a un réel besoin d'accompagnement par la PMI. Concernant les éléments d'observation, la mise en place du lien mère-enfant est relevée dans la plupart des témoignages. Cependant, les professionnels restent vagues sur sa définition ou sur la manière de l'évaluer. Il est difficile de dégager des critères objectivables qui poussent les professionnels à recommander la PMI et à établir un lien avec elle.

L'évaluation du niveau d'étayage de la famille

Il s'agit également d'évaluer le niveau d'étayage de la famille. L'évaluation du besoin d'un accompagnement par la PMI semble être dépendante du réseau de professionnels ou de proches disponibles pour la famille. Les entretiens révèlent en effet que des parents que l'on aurait considéré dans le besoin d'un accompagnement de la PMI, ne le seront plus, ou à moindre échelle, si leurs familles semblent représenter un appui pour eux et s'ils disent pouvoir consulter un autre professionnel de santé.

« Une femme qui a pas de réseau quel qu'il soit, enfin c'est toujours un critère de vulnérabilité. Donc le réseau... il peut être amical, voilà, il peut être familial. » Puer A

« Les femmes en tout cas, sont très isolées, pas de famille... Donc sans repère et sans personne pour les aider au quotidien avec leurs enfants donc pour le coup elles s'appuient beaucoup sur nous. » Puer B

« Donc l'idée c'est de voir aussi euh... si quelque chose peut être fait pour aider cette fratrie, s'il y a le groupe, enfin s'il y a l'entourage familial qui peut pas le faire, pour que cette mère puisse être présente auprès de son bébé. » PL A

« Il y en a d'autres qui vont pas avoir besoin aussi... le suivi sage-femme sera suffisant. » Puer A

L'analyse des entretiens ne révèle cependant pas de critères objectivables ou communs à tous les professionnels pour déterminer un étayage suffisant pour une famille.

Le non-recours : types et hypothèses explicatives

Étant donné la difficulté à trouver des caractères objectivables pour déterminer la population cible de la PMI, on considérera comme étant en situation de non-recours potentiel, toutes les mères ayant accouché qui n'ont pas rencontré la puéricultrice durant la première année de vie de l'enfant.

La non-connaissance

Le non-recours par non-connaissance concerne des personnes qui n'ont pas eu accès à l'information, ou qui ont eu accès à une information mais celle-ci n'a pas été comprise ou retenue. Le séjour en maternité est une période où beaucoup d'informations sont données à la famille. L'information orale sur la PMI étant délivrée au moment de la sortie de la maternité, cela peut engendrer une non-compréhension ou un oubli de l'information.

Concernant le non-recours par manque d'information, les points de vue des professionnels divergent. Les puéricultrices considèrent qu'il y a un manque d'information sur la PMI ou que cette information n'est pas suffisante.

> *« ...l'information euh, ils l'ont oubliée, ou elle a pas été faite correctement, ou... il ne vont plus y penser. » Puer A*
>
> *« On est censé, normalement dans toutes les maternités, on leur parle de la PMI. Après elles ont tellement d'informations qu'elles enregistrent pas tout. » Puer B*
>
> *« Et puis des fois dans les maternités, elles ont pas toujours le temps, de bien expliquer, même si elles donnent les infos.(...) Et puis, je pense qu'il y a plein de gens qui ont pas eu l'information hein, tout simplement.» Puer C*

On relève à l'inverse que deux des sages-femmes interrogées, ainsi que la cadre de maternité, considèrent que l'information est suffisante, mais que les familles n'y voient pas toujours l'intérêt.

> *« Alors après l'info est donnée déjà en maternité pour que les patientes aillent peser à la PMI, ça elles ont l'info. » SF C*

La non-demande

Il y a non-recours par non-demande quand une personne, qui a eu connaissance de la PMI, ne demande pas à rencontrer la puéricultrice ou refuse cette possibilité lorsqu'elle est proposée.

Le recours à la sage-femme libérale

D'après le témoignage des puéricultrices de PMI et de liaison, l'une des principales raisons du non-recours par non-demande est le fait que les patientes sont souvent déjà suivies par une sage-femme libérale et ne voient donc pas l'intérêt du suivi par la PMI.

> *« Et je crois qu'il y a quand même beaucoup de puéricultrices qui disent que du fait qu'on a quand même beaucoup plus de sages-femmes qu'il en avait il y a quelques années, et pour le coup, on a beaucoup plus de mal à rentrer en contact avec les mamans les 2/3 premières semaines. » Puer B*

> *« C'est vrai que maintenant il y a beaucoup de mamans qui sortent avec des sages-femmes à domicile. (...) Du coup des fois, si on propose trop tôt, dans certains cas, les mamans, elles en voient pas forcement l'utilité parce que la sage-femme elle vient peser le bébé, et c'est ce qu'elles voient en premier. » Puer C*

> *« Il y a ça aussi, qui est un vrai facteur de, parfois, de non-recours à la puer de PMI, parce que il y a la sage-femme, voilà. Alors avant c'était pas du tout hein en néonat, il y en avait très peu. Maintenant c'est presque 1 maman sur 2 me dit que sa sage-femme lui a dit qu'elle viendrait. » PL A*

> *« Et souvent il y en a qui me disent "Ah mais non, mais moi j'ai déjà ma sage-femme qui passe" "Oui, c'est vrai mais votre sage-femme, elle va pas pouvoir passer au-delà du premier mois. Comme ça, vous connaîtrez déjà la personne pour après..." Enfin on essaye un peu d'enrober le truc. » PL B*

En effet, lorsque les femmes ont été prises en charge par une sage-femme libérale pour le suivi de grossesse, elles auraient tendance à faire appel à elle plus facilement pour le retour à domicile.

> *« Parce qu'il y a quand même un lien dans le temps qui s'est créé, ne serait-ce qu'avec les cours de prep. Et puis de savoir que cette même sage-femme peut venir à la maison après. Il y a quelque chose qui les rassure déjà beaucoup pendant la grossesse. » SF C*

> *« En plus si on les connaît avant nous, la confiance est déjà installée. Donc ça c'est hyper précieux! » SF B*

De plus, les puéricultrices comme les sages-femmes parlent du fait qu'il est plus difficile d'entrer en contact avec les familles après le 1er mois de vie de l'enfant, certaines évoquent une fenêtre pendant laquelle la mère est plus encline à s'épancher et à accepter l'aide qu'on lui propose.

« C'est vrai que le premier mois, les mamans elles sont dans un état d'esprit assez ouvert, à se livrer et à recevoir des choses qui peuvent faire bouger ensuite les choses plus facilement que si on intervient à un mois et demi. Et d'ailleurs, les mamans, quand on les rencontre avant un mois, euh ben c'est vrai que, il y a quelque chose de l'ordre du lien qui se tisse vraiment, où on est repéré, qu'ensuite c'est beaucoup plus dur pour accrocher ces mamans.. Voilà les choses elles sont un petit peu établies dans une certaine routine quelque part avec leurs bébés, enfin... » Puer A

« Souvent on voit des prises en charge de sage-femme qui s'arrêtent, voilà et après nous à trois semaines/ un mois, on n'a plus de raison d'y aller. Enfin on aurait des raisons mais les mamans ne voient pas l'intérêt. » Puer B

« Très souvent au bout de trois semaines après l'accouchement, il y a plus vraiment de besoin, elles sont autonomes, l'allaitement fonctionne bien, les bases sont acquises, et voilà. » SF C

« Puis on sait que dans ces premières semaines après l'accouchement, on a une espèce d'ouverture psychique et donc du coup il est beaucoup plus facile de parler de tout ce qui s'est passé pour les parents quand ils étaient eux-même petits ou dans leurs familles, ou dans leurs propres relations avec leurs parents ou de ce qui va jouer dans leurs relations avec leur bébé. » Puer C

Or, il existe quelquefois un délai dû au fait que les puéricultrices doivent attendre de recevoir la fiche de liaison maternité ou l'avis de naissance pour proposer une visite, ou bien que la SF Ait fini le suivi à domicile pour proposer son aide en relais.

« Je leur dis "Quand la sage-femme ne passera plus, vous pouvez venir en permanence, ou moi je peux prendre le relais après." Donc en général, ça se passe comme ça. » Puer B

« Passé quinze jours / trois semaines après les visites à domicile, quand je m'arrête je leur dis "Ben voilà, en attendant les rendez-vous avec le pédiatre, passez à la PMI". Et on revoit ensemble les horaires d'ouverture. » SF C

« On les invite à continuer avec la PMI, parce qu'en fait, le système sage-femme de prise en charge c'est de J0 à J12 de leur accouchement. » SF A

Comme nous l'avons relevé précédemment, la pesée de l'enfant est souvent décrite par les personnes interrogées comme le motif annoncé de la rencontre avec la puéricultrice, ce qui leur donne une légitimité à visiter la famille ou à les inviter à venir pendant les permanences. Mais celui-ci est plus difficile à mettre en avant lorsque le premier mois de vie de l'enfant est passé, car l'alimentation est le plus souvent installée.

L'image de la PMI

On retrouve dans les témoignages, le fait que la PMI est souvent assimilée à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) par les familles, et que celles-ci vont avoir tendance à se méfier de la puéricultrice. D'après les professionnels, certains parents sont d'ailleurs dans le rejet systématique de la PMI, à cause des premières expériences, personnelles ou vécues par des proches, où la visite de la puéricultrice a engendré un suivi par l'ASE voire un placement de l'enfant.

> *« Ou alors, elles vont nous confier qu'elles veulent pas la PMI parce qu'elles ont déjà été dans des situations de placement plus jeune, qu'elles ont été elles-mêmes en situation de flicage. Elles veulent plus de tout ça, elles veulent aussi relever la tête. » SF A*
>
> *« Il y en a certainement aussi parce qu'ils ont des vécus, familiaux, amicaux où la PMI a placé des enfants, ou... Et il y a cette appréhension, enfin il y a un peu enfin voilà. La PMI c'est la protection de l'enfance, c'est la DDASS. » Puer A*
>
> *« Enfin parce qu'on a une connotation, enfin quand il y a des suivis ASE par exemple, pour les premiers, ou que nous on a été à l'origine de signalement, elles veulent pas nous voir... » Puer B*
>
> *« Parce que PMI, c'est peut-être le terme qui est mal adapté, tu vois, ils devraient peut-être dissocier les services effectivement si besoin de placement de l'enfant, du suivi de grossesse, du suivi après post-natal qu'il peut y avoir pour maman pour bébé dans les centres de PMI. » SF C*
>
> *« Dans le cas que je t'ai cité, la mère elle avait 2 enfants placés donc les services sociaux, l'assistante sociale qui te vient en aide, la puéricultrice qui te vient en aide, en fait elles l'ont « trahi » selon ses dires. Et ses gamins se sont retrouvés placés...» Cadre*

La PMI est aussi victime, d'après certains professionnels, d'une image de médecine « pour pauvres ». Cette représentation engendrerait du non-recours par non-demande, lorsque les personnes ne pensent pas pouvoir avoir accès au service car elles sont dans de bonnes conditions socio-économiques :

> *« Et elle sentait que... bon il y a des femmes qui sentent peut-être qu'il y a une population socialement plus démunie, donc elles se sentent gênées. » SF A*
>
> *« Mais probablement, parce qu'il y a cette fausse image du libéral, réservé aux riches, et la PMI aux pauvres. » SF C*
>
> *« Il y a des familles qui imaginent aussi que la PMI c'est que pour les populations défavorisées socialement. Elles disent "Non non mais ça va." » Puer B*
>
> *« ...il y a une certaine représentation pour les soignants. Oui, ça, ça restera quand même, ils vont faire plus vite appel à moi quand les parents sont un peu*

sales, qu'ils parlent un peu fort, qu'ils refusent les soins ou... que je ne sais quoi. » PL A

Cette représentation engendrerait aussi du non-recours lorsque les parents considèrent dégradant ou stigmatisant le fait d'y avoir recours.

« Quelquefois c'est une question de dignité : le simple fait de proposer la PMI évoque pour elle "je ne m'en suis pas sortie". Parce que la PMI représente un contrôle social à leurs yeux, pour les femmes en difficultés déjà. » SF A

« Donc avant c'était ouvert à tout le monde, maintenant on nous demande de prioriser. Moi je trouve que ça va pas dans le bon sens parce que pour le coup, les familles ciblées entre guillemets, se disent "ben la PMI c'est que pour les pauvres". » Puer B

Certains professionnels ajoutent également que ce sentiment est augmenté par le fait que le soutien à la parentalité peut glisser quelquefois vers une attitude plus paternaliste et normative en ce qui concerne les conseils et l'accompagnement :

« *Alors cette dame, elle me disait aussi qu'elle avait eu des conseils plus ou moins donneurs de leçon. C'est peut-être l'institution, c'est peut-être l'individu. (...) C'est aussi toute la difficulté entre l'accompagnement et le donneur de leçon. » SF A*

« Il y a eu le cas extrême d'une patiente qui elle souhaitait arrêter, et on lui a dit "Ben, non, il faut continuer d'allaiter." Et cette patiente, elle voulait plus, c'était un non-choix cet allaitement.(...) Et la PMI qui est venue, cette fois tôt, lui a dit "Si, il faut, il faut." » SF C

« Alors, c'est sûr qu'on donne des conseils mais des fois on les amène de façon trop péremptoire aussi. Et donc, les parents ça peut aussi... ça peut les, ouais les gaver. Ou pas se sentir bien avec cette personne. » PL A

La liaison maternité-PMI

La puéricultrice est tenue au courant des naissances par la maternité où les femmes accouchent et par les avis de naissance. Or les professionnels évoquent aussi le fait que les femmes ne savent pas toujours que ces liens sont établis indépendamment d'elles. Dans ce cas, elles peuvent avoir le sentiment d'être surveillées à leur insu :

« Ben souvent si on leur a pas expliqué... "Comment ça l'hôpital vous a prévenu?" Enfin bon, voilà, c'est... ils aiment pas bien cette affaire je pense. » PL A

« Il y a des femmes qui disent "Ah ben tiens je ne le savais pas en préparation, on a oublié de nous dire qu'on était systématiquement signalé en PMI". Et il y en a qui le vivent moins bien, parce qu'elles se sentent trahies. » SF A

« Il y avait vraiment des gens qui étaient dans un stress pas possible, parce qu'ils avaient reçu ma proposition de visite à domicile, c'était un premier bébé. Et, le monsieur m'a dit "Mais on s'est renseigné, partout autour de nous, on nous a dit : "Comment ça se fait ?" (...) Ils se demandaient vraiment pourquoi je venais, comment j'avais eu l'information.» Puer C

« Avoir un coup de téléphone, en général c'est sur leur portable en plus, où elles se disent: "Mais comment elle a eu mon numéro, qu'est-ce qu'il se passe ?" » PL A

Le cumul de difficultés

Enfin, une puéricultrice évoquait le fait que certaines familles, en difficulté sur le plan social et économique, n'ont pas recours à la PMI, car ils ont d'autres urgences à traiter :

« Il y a des personnes je pense que c'est pas leur urgence, des gens qui sont peut-être plus dans la précarité, qui vont plus penser à qu'est ce qu'ils vont avoir à manger ou comment ils vont pouvoir se loger et... la santé de leur enfant, le bien-être de l'enfant... c'est... c'est un peu secondaire.» Puer A

La non-réception

On parle de non-recours par non-réception lorsque des personnes qui ont demandé, ou ont essayé de rencontrer la puéricultrice, n'ont pas eu recours.

Les professionnels qui travaillent avec les puéricultrices évoquent tous le fait que celles-ci sont difficiles à contacter. Sont évoquées notamment, la difficulté à trouver un numéro de téléphone professionnel, puis la difficulté à les joindre aux horaires qui conviennent, et enfin, à trouver les horaires d'ouverture de la PMI pendant lesquels les patientes peuvent venir consulter la puéricultrice.

« Après, il y en a certaines où elles ont essayé, mais il n'y avait pas beaucoup de permanence de pesée, les horaires ne leur convenaient pas forcément... Le manque de disponibilité, ça ça ressort quand même assez régulièrement. (...) Quand elles téléphonent... Et on voit bien nous quand on veut faire passer une liaison, on doit appeler d'abord le SLS (le service local de solidarité), on tombe sur une première secrétaire, qui va nous passer la secrétaire du service de PMI qui va nous passer la puéricultrice PMI. Ben une dame qui n'a pas forcement la motivation, je peux comprendre qu'elle raccroche.» PL B

« Et puis, rien que nous à notre niveau, surtout maintenant que les PMI ont été regroupées, quand on veut joindre la puer, c'est un peu le parcours du combattant. (...) les patientes, elles vont appeler 2 fois quoi, et puis la 3e fois, elles vont laisser tomber puis elles vont se débrouiller toutes seules. » Cadre

« D'abord, au jour d'aujourd'hui, il nous faudrait, il nous manque un annuaire téléphonique avec les coordonnées. Mais en libéral, faire un lien avec une puer, ça demande une disponibilité de temps dont on ne se rend pas compte. » SF A

« Puis ils sont très très peu joignables, nous les patientes ont notre numéro de portable. Elles nous appellent de 7h du matin à 10h du soir, le samedi et le dimanche, donc ça a rien à voir. » SF B

« Du coup j'avais pas la bonne personne, la secrétaire a laissé un message, j'ai jamais eu de retour. Donc pour moi, il y a peu de lien même entre nous libérale et la PMI. » SF C

Cependant des puéricultrices comme des sage-femmes évoquent un besoin de plus de communication :

« *Donc c'est tout un travail, qui a commencé au départ, grâce à la sage-femme qui nous a introduite, qui a appelé avec la maman. Donc ça c'est du travail intéressant. » Puer B*

« Mais il y a plein de situations où j'ai eu l'occasion d'appeler directement, ou que la puer m'ait appelé, et qu'on se soit mis en lien entre nous, c'est un délice. On sait que la femme est prise en charge, c'est du miel ça, c'est génial. » SF A

« C'est sûr que c'est encore à mailler cette affaire. Moi je pense qu'il faut travailler, peut-être pas en compétition mais plus en collaboration. » PL A

Il existe également des familles qui ne sont pas joignables. Il est difficile alors de déterminer s'il s'agit d'une erreur dans la retranscription des coordonnées ou d'un refus de la PMI par le biais de fausses coordonnées.

La non-proposition

Comme nous l'avons vu précédemment, dans l'analyse de la population cible, la PMI est ouverte à tous, mais se concentre néanmoins sur une population ciblée par des critères, et l'évaluation des professionnels du besoin d'accompagnement de la famille et de son niveau d'étayage. Si l'information est donnée à toutes les patientes à la maternité, la proposition concrète pour la famille d'une rencontre avec la puéricultrice n'est pas systématique, et dépend du fait que la famille rentre dans la population ciblée par la PMI de son secteur. Nous ajoutons donc cette catégorie de personnes qui connaissent l'existence du service, mais pour qui la rencontre avec la puéricultrice n'a pas été proposée.

L'analyse des entretiens révèle d'ailleurs que les outils pour déterminer la population cible ne sont pas infaillibles. En effet les critères ou l'observation par les professionnels en amont peuvent être source d'erreurs.

« Après c'est la limite des critères,(...) la primi qui a 35 ans qui paraît être bien entre guillemets sous tous rapport, et ben elle aurait bien besoin, mais on va pas lui proposer de façon systématique parce qu'elle, elle rentre pas dans les critères » Cadre

« Alors des fois, on n'a pas forcément su ou entendu ou vu à domicile que c'était une situation, délicate, douloureuse qui était antérieure. On ne le sait pas forcement à 100%. Le 100% n'existe pas dans ce genre de chose. » SF A

« Mais ça c'est plus difficile, parce que on ne s'en rend pas compte si on observe pas un peu finement ce qui se passe. Je pense qu'on peut vraiment passer à côté quoi. » PL A

« C'est notre ressenti au niveau de la mat, on appelle la puer en disant : « Ben là, faudrait quand même passer. » Passer, ou une mise à disposition qui peut être envoyée. Et puis, finalement, ça se passe super bien. Et puis finalement, nos inquiétudes elles n'ont plus lieu d'être... » Cadre

Ainsi la population finalement ciblée par la PMI n'est pas toujours celle qui serait le plus dans le besoin de son accompagnement.

Discussion

Les limites de l'étude

Cette étude qualitative comporte certaines limites. Tout d'abord, il existe un biais du fait que nous recueillons les hypothèses des professionnels de santé sur le non-recours des usagers. L'objectif étant de déterminer les types de non-recours à la puéricultrice PMI, les raisons de ce non-recours, il aurait été plus intéressant d'avoir directement le témoignage de patientes en situation de non-recours. Cependant une telle étude est difficile à mettre en œuvre. Au commencement de ce travail de recherche, le protocole prévoyait une étude quantitative centrée sur un centre PMI de Grenoble pour évaluer le taux de non-recours à la puéricultrice PMI. Le protocole prévoyait ensuite une étude qualitative par des entretiens semi-directifs auprès des patientes qui avaient refusé une visite. Seulement cette étude a du être arrêtée au vue du nombre de refus d'entretien par les patientes. En effet, les patientes qui refusent la PMI, refusent également de participer à l'étude.

Cet écueil a donc conduit à interroger les professionnels pour déterminer les types de non-recours à la PMI et connaître leurs hypothèses explicatives sur ce phénomène.

Si ce travail révèle quelques éléments d'explication sur le non-recours à la puéricultrice de PMI, le nombre d'entretiens est cependant insuffisant pour généraliser les conclusions de l'étude. De plus, l'étude est centrée sur la ville de Grenoble et ne peut être généralisée à d'autres territoires.

Nous n'avons pas pu illustrer le point de vue des professionnels par des données chiffrées sur le phénomène ; le non-recours à la puéricultrice de PMI étant difficile à quantifier. En effet, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) relève le nombre de visites à domicile et de consultations à la PMI par les puéricultrices en Isère. Mais ces chiffres ne peuvent être mis en rapport avec le nombre d'avis de naissances reçus, car ces visites ou consultations pouvant avoir lieu pour tout enfant entre 0 et 6 ans ne permettent pas de tirer de conclusions sur le non-recours à la visite du post-partum. De plus, les stratégies mises en œuvre pour atteindre le public sont différentes selon les secteurs. Certaines puéricultrices se concentrent plus sur les permanences au centre, quand d'autres font des visites

à domicile de façon presque systématique. Les stratégies de communication et d'orientation des patientes vers les différentes offres de soins varient également selon les maternités.

Analyse des résultats

Le soutien à la parentalité

La PMI, avec d'autres dispositifs comme les Réseaux d'Écoute d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP) et les lieux d'accueil sont chargés par les politiques publiques de soutenir les compétences parentales. On retrouve dans le témoignage des professionnels de cette étude le soutien à la parentalité comme l'un des objectifs premiers de la PMI dans le post-partum immédiat.

Il convient cependant de définir cette notion plus précisément. Selon l'avis rendu le 20 décembre 2012 par le Comité National de Soutien à la Parentalité (CNSP) [3], le soutien à la parentalité consiste à « réassurer les parents dans leur environnement familial et social, améliorer la communication entre les parents et les enfants, et renforcer la confiance des parents dans leurs compétences parentales ». Le CNSP précise : « La démarche est participative, il s'agit d'organiser des rencontres, de fournir des cadres (à la fois souples et structurants), permettant aux parents d'élaborer leurs points de repères éducatifs et enfin de soutenir des initiatives parentales. »

Dans une étude parue en 2011 dans les Dossiers d'études de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CAF)[4], AS Vozari interroge l'ambivalence du terme de soutien à la parentalité. Elle souligne que cette notion relève de deux conceptions distinctes, celle du soutien pour permettre l'émancipation, la valorisation des compétences parentales même lorsque les parents sont perçus comme « défaillants », et celle du soutien permettant un contrôle social, et une éventuelle répression. Les intervenants de la PMI, interrogés par A-S. Vozari, insistaient particulièrement sur leur volonté de prendre soin des familles, de se distancier de tout organe de répression, mettant en avant qu'il n'existait pas, selon eux de

[3]CNSP, 2012, Avis relatif à la définition du soutien à la parentalité, Ministère des Affaires sociales de la Santé et du Droits des femmes, p.3.

[4]VOZARI Anne-Sophie, 2011, Les ambivalences de l'intervention sociale en direction des familles. La protection maternelle et infantile, entre « protection de l'enfance » et « soutien à la parentalité ». Dossier d'étude CNAF n°136.

« bonne parentalité », et qu'ils refusaient tout modèle normatif. Pour autant, la limite entre ces deux conceptions du soutien à la parentalité reste sensible. En effet, pour soutenir les parents dans leurs parcours, il convient de mesurer les risques, pour évaluer les besoins et la meilleure façon d'y répondre ; les professionnels doivent donc sans juger, repérer les facteurs de risques et les vulnérabilités des parents.

On remarque dans notre étude que les professionnels, lorsqu'ils sont interrogés sur les objectifs de cette rencontre avec les parents dans le post-partum, mentionnent le soutien à la parentalité de façon unanime et que la manière dont est décliné cet objectif correspond effectivement à la définition du CNSP. Mais si les puéricultrices font la distinction entre leur travail de soutien et celui de la protection de l'enfance, on remarque cependant que, parmi les hypothèses explicatives du non-recours par non-demande, le fait que la PMI soit assimilée à la protection de l'enfance est très largement évoqué par les professionnels. On peut donc penser qu'il existe une confusion chez certains parents entre ces deux organes du Conseil Départemental. Sont mis en cause les expériences précédentes des parents avec la PMI, qu'ils ont vécues ou entendues par des proches. Les familles mentionnent quelquefois aux professionnels qu'une visite à domicile de la puéricultrice PMI s'est soldée plus tard par le placement des enfants. En effet, la loi du 5 mars 2007 [5] préconise, suite à une information préoccupante à l'aide sociale à l'enfance, une évaluation de la situation dans « le cadre de vie de l'enfant ». Les puéricultrices PMI sont donc sollicitées pour une visite à domicile lorsque l'aide sociale à l'enfance le juge nécessaire. Si ces cas sont rares, ils n'en sont pas moins marquants dans l'imaginaire collectif. On peut se demander si cela n'a pas eu pour conséquence de créer une confusion chez les familles, et de cantonner la PMI à cette image d'organe de surveillance et de répression.

Dans un avis[6] rapporté par Christiane Basset en octobre 2014, le Conseil Économique Social et Environnemental (CESE) estime que cette évolution a peut-être eu pour conséquence de ternir l'image de la PMI, et préconise "d'évaluer et réexaminer le rôle de la PMI dans la protection de l'enfance", notamment par une étude sur les conséquences de la loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance par l'IGAS.

[5]Code de la Santé Publique, Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, consolidée le 29 août 2015, JORF n°55 du 6 mars 2007, p.4215.

[6]CESE, 2014, Avis sur la protection maternelle et infantile, Les éditions des journaux officiels, p.23.

L'universalisme proportionné

Il existe différentes approches lorsqu'il s'agit de répartir les aides aux familles.

Tout d'abord, l'approche peut être universelle, au bénéfice de tous les parents. Dans une étude[7] de la British Columbia University, des chercheurs canadiens expliquent qu'une approche universelle comporte certains risques. Si en théorie l'aide est dédiée à tous, dans la pratique les enfants de statut socio-économique élevé ont tendance à bénéficier davantage des aides que ceux de statut socio-économique plus faible, car ces derniers rencontrent plus de difficultés d'accès aux services, difficultés qui peuvent être dues à des obstacles physiques, culturels ou sociaux.

D'autre part, une approche ciblée permet d'atteindre plus facilement les catégories les plus défavorisées mais comporte également des défis de taille. L'étude de la British Columbia University soulève qu'un grand nombre d'enfants vulnérables venant des classes moyennes ne pourront bénéficier des aides. Ensuite, cette approche n'élimine pas les obstacles qui réduisent l'accessibilité. Par conséquent, des obstacles, comme la stigmatisation associée à certains services, continueront d'affecter des familles.

La solution proposée pour éviter les écueils de ces deux méthodes est l'universalisme proportionné, défini par une approche universelle mais selon une échelle et une intensité proportionnelles au degré de défavorisation.

Dans le rapport[8] sur les inégalités sociales de santé dans l'enfance paru en mai 2011, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) estime qu'il n'est « pas souhaitable de renoncer au principe d'universalisme de l'action publique, quand il s'agit d'assurer des services devant bénéficier à tous les enfants, quel que soit leur milieu d'origine.» Cependant, il ajoute : « Cet universalisme doit pouvoir être proportionné en fonction des besoins différents des enfants et de leurs familles. [...] Pour avoir plus d'effets sur les inégalités sociales de santé et les réduire, il conviendrait de davantage cibler les stratégies d'action en faveur du soutien parental. La mission propose trois types de ciblage, en orientant les actions conduites le plus tôt possible, dès la grossesse, en direction des populations les plus défavorisées, des territoires où les populations sont confrontées à un cumul de difficultés, des dispositifs accueillant des familles plus particulièrement en difficulté. »

[7] Human Early Learning Partnership, 2010, Synthèse « Universalisme promotionnée ».

[8] IGAS, 2011, Rapport « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance », p.7.

On remarque dans cette étude, lorsque les professionnels sont interrogés sur la population cible de la PMI, que leur démarche vise cet universalisme proportionné. Le témoignage des professionnels montrent qu'en effet la PMI doit pouvoir être accessible à tous, comme en témoigne l'information sur la PMI délivrée à toutes les familles en maternité. Toutefois, la population est ciblée au travers de l'évaluation des besoins de la famille par les professionnels en amont, puis par l'évaluation du niveau d'étayage de la famille. Le service est donc accessible à tous, mais une évaluation des vulnérabilités de chaque famille permet de cibler plus particulièrement les familles qui auront des besoins plus importants d'accompagnement par la PMI.

L'analyse des entretiens révèle également que la population cible a, dans certains secteurs, été restreinte à partir de critères plus stricts, mais implicites, suite à des contraintes de temps.

On note aussi qu'une des hypothèses explicatives concernant le non-recours à la PMI est le fait que la PMI soit assimilée à une médecine pour pauvres. Sont déclinées dans les témoignages, deux hypothèses explicatives de non-recours dues à cette image péjorative. Certaines personnes penseraient que le service ne leur est pas destiné, se jugeant d'un niveau socio-économique trop élevé ; d'autres refuseraient d'y accéder, jugeant le recours à ce service dégradant ou stigmatisant.

On peut se demander si ce recentrage sur les populations les plus en difficultés n'a pas eu pour conséquence de stigmatiser les bénéficiaires de la PMI.

Répartition de l'offre de soin

Enfin, l'hypothèse explicative du non-recours la plus largement évoquée par les professionnels est le recours à la sage-femme libérale dans le post-partum.

Les puéricultrices ajoutent que la présence de la sage-femme libérale témoigne de l'étayage dont bénéficie la famille. Et lorsque les restrictions en terme de temps ne permettent plus aux puéricultrices de voir toutes les familles, elles vont donc avoir tendance à ne pas proposer ou moins insister pour rencontrer les familles qui semblent avoir le moins de difficultés ou le plus de capacités et de ressources pour faire face le cas échéant.

La question se pose alors, pour améliorer l'efficacité du service, de répartir les familles entre les sages-femmes libérales et les puéricultrices PMI, selon des critères de vulnérabilité. De la même manière que le suivi de grossesse est orienté vers une sage-femme ou un obstétricien en fonction du niveau de risque que représente la grossesse, on pourrait imaginer

une orientation privilégiée vers les puéricultrices PMI pour les familles confrontées à un cumul de difficultés, tandis que les autres familles seraient suivies par la médecine de ville.

Ce système soulèverait cependant des questions. Il est vrai que grâce à la Couverture Maladie Universelle (CMU), beaucoup de familles accèdent aujourd'hui à la médecine de ville. La démographie des sages-femmes libérales étant en augmentation sur Grenoble ces dernières années, les patientes suivies par une sage-femme libérale dans le post-partum représentent une large partie de la population grenobloise. Orienter le parcours de soin entre sage-femme libérale et puéricultrice PMI en fonction de critères de vulnérabilité pourrait remettre en cause le côté universaliste de la PMI, et on peut y voir un risque de stigmatisation de la population orientée vers la PMI.

Les patientes qui sont suivies par une sage-femme libérale dans le post-partum ont le plus souvent été suivies par cette même sage-femme pendant la grossesse. Les sages-femmes libérales témoignent en effet dans cette étude que le fait de suivre les patientes durant la grossesse permet d'instaurer un lien de confiance, qui pousse les patientes à contacter d'elles-même leurs sages-femmes au retour à domicile.

De plus, les sages-femmes sont plus disponibles que les puéricultrices immédiatement après le retour à domicile de la patiente. Celles-ci travaillent effectivement les week-ends et peuvent finir tard le soir, ce qui permet aux patientes de les joindre sur leurs téléphones portables quand elles le souhaitent.

Sachant que les puéricultrices sont tenues au courant des naissances par les fiches de liaison envoyées par la maternité et par les avis de naissance, leur réactivité pour se manifester auprès des patientes est contrainte par le délai de réception de ces fiches. Il arrive cependant que les puéricultrices reçoivent des transmissions orales de la part de la maternité, lorsque les professionnels jugent nécessaire que la patiente soit vue plus tôt.

Si l'accompagnement de la PMI commence par une rencontre dans les premiers mois de vie de l'enfant, celle-ci est conçue comme une manière d'instaurer un lien pour un suivi à long terme jusqu'aux 6 ans de l'enfant.

Se pose alors la question d'une répartition de la période du post-partum entre la médecine de ville et la PMI. On pourrait imaginer un suivi durant le premier mois par la sage-femme libérale, pour qu'ensuite le relais soit fait pour un suivi à plus long terme avec la PMI.

Trois puéricultrices interrogées évoquent le fait qu'elles aient déjà adopté cette stratégie, en attendant que la sage-femme libérale ait fini le suivi pour proposer une visite à domicile en relais.

Cependant, elles indiquent les obstacles, notamment le fait qu'après le premier mois, il était plus difficile de rentrer en contact avec les familles. D'abord parce que les parents sont moins en attente de conseils après cette période, et que la plupart de leurs questions ont été résolues par la sage-femme libérale. Les familles verraient moins l'intérêt de cette rencontre après le premier mois de vie de l'enfant. Deux des puéricultrices ont également évoqué le fait que le premier mois de vie de l'enfant est une période de remaniement psychique et familial au cours de laquelle les patientes s'épanchent plus facilement ; ce qui permet de construire un lien de confiance plus facilement avec les professionnels qui interviennent. Ainsi, elles estiment plus difficile l'instauration de ce lien après cette période.

Le dernier frein est évoqué dans les témoignages des puéricultrices comme des sages-femmes. Il s'agit de la difficulté pour ces professionnels à se mettre en contact. Certains évoquent le fait que lorsqu'ils ont pu travailler ensemble, en faisant des transmissions orales voire en procédant en commun à une visite à domicile pour se passer le relais, cela avait été très bénéfique pour le suivi des familles.

Conclusion

Dans le contexte économique actuel, où les dépenses de santé doivent être de plus en plus limitées, la PMI est, comme nombre d'organismes publics, soumise aux contraintes des restrictions budgétaires. L'analyse des entretiens a révélé que la population cible de la PMI s'est recentrée ces dernières années autour d'un public plus restreint par manque de moyens.

L'accès à la CMU, l'augmentation des sorties précoces de la maternité et l'augmentation de la démographie des sage-femmes libérales dans l'agglomération grenobloise, amènent de plus en plus de familles à bénéficier d'un accompagnement dans le post-partum par une sage-femme libérale.

Le paysage de l'offre de soin dans le post-partum est donc en évolution, les services de PMI soumis à des contraintes de temps, cherchent à prioriser leurs actions pour les familles qui en ont le plus besoin, tandis que les sage-femmes libérales, plus disponibles, permettent d'offrir un suivi à une plus large partie de la population.

Mais si les sage-femmes libérales permettent de pallier à certains manques de la PMI, la question se pose alors de savoir comment répartir la patientèle ? La décision est laissée aux professionnels de terrain, car si les familles ont la liberté de choisir le praticien qui les accompagne, nous savons que le parcours de soin dans le post-partum est largement orienté par les professionnels qui suivent la patiente en amont. Ceux-ci ont donc un rôle primordial dans cette décision. Cependant, il n'existe pas de politique commune à tous les professionnels, ni même de coordination locale, et les stratégies de répartition de la patientèle sont différentes d'un professionnel à l'autre.

Nous dégageons deux grandes stratégies de répartition. La première consiste en une répartition selon le degré de difficultés rencontrées par les familles. Les puéricultrices PMI assurent le suivi des familles confrontées à un cumul de difficultés sociales, économiques ou psychologiques, tandis que les sage-femmes libérales assurent le suivi du reste des familles. La deuxième consiste en une répartition dans le temps. En effet, les sage-femmes libérales sont disponibles plus rapidement à domicile. Tandis que les puéricultrices PMI sont moins disponibles les premiers jours, mais elles peuvent proposer un accompagnement de l'enfant jusqu'aux 6 ans. On peut donc imaginer un accompagnement par la sage-femme libérale les premières semaines pour ensuite faire un relais avec un suivi en PMI.

Il serait intéressant d'analyser ces stratégies de prise en charge, et d'évaluer leurs points forts et leurs faiblesses. La répartition dans le temps peut entraîner une segmentation du suivi en post-partum, et semble être un facteur de risque de non-recours à la PMI si le relais ne se fait pas. Tandis que la répartition selon le degré de difficulté peut restreindre de plus en plus la population cible de la PMI vers les populations les plus précaires, au risque d'augmenter le sentiment de stigmatisation de ses usagers.

Cependant, quelle que soit la stratégie adoptée, celle-ci demande une collaboration entre la maternité, la sage-femme et la puéricultrice PMI. Notre étude montre en particulier que la communication entre les différents acteurs demande à être facilitée. Sur ce plan aussi, les professionnels font preuve d'imagination et d'initiative. L'une des sages-femmes interrogées propose par exemple un annuaire téléphonique professionnel des puéricultrices PMI à disposition des sages-femmes libérales ; cet outil simple à mettre en place permettrait des échanges d'informations plus rapidement et plus systématiquement.

Références bibliographiques

[1] JEAMMET Pierre, 2010, « Prévention et soutien à la parentalité », Rapport de l'atelier n°3 des états généraux de l'enfance, Ministère des Affaires sociales de la Santé et du Droit des Femmes, p.10.

URL: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_ATELIER_3_V13.pdf
(consulté le 09/08/2015)

[2] BRUN Nicolas, 2010, « Regards de femmes sur leur maternité », Enquête Périnatalité UNAF, p.60.

URL: www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf
(consulté le 09/08/2015)

[3] CNSP, 2012, Avis relatif à la définition du soutien à la parentalité, Ministère des Affaires sociales de la Santé et du Droits des femmes, p.3.

URL: www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avis_soutien_parentalite_.pdf
(consulté le 09/08/2015)

[4] VOZARI Anne-Sophie, 2011, Les ambivalences de l'intervention sociale en direction des familles. La protection maternelle et infantile, entre « protection de l'enfance » et « soutien à la parentalité ». Dossier d'étude CNAF n°136.

[5] Code de la Santé Publique, Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, consolidée le 29 août 2015, JORF n°55 du 6 mars 2007, p.4215.

URL: http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100
(consulté le 09/082015)

[6] CESE, 2014, Avis sur la protection maternelle et infantile, Les éditions des journaux officiels, p.23.

URL: www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2014/2014_21_pmi.pdf
(consulté le 09/08/2015)

[7] Human Early Learning Partnership, 2010, Synthèse « Universalisme promotionnée ».

URL: http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_fr_4pgs_-_29apr2013.pdf
(consulté le 09/08/2015)

[8] IGAS, 2011, Rapport « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance », p.7.

URL: www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf
(consulté le 09/08/2015)

Bibliographie

Agence régionale de santé Rhône Alpes, 2012, *Projet Régional de Santé Rhône Alpes 2012-2017*.
URL: http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/prs_maj_072013/20131001_Synthese_PRS.pdf (consulté le 10/08/2015).

DANET Sandrine, HAURY Brigitte, 2011, *Inégalités sociales de santé. L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique* (Rapport), Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

FORICHON Emmanuel, 2005, « Santé et précarité(s) : comment surmonter la socioparésie de la santé publique ? », *Empan,* n°60, Paris : Éditions Érès.

JOURDAIN-MENNINGER Danièle, ROUSSILLE Bernadette, VIENNE Patricia, LANNELONGUE Christophe, 2006, *Étude sur la protection maternelle et infantile en France*, Rapport de l'IGAS n° RM2006 – 163P, Tome I/III.

Ministère des Affaires sociales de la Santé et du Droit des femmes, 2008, *La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation,* Les guides pratiques relatifs à la protection de l'enfance.
URL: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Cellule_depart_3_BAT-3.pdf

(consulté le 09/08/2015)

Organisation Mondiale de la Santé, 2014, *Aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé*, Bibliothèque de l'OMS.
URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128047/1/9789242505535_fre.pdf
(consulté le 29/08/15).

REVIL Hélèna, 2006, « Le non-recours à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire des allocataires du RMI : Mesure et analyse », Grenoble : *Odenore,* Étude n°5.

SUESSER Pierre et al., 2012, *Quelle PMI pour demain ? Dans le nouveau paysage de la santé et des collectivités locales* (recueil), *1001 bb*, n°126, Paris : Éditions Érès.

VIAL Benjamin, 2010, « Mesurer le non-recours : problème politique et question scientifique », Grenoble : *Odenore,* Étude n°15.

WARIN Philippe, 2010, « Le non-recours : définition et typologies », Grenoble : *Odenore,* Document de travail n°1.

Annexe 1
Grille d'entretien

Thème A : Contexte

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre travail ?

Thème B : Les missions de la puéricultrice PMI

Selon vous, quelles sont les missions de la puéricultrice PMI dans le retour-à-domicile ?

Selon vous, quelle est la population cible de la PMI ?

Thème C : le non-recours

Le non-recours est-il un phénomène auquel vous êtes confronté ? Souvent ?

Quel type ? Non-demande, ou refus ?

Y a t-il selon vous, un profil type ou des situations types où les ménages seraient plus susceptibles de ne pas avoir recours à la PMI?

Quelles vos hypothèses sur le non-recours ?

Pourquoi ? Sur quelles observations vous basez-vous ?

Quelles sont selon vous les pistes d'amélioration de la PMI ?

Summary

The PMI is a public service made to support parents and to provide a local health center where they can provide follow-up care for their children. Every family has the opportunity to meet a nurse from the PMI during their child's first months, at home, or at the PMI center.

This study focuses on the non-take up of these meetings. The objectives are to determine the type of non-take up it is and what could be the possible reasons for it.

Data was collected from semi-structured interviews with health professionnals who assist parents in Grenoble, in between June 2014 and May 2015 : Three midwives, a maternity manager, three PMI nurses, and two link nurses (hospital/PMI) were interviewed for this study. The interview guide was composed of three questions: What are the objectives of this meeting with the PMI nurse? Which population is targeted by the PMI ? What are your hypotheses for the reasons of the non-take up ?

The results showed that the objectives of these meetings were very broad and global for the final aim which is support for parenting. The first meeting typically allows the family to get to know the nurse so that the follow-up care is easier. The study reveals also that the PMI nurses seem to have recently reduced their target population due to a lack of resources. Four types of non-take up were stated : lack of awareness, the decision not to claim, non reception, non proposition. Five main hypotheses were shown for these non-take ups : the liberal midwife care, the lack of information, the lack of accessibility, the PMI's image, assimilated as child welfare agencies or as a care for poor.

To conclude, the PMI's refocusing on those who are the most in need, and the increase of liberal midwives in Grenoble, have transformed the scheme of the care offer for parents. However, this evolution involves a risk of stigmatization of the targeted population and of endangering the principle of proportionate universalism of PMI.

Key words : Mother and child protection center, Non take up, Proportionate universalism, Support for parenting.

RÉSUMÉ

La PMI offre la possibilité à toutes les familles de rencontrer la puéricultrice PMI dans les premiers mois de vie de l'enfant, à domicile ou au centre de PMI.
L'objectif de cette étude est de déterminer à quels types de non-recours la puéricultrice PMI est confrontée, et de dégager les raisons de ce non-recours.

Il s'agit d'une étude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs, descriptive, centrée sur la ville de Grenoble entre juin 2014 et mai 2015. Les personnes interrogées sont des professionnels de santé qui jalonnent le parcours de soin des familles, et qui travaillaient dans la ville de Grenoble : trois sages-femmes libérales, une cadre de service en maternité, trois puéricultrices de PMI, et deux puéricultrices de liaison hôpital/PMI.
Le guide d'entretien se déclinait en trois questions: Quels sont les objectifs de cette rencontre avec la puéricultrice PMI ? Quelle est la population ciblée par la puéricultrice PMI ? Et enfin quels sont les hypothèses explicatives des professionnels sur le non-recours des usagers ?

L'analyse des entretiens montre que les objectifs de cette rencontre sont à la fois sanitaires, psychiques et sociaux, une prise en charge globale qui permet le soutien à la parentalité. La première rencontre permet de faire connaissance pour permettre un suivi éventuel sur le long terme. L'étude révèle également que les puéricultrices de PMI ont du cibler leurs offres vers une population plus restreinte par manque de moyens. L'étude décline 4 types de non-recours : la non-connaissance, la non-demande, la non-réception, et la non-proposition, et révèle 5 principales hypothèses explicatives sur ce non-recours : le recours à la sage-femme libérale, le manque d'information, le manque d'accessibilité, le fait que la PMI soit assimilée à l'ASE ou à une médecine pour pauvre.

En conclusion, le recentrage de la population cible de la PMI et l'augmentation des sages-femmes libérales dans la ville de Grenoble a modifié la répartition de l'offre de soin dans le post-partum. Ces évolutions comportent cependant un risque de stigmatisation de la population ciblée, et met en péril le principe d'universalisme proportionné de la PMI.

MOTS CLÉS : Protection maternelle et infantile, Non-recours, Universalisme proportionné, Soutien à la parentalité.