Les liaisons post-natales maternité/PMI : étude épidémiologique descriptive d'un dispositif de soutien à la parentalité mis en place dans la ville de Marseille par le Conseil départementale des Bouches-du-Rhône

Karine Buonalana

▶ **To cite this version:**

Karine Buonalana. Les liaisons post-natales maternité/PMI : étude épidémiologique descriptive d'un dispositif de soutien à la parentalité mis en place dans la ville de Marseille par le Conseil départementale des Bouches-du-Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02089259

HAL Id: dumas-02089259

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02089259

Submitted on 3 Apr 2019

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.

Les liaisons post-natales maternité/PMI :
Étude épidémiologique descriptive d'un dispositif de soutien à la parentalité mis en place dans la ville de Marseille par le Conseil départemental des Bouches-du-Rhône

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 26 Octobre 2018

Par Madame Karine BUONALANA épouse IMBERT

Née le 1er août 1990 à Marseille 08ème (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BRETELLE Florence	**Président**
Monsieur le Professeur SAMBUC Roland	**Assesseur**
Monsieur le Docteur BERNARD Olivier	**Directeur**
Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan	**Assesseur**

Les liaisons post-natales maternité/PMI :
Étude épidémiologique descriptive d'un dispositif de soutien à la parentalité mis en place dans la ville de Marseille par le Conseil départemental des Bouches-du-Rhône

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 26 Octobre 2018

Par Madame Karine BUONALANA épouse IMBERT

Née le 1er août 1990 à Marseille 08ème (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BRETELLE Florence	**Président**
Monsieur le Professeur SAMBUC Roland	**Assesseur**
Monsieur le Docteur BERNARD Olivier	**Directeur**
Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan	**Assesseur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :
* aux Etudes : Jean-Michel VITON
* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :
* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
* DU-DIU : Véronique VITTON
* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
* Relations Internationales : Philippe PAROLA
* Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :
* Communication : Laetitia DELOUIS
* Examens : Caroline MOUTTET
* Logistique : Joëlle FRAVEGA
* Maintenance : Philippe KOCK
* Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 18/07/2017

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy

CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
FARNARIER Georges
FAVRE Roger
FIECHI Marius

MM FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs — DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs — MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs — O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs — P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs — C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président — F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs — A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs — H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur — W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs — S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs — E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur — P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs — R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur — P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs — J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs — J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs — H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs — G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs — D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs — C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs — O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs — J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs — D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs — P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs — M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur — T. MARRIE (Canada)
Sir — G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur — M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur — L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur — A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur — S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain Surnombre
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRILLO Jean-Marie Surnombre
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
MATONTI Frédéric
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE *A TEMPS PARTIEL*

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (disponibilité)
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VALLI Marc
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

'CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Florence BRETELLE,

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury.
Pour avoir été de ces personnes que j'ai admirées pendant mes études et qui m'ont fait m'intéresser à la gynécologie.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Roland SAMBUC,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Olivier BERNARD,

Pour avoir accepté de diriger cette thèse.
Merci pour votre disponibilité, votre aide et votre soutien pendant toute la durée de ce travail.
Au plaisir de pouvoir travailler un jour à vos côtés.

A Monsieur le Docteur Gaëtan GENTILE,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A l'équipe de la PMI des Flamants,

Merci pour tout ce que vous m'avez appris pendant ces six mois passés à vos côtés.

A Madame le Docteur Florence THERON, merci pour votre aide et pour m'avoir laissée monopoliser votre bureau à de nombreuses reprises pour éplucher les liaisons.

A Madame le Docteur Colette MOROSOFF, merci pour tes précieux conseils et ta bonne humeur.

Aux puéricultrices et sages-femmes qui travaillent sur les liaisons sans qui cette étude n'aurait pas été possible.

A Monsieur Jean-Roland COLLEAUX,
Pour votre aide précieuse en informatique et en statistiques.

A mes parents,

Pour m'avoir permise d'accéder au métier dont j'ai toujours rêvé.
Pour m'avoir soutenu depuis toujours sans jamais me pousser.
Pour m'avoir aidé financièrement toutes ces années.
Si j'en suis là, c'est grâce à vous.
Merci est un faible mot pour tout ce que vous avez fait pour moi. J'espère pouvoir maintenant vous rendre un peu de ce que j'ai reçu et prendre soin de vous comme vous le méritez.
Je vous aime.

A mon mari Fabien,

Mon amour, mon pilier… Je crois que je n'ai pas les mots pour exprimer tout ce que je ressens pour toi.
Merci d'avoir toujours été là, dans les bons comme dans les mauvais moments, pendant toutes ces années. Je ne sais pas si j'aurais tenu sans toi.
Maintenant je crois qu'il est temps de se consacrer à d'autres projets… ;-)
Je t'aime.

A ma sœur Estelle,

Pour avoir toujours veiller sur moi comme une grande sœur sait le faire.
Pour avoir toujours su trouver les mots pour me remonter le moral quand ça n'allait pas.
Pour ton aide précieuse et toutes les heures que tu as passé à relire, corriger et mettre en page cette thèse.

A mes grands-parents,

Sachez que je suis fière de mes origines et que si j'en suis là c'est aussi grâce à vous.

A mes oncles et tantes,

Pour leur soutien sans faille.

A mes cousins et cousines,

En particulier à Marine, Bruno, Patrice, Théo, Cynthia et Jessica.
Parce que vous n'êtes pas des cousins comme les autres.
Merci d'être toujours là pour moi!

A ma belle-famille,

En particulier mes beaux-parents qui me soutiennent depuis mon adolescence dans tout ce que je fais. Merci pour tout.

A mes amis,

Charlotte, Romain, Gaël, Delphine, Baba, Audrey, Carine et Marion.
Parce que vous avez toujours été là pour moi,
Parce que jamais vous ne m'avez laissée tomber alors que je n'ai pas toujours été disponible pour vous à cause de mes études.
Parce que vous trouvez toujours de quoi me faire décompresser quand je sature ! ☺
Je vous kiffe !

A Maë et Emilie,

Vous êtes et vous resterez mes plus belles rencontres en médecine.
Parce qu'aujourd'hui je vous compte parmi mes amies les plus proches.
Pour tous les moments de rires, de joie, de tristesse, mais aussi d'angoisse qu'on a vécus ensemble pendant nos études.

A mes co-internes,

En particulier Eva et Célia. Parce que votre bonne humeur faisait que les journées devenaient beaucoup plus supportables aux urgences !

A tous les médecins, infirmières, aides-soignantes, kinés et j'en passe, que j'ai croisés pendant mon internat,

De l'équipe d'oncologie médicale de la Timone,
De l'équipe du centre de rééducation fonctionnelle Paul Cézanne,
De l'équipe des urgences/SMUR d'Aubagne,
De l'équipe de la Clinique La Provençale,

Vous m'avez tant appris. Je ne garderai que des bons souvenirs de mon internat et c'est grâce à vous tous.
Merci pour tout.

SOMMAIRE

I. INTRODUTION **p.1**

1. PÉRINATALITÉ
1.1. Définition
1.2. Loi du 5 mars 2007
1.3. Recommandations de la Haute Autorité de Santé en périnatalité p.2
1.4. Place du médecin généraliste p.3

2 INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ **p.4**
2.1. Inégalités sociales de santé en périnatalité
2.2. De la santé de l'enfant à celle de l'adulte p.5
2.3. Renforcement des compétences psycho-sociales p.6
2.4. Données sociodémographiques p.7
2.4.1. Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
2.4.2. Département des Bouches-du-Rhône
2.4.3. Ville de Marseille et 14eme arrondissement p.8

3 LES LIAISONS POST-NATALES MATERNITÉ-PMI **p.10**
3.1. Présentation de la PMI
3.1.1. Définition
3.1.2. Historique
3.1.3. Organisation p.11
3.1.4. Missions et objectifs en protection maternelle
3.1.5. Missions et objectifs en protection infantile p.12
3.2. Description du dispositif des liaisons maternité-PMI
3.2.1. Définition et objectifs
3.2.2. Contenu de la liaison p.13
3.2.3. Transfert des informations
3.2.4. Différences entre liaisons, informations préoccupantes et signalements P.14
3.2.5. Cas particuliers des liaisons urgentes
3.2.6. Les acteurs du dispositif et leur organisation
3.2.6.1. Les maternités
3.2.6.2. Les antennes PMI hospitalières p.15
3.2.6.3. Les maisons départementales de la solidarité
3.2.6.4. Les technicien(ne)s de l'intervention sociale et familiale p.16
3.2.7. Evolution du nombre de liaisons p.17
3.2.7.1. Tendance globale 2005-2017
3.2.7.2. Évolution par service d'origine 2011-2017
3.2.7.3. Liaisons 2017 par pôle de résidence p.18

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE **p.20**

III. RÉSULTATS **p.22**

1. Origines des liaisons
2. Informations des parents et modalités du 1er contact par la PMI de secteur p.23
3. Caractéristiques maternelles : âge, parité, lieu d'accouchement
4. Motifs de recours à la liaison p.25
5. Actions de la PMI dans le 1er mois de vie de l'enfant p.26

5.1. Actions selon le motif de la liaison p.27

5.2. Actions selon la parité p.28

6. Délais d'action p.29
7. Suivi médical ultérieur p.30

IV. DISCUSSION **p.31**

1. Résultats principaux et interprétation
2. Forces et faiblesses de l'étude p.34
3. Hypothèses d'optimisation p.35

V. CONCLUSION **p.37**

BIBLIOGRAPHIE **p.38**

ANNEXE 1 **p.41**

ANNEXE 2 **p.42**

ABRÉVIATIONS **p.43**

SERMENT D'HIPPOCRATE

I. INTRODUCTION

1. PÉRINATALITÉ

1.1. Définitions

La *périnatalité* se définit comme l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception, jusqu'aux premiers mois de vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. L'enjeu : faire en sorte que la grossesse et l'accouchement se déroulent dans les meilleures conditions possibles, mais aussi prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la mère après la naissance.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la période périnatale a été définie comme la période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse et le septième jour de vie de l'enfant. Actuellement, le terme « périnatalité » couvre une période plus large et concerne tous les évènements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale.[1]

La *parentalité* désigne de façon très large la fonction « d'être parent ». Dans cette expression, le terme « parent » désigne non seulement les géniteurs biologiques, mais de façon plus large tout adulte ayant la responsabilité d'élever un enfant (une famille d'accueil, un beau-père, une famille adoptante, un oncle ayant la charge d'un enfant). Ce concept permet d'agréger des pratiques multiples et très différentes en incluant tout un ensemble de dimensions associées telles que la responsabilité sociale et juridique, les relations affectives, le fonctionnement psychique et les pratiques éducatives. [2]

1.2. Loi du 5 mars 2007

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007[3] est une loi réformant la protection de l'enfance. Elle définit des axes principaux d'intervention dont le premier est la prévention périnatale. Ses autres objectifs sont d'améliorer le dispositif d'alerte et de signalement et de diversifier les modes d'intervention auprès des enfants et de leur famille.[4]

Cette loi renforce notamment les actions du service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) français prévoyant notamment, dans le cadre de la périnatalité, une mise en contact à la maternité des professionnels de PMI avec les parents.

Plus précisément, dans le cadre de la période périnatale, cette loi rend obligatoire l'entretien psychosocial au cours du quatrième mois de grossesse. Elle prévoit également des actions d'accompagnement à domicile de la femme enceinte, des actions médico-sociales et de suivi en période post-natale, qui sont assurées en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents, à la maternité et à leur domicile. L'objectif est de détecter les situations de détresse et d'apporter l'aide nécessaire aux parents, le plus précocement possible.[4]

Cette loi est donc l'un des fondements du dispositif des liaisons maternité-PMI que l'on étudiera ci-dessous.

1.3. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en périnatalité

En mars 2014, la HAS a publié des recommandations de bonne pratique sur la « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » :

Pour les couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social, la durée standard de séjour à la maternité est de 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse et de 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne. Si le délai est inférieur, on parle de « sortie précoce ». [5]

Le nouveau-né doit bénéficier de 2 examens à la maternité : un examen dans les 2 heures suivant sa naissance (par une sage-femme ou un pédiatre) et un examen avant la sortie de la maternité (par un pédiatre impérativement) mais après un minimum de 48 heures de vie.

Il est recommandé qu'un nouvel examen soit réalisé entre le 6ème et le 10ème jour postnatal, de préférence par un pédiatre ou par un médecin généraliste. Enfin, au cours de la deuxième semaine de vie, l'examen du nouveau-né peut être complété par la visite du professionnel référent du suivi (sage-femme libérale ou de PMI, puéricultrice). [5]

A la maternité, les critères de surveillance de la mère sont notamment les risques infectieux, hémorragiques, obstétricaux, thromboemboliques, psychiques. Ceux de l'enfant sont les risques infectieux, de déshydratation ou dénutrition, le dépistage des cardiopathies, l'ictère, le comportement et la supplémentation en vitamine D et K (si allaitement).

Le principal objectif est de prévenir l'apparition de complications néonatales et maternelles du post-partum et diminuer le risque de situations évitables graves. [5]

Ces recommandations mettent également l'accent sur le fait qu'il est nécessaire d'assurer une

continuité des soins en s'appuyant sur les ressources locales des familles et en travaillant en réseaux.

1.4. Place du médecin généraliste

La loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) de 2010 a donné une place prépondérante au médecin généraliste qui est devenu le « coordonnateur » du parcours de soins du patient. Le médecin traitant a donc pour rôle de travailler en réseau avec les médecins spécialistes dans toutes les périodes de la vie du patient, de sa naissance jusqu'à son décès. De plus son rôle de « médecin de famille » lui permet d'avoir un rapport privilégié, de confiance, avec son patient puisqu'il le connait dans sa globalité et son environnement (familial, social, professionnel).

Comme nous allons le voir ci-après les liaisons correspondent à un dispositif médical de proximité qui est finalement parallèle à la médecine générale, peut-être mal connu des médecins généralistes, n'y ayant pas de rôle. Pourtant, ces derniers pourraient s'appuyer sur celui-ci lorsqu'ils rencontrent une famille en difficulté.

2. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Dans le domaine de la périnatalité, les dernières données statistiques européennes de l'étude Euro Peristat de 2013 classe la France dans une position intermédiaire sur plusieurs critères : 14ème rang européen du taux de mortalité néonatale avec 2,3 pour 1000 naissances, taux de mortinatalité de 3,5 pour 1000 naissances (hors IMG), 10ème rang du taux de prématurité avec 6,6%, 7ème rang européen du taux de césarienne avec 21%.
Par ailleurs, la France connait une crise économique depuis 2008 et est devenue un pays où la pauvreté, et en particulier celle des enfants, est de plus en plus préoccupante. Dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), la France se classe 30ème/41 du taux de pauvreté des enfants avec 18,6% en 2010 et selon les données de l'UNICEF de 2015, 3 millions d'enfants y vivraient sous le seuil de pauvreté.[6] Or, il est connu que la condition sociale impacte sur la santé des individus, par conséquent, aux inégalités socio-économiques s'ajoutent les inégalités sociales de santé.

Qu'il s'agisse de l'état général de santé déclaré, de la mortalité, de la mortalité prématurée, de l'espérance de vie, de la morbidité déclarée, il existe un gradient selon la catégorie socio-professionnelle ou le niveau d'étude. [7] [8]
Par exemple, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2013, l'écart d'espérance de vie à 35 ans était de +6 ans pour les cadres par rapport aux ouvriers et l'écart d'espérance de vie à 35 ans sans incapacité était de +10 ans toujours en faveur des cadres. Quant aux enfants, 7% des enfants de cadres sont en surpoids et 1% sont obèses contre respectivement 16% et 6% des enfants d'ouvriers. [9]

2.1. Inégalités sociales de santé en périnatalité

Si les inégalités sociales en terme d'espérance de vie sont moindres chez la femme que chez l'homme, en revanche, pendant la grossesse, la santé maternelle et périnatale est, elle aussi, traversée par ce gradient social.[10] Or, la corrélation entre inégalités sociales et risques périnataux n'est plus à prouver en particulier en ce qui concerne le risque d'anomalies congénitales, de prématurité, de petits poids de naissance ou les examens non réalisés pendant la grossesse pour des raisons financières. [11]

Une étude récente menée au Canada a montré que les nouveau-nés de petite taille pour l'âge gestationnel ont été associés au niveau de scolarité de la mère ainsi qu'à la suffisance de ses revenus, tandis que les naissances prématurées ont été uniquement associées au niveau de scolarité de la mère. Les mécanismes qui sous-tendent ces associations entre disparités socio-économiques et santé périnatale sont complexes mais ces résultats montrent que certains facteurs socio-économiques pourraient être déterminants [12].

Une équipe marseillaise s'est également intéressée à ce sujet récemment. Elle a étudié l'impact des inégalités sociales dans le risque de ré-hospitalisation au cours de la première année après une sortie du service de néonatologie chez des enfants prématurés. Les résultats ont notamment montré que le fait de vivre dans un quartier dit « défavorisé » était significativement associé au risque global de ré-hospitalisation ainsi qu'au risque de multiples ré-hospitalisations. Par ailleurs, dans cette étude, un bas niveau socio-économique était significativement associé à toutes les causes de ré-hospitalisation (problèmes respiratoires, digestifs, infections).[13]

2.2. De la santé de l'enfant à celle de l'adulte

Dans les années 1990, il avait déjà été démontré qu'un retard de croissance intra-utérin était corrélé à une augmentation du risque de développer une maladie cardio-vasculaire et métabolique à l'âge adulte. Depuis, de nombreux travaux ont montré le rôle de l'environnement notamment psycho-social sur l'état de santé futur de l'enfant. [6]

Certains auteurs dont Heertzman, ont parlé de « processus d'incorporation biologique ». Cette notion signifierait que l'expérience sociale et humaine biographique influence le développement biologique [14,15]. L'une des explications apportées pourrait être le fait que le cerveau de l'enfant est doté d'une plasticité qui lui permettrait de modifier son architecture en fonction des évènements qu'il vit. Par contre, les données épidémiologiques et biologiques n'indiquent aucune prédiction individuelle ni déterminisme personnel.[6] On peut donc penser qu'il est possible d'agir en termes de prévention pour modifier les conditions de vie des enfants et agir sur leur environnement (social, familial, psychologique).

La réduction des inégalités sociales de santé, en particulier dans le domaine périnatal, est donc devenue un véritable enjeu de santé publique. [16,17]

2.3. Renforcement des compétences psycho-sociales

Afin de réduire les inégalités sociales de santé, une des pistes envisagées est le développement des compétences psycho-sociales. Ce terme a été définit comme « un processus d'acquisition d'un ensemble d'aptitudes ou de compétences à reconnaitre et à gérer des émotions, fixer et atteindre des objectifs positifs, apprécier les perspectives des autres, établir et maintenir des relations positives, prendre des décisions responsables et à gérer des situations interpersonnelles de manière constructive » (Elias, 1997).

Les programmes de parentalité, tels que le dispositif des liaisons post-natales dont nous allons discuter ci-après, sont conçus dans ce but. Leur objectif est d'établir un lien de confiance avec les familles, parents et enfants, de renforcer leurs compétences sociales, émotionnelles et éducatives, afin de soutenir au mieux le développement de leurs enfants.

Une équipe irlandaise a publié en 2015 une synthèse de la littérature traitant des compétences psycho-sociales.[18] Plusieurs points positifs sont ressortis de cette étude :

- Des études de haute qualité avec un niveau de preuve internationale ont montré que les interventions parentales qui intègrent le développement des compétences sociales et émotionnelles ont montré des résultats positifs significatifs sur les enfants et leurs parents.
- Il est démontré que les programmes d'éducation parentale pour les enfants vivant dans la pauvreté arrivent à réduire les inégalités en matière de santé et de développement des enfants.
- Les études concernant l'analyse coûts-bénéfices de ces programmes confirment que ceux axés sur les parents produisent des résultats sociétaux importants par rapport à l'investissement, en particulier pour les familles défavorisées.
- Concernant plus précisément les programmes de visites à domicile qui nous intéressent ici, il existe des preuves solides d'efficacité. Les données montrent une amélioration des compétences parentales, une amélioration du développement de l'enfant, la réduction des problèmes comportementaux, l'amélioration de la santé maternelle et du fonctionnement social, en particulier pour les programmes commençant avant la naissance, d'intensité élevée, avec un suivi de minimum 12 mois et pour les parents dit « à risque » (faibles revenus, parents-adolescents, parents célibataires, dépression maternelle post-natale) (Tennant et al.,2007 ; Stewart-Brown et Shrader-Mc Millan, 2011).

Ces résultats appuient donc les politiques de santé basées sur les services d'aide à l'enfance en particulier les programmes de visites à domicile et de soutien à la parentalité plus divers (groupes parentaux, interventions diversifiées de formation et d'éducation). Un accent est donc mis sur le développement des compétences psycho-sociales et émotionnelles avec une attention particulière aux familles les plus vulnérables.

2.4. Données sociodémographiques

Nous allons voir en observant les données sociodémographiques locales qu'il existe de véritables inégalités sociales qui, comme nous l'avons évoqué précédemment, mènent à des inégalités sociales de santé.

2.4.1. Région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)

Selon l'INSEE, en 2012, la région PACA est la 4ème région de France touchée par la pauvreté après la Corse, le Languedoc-Roussillon et le Nord-Pas-De-Calais. En effet, 16,9% de ses habitants, soit 830 000 personnes, vivent sous le seuil de pauvreté (revenu mensuel inférieur à 989 euros par unité de consommation). Ce chiffre est nettement supérieur au niveau national dont le taux de pauvreté est de 14,3%. Au sein de la région, les chômeurs, les familles monoparentales et les jeunes sont les personnes les plus exposées au risque de pauvreté : le taux de pauvreté des personnes dont le revenu principal provient des indemnités de chômage s'établit à 53,6 % contre 16,9 % pour le reste de la population ; les familles monoparentales et les ménages jeunes de moins de 30 ans ont un taux de pauvreté qui atteint respectivement 32,0 % et 24,1 %. En revanche, la part des prestations sociales (5,3%) est proche du niveau national [19].

2.4.2. Département des Bouches-du-Rhône (BDR)

Comme le montre le tableau ci-dessous[19] en 2012, les BDR correspondent au 2ème département le plus pauvre de la région PACA après le Vaucluse, avec un taux de pauvreté de 18,1%. En revanche, c'est le département où l'intensité de pauvreté (c'est-à-dire l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté) est la plus importante, 23,3%, ce qui lui confère la place de 5ème en France Métropolitaine. [19]

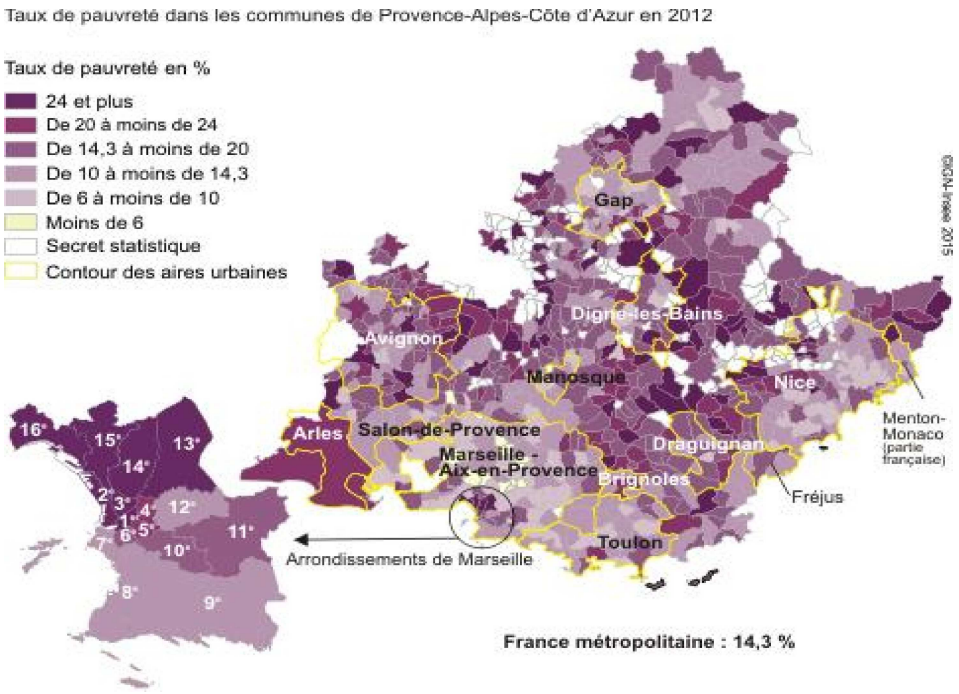
Taux de pauvreté et intensité de la pauvreté dans les départements de Paca en 2012

Départements	**Taux de pauvreté**	**Niveau de vie médian des personnes pauvres**		**Intensité de la pauvreté**
	en %	*en euros/mois*	*en euros/an*	*en %*
Alpes-de-Haute-Provence	16,4	782	*9 380*	21,0
Hautes-Alpes	14,1	793	*9 522*	19,8
Alpes-Maritimes	15,2	763	*9 155*	22,9
Bouches-du-Rhône	**18,1**	**759**	***9 103***	**23,3**
Var	15,3	768	*9 216*	22,4
Vaucluse	19,8	767	*9 204*	22,5
PACA	**16,9**	**764**	***9 165***	**22,8**
France Métropolitaine	**14,3**	**782**	***9 378***	**21,0**

2.4.3. Ville de Marseille et 14ème arrondissement

Marseille est une ville marquée par une importante pauvreté (25,1% de taux de pauvreté).[19] Par contre, les conditions socio-économiques varient fortement selon les arrondissements. On peut dire qu'il existe des arrondissements plus favorisés au sud et à l'est, 7ème, 8ème, 9ème, 12ème (revenu médian annuel supérieur à 20 000 euros, surreprésentation des cadres) et des arrondissements plus pauvres au nord, 1er, 2ème, 3ème, 14ème, 15ème (cf. figure ci-dessous[19]). En ce qui concerne les 14ème et 15ème arrondissements, ils cumulent les désavantages socio-économiques : forte représentation des bas niveaux de revenu, surreprésentation des ouvriers, part importante de faibles niveaux de qualification, traduisant un niveau dit « élevé » de précarité pour ces quartiers. [20]

Dans 5 arrondissements du nord de la ville (1er, 2ème, 3ème, 14ème, 15ème), 15 à 20% des personnes ont un revenu composé à 100% d'allocations sociales. Le centre historique de Marseille lui (1er, 2ème et 3èmearrondissements) correspond au lieu de résidence le plus pauvre de la ville avec un revenu médian annuel inférieur à 10 000 euros.[21] Mais le 14ème arrondissement présente lui aussi un taux de pauvreté très important, 39%, ce qui lui confère le rang de 11ème commune la plus pauvre de France Métropolitaine. [19]



Si l'on s'intéresse au taux de chômage, à Marseille, en 2012, il était de 17,5% des actifs de 15-64 ans soit un taux 60% plus élevé qu'en France Métropolitaine (11,1%). Plus d'1 actif sur 4 est au chômage dans les 1er, 14ème et 15ème arrondissements et environ 3 sur 10 dans les 2ème et 3ème.[21]

La population dans les quartiers nord est une population plutôt jeune. Dans le 14ème, le taux d'habitants de moins de 20 ans atteint 31,6% (pour une moyenne sur la ville de 24,8%) en 2008. Malheureusement, la part de demandeurs d'emploi de moins de 25 ans et la part de personnes de 15 ans et plus sans diplôme y est plus élevée que dans le reste de la ville. D'autre part, la taille moyenne des ménages, le taux de natalité y sont supérieurs également, tout comme le taux de familles monoparentales (36,2% dans le 14ème).

Enfin, concernant les logements, le 14ème arrondissement dispose d'une part importante de logements sociaux (39%) ce qui est largement supérieur à la moyenne de la ville (16,6%) en 2007. [20]

3. LES LIAISONS POST-NATALES MATERNITE/PMI

3.1. Présentation de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)

3.1.1. Définition

En France, la PMI correspond à l'ensemble des mesures réglementaires et des moyens organisant le système de santé dans l'objectif de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile et de promouvoir la santé de la famille.

3.1.2. Historique

C'est au sortir de la seconde guerre mondiale que la PMI est créée. En effet, après la guerre, la mortalité infantile est très importante. Plusieurs facteurs sont mis en cause : une mauvaise alimentation, une insuffisance de suivi médical des femmes enceintes et une hygiène précaire à l'origine d'infections et de maladies contagieuses.

L'ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 est le texte fondateur de la création des services de PMI. Ce texte précise l'organisation, les missions et les compétences des services de PMI qui doivent assurer la protection des mères et des enfants de moins de 6 ans.
La même année sont créés la Sécurité Sociale et le service d'hygiène scolaire puis les prestations familiales en 1946.

En 1962, le décret n°62-840 du 19 juillet fait de la PMI une structure départementale relevant de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

C'est en 1975 que les services de PMI étoffent leurs disciplines de prise en charge grâce au décret n°75-316 du 5 mai qui permet la création de postes de sages-femmes, d'infirmières puéricultrices, de psychologues, de conseillères conjugales et familiales et de travailleuses familiales.

Les lois de décentralisation n°82-213 du 2 mars 1982 et n°86-17 du 6 janvier 1986 transfèrent aux conseils généraux l'organisation et les missions des services de PMI.

Et c'est après la nouvelle codification du code de la santé publique que les lois n°2005-706 du 27 juin 2005 et n°2007-293 du 5 mars 2007 modifient une dernière fois les articles L2112-1 et L2112-2 qui régissent toutes les missions, compétences et organisations départementales de la PMI.

3.1.3. Organisation

Les moyens et actions des services de PMI sont élaborés en fonction des enveloppes budgétaires votées par les conseils généraux.
La PMI est sous l'autorité et la responsabilité du Président du Conseil Départemental et est gérée par un médecin départemental.
Les services comprennent des médecins, sages-femmes, infirmières, puéricultrices, conseillères conjugales et familiales, psychologues, et du personnel administratif.
Ils travaillent en réseau avec :

- Les établissements de soins
- Les professionnels libéraux
- La Caisse d'Allocation Familiale (CAF)
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
- Les services de santé scolaire départementaux et communaux
- Les Centres d'Action Médico-sociale Précoce (CAMPS)
- Les centres médico-psychologiques
- Le service d'Aide Sociale à l'enfance (ASE)
- Les structures d'accueil petite enfance
- Le service de cohésion sociale

L'organisation départementale est territorialisée en structures de proximité ayant une appellation différente selon les départements (circonscriptions, maison départementales de la solidarité (MDS), unité territoriale...). Ces structures de proximité répondent aux besoins de la population en partenariat étroit avec les communes et les associations.

3.1.4. Missions et objectifs en protection maternelle

La PMI mène des actions médico-sociales de surveillance et de prise en charge des femmes enceintes via des consultations médicales/obstétricales de suivi pré- et post-natales, des suivis individuels à domicile par des sages-femmes, des séances de préparation à la naissance, de soutien à la parentalité et de promotion de l'allaitement maternel. Ce suivi vise à leur permettre un bon déroulement de la grossesse, une bonne croissance fœtale, un dépistage précoce des pathologies maternelles/fœtales ainsi que la mise en relation avec les équipes obstétricales.

Par ailleurs, la PMI gère également des centres de planification agréés dont les activités sont centrées sur l'éducation sanitaire familiale, les consultations de suivi gynécologique et de contraception, l'accès à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles.

3.1.5. Missions et objectifs en protection infantile

La PMI a pour rôle principal la surveillance médico-sociale des enfants. Le but est d'assurer un suivi de la croissance staturo-pondérale, du développement psychique, psychomoteur et affectif de l'enfant, ainsi que le dépistage précoce des anomalies et la pratique des vaccinations recommandées. Cette surveillance est réalisée au travers d'actions médico-sociales dans le cadre de vie au domicile des enfants par des puéricultrices ; de consultations gratuites médicales ou de puéricultures de nourrissons ; de la rédaction des 3 certificats de santé obligatoires ; de liaisons avec les services hospitaliers ainsi que la médecine libérale.
La PMI organise également les modes d'accueil et de garde d'enfants du département en assurant l'agrément et la formation des assistantes maternelles ainsi que le contrôle des établissements d'accueil des enfants de moins de 6 ans.
Enfin, la PMI organise des actions de santé publique en fonction des priorités du département en matière de périnatalité comme par exemple des actions de prévention dans la lutte contre la mort subite du nourrisson.

3.2. Description du dispositif des liaisons maternités/PMI

3.2.1. Définition et objectif

Dans le cadre de la périnatalité, toujours dans un but de prévention et de réduction des inégalités sociales de santé, le Conseil Départemental des BDR, par le biais de son service de PMI, a mis en place un dispositif médico-social nommé « liaisons post-natales »(LPN). Ce dispositif consiste en des liaisons transmises par les maternités aux PMI de secteur (les Maisons départementales de la solidarité (MDS)) pour signaler des familles qui sont dans le besoin (quelque en soit la cause: médicale, sociale, psychologique...) suite à la naissance de leur enfant afin de leur assurer un soutien et un suivi. Pourtant ancien, ce système n'a jamais été évalué dans son rôle et ses limites.
Ce service permet une articulation maternité-PMI pendant la période périnatale. Cette

articulation se fait entre les médecins hospitaliers d'une part et les professionnels de santé des MDS ou des antennes PMI hospitalières d'autre part. L'objectif est donc d'assurer la continuité des soins, d'apporter un soutien et un accompagnement aux familles.

Le repérage des familles est effectué par le personnel de la maternité et/ou le professionnel de la PMI. Les critères de sélection des familles peuvent être par exemple : une pathologie de la mère ou de l'enfant, des difficultés relationnelles mère-enfant, des problèmes familiaux, un isolement social, un soutien à la parentalité, un accompagnement à l'allaitement.[22]

3.2.2. Contenu de la liaison

La liaison (Annexe 1) est un document médical confidentiel soumis au secret médical. Il contient des informations médicales et sociales ainsi que les observations de la maternité qui sont nécessaires à la continuité du suivi. Son contenu doit être précis et suffisamment étayé pour éclairer le personnel des MDS sur les suites à donner.
Les informations qui y sont notées sont :

- Maternité et service émetteurs
- Date de réception de la liaison
- Nom et prénom de l'enfant, date et poids de naissance, âge gestationnel
- Noms, prénoms et âges des parents
- Parité
- Motif(s) de la liaison
- Information des parents et acceptation de la visite de la PMI

Le partage de ces informations entre équipes médicales doit se faire avec l'accord des familles mais dans certaines situations où la liaison est faite à la demande du service pour une situation particulière, les parents ne sont informés qu'au moment du contact par le personnel de la MDS. [22]

3.2.3. Transfert des informations

La liaison est transmise par fax le plus souvent, ou par mail au médecin référent PMI de la MDS de secteur correspondante au domicile de la mère de l'enfant. Ces liaisons sont ensuite réparties aux puéricultrices selon leur sectorisation. Dans les 3 mois au maximum, le médecin référent PMI renvoie la fiche de liaison complétée à l'antenne PMI hospitalière, après l'avoir visée, avec les éléments du suivi qui ont été proposés à la famille.

3.2.4. Différences entre liaison, information préoccupante et signalement

Dans la liaison, l'accent est mis sur le lien interpersonnel dans un esprit de continuité et de prévention des ruptures. Le but est de créer un lien de confiance entre les parents et la PMI afin de les soutenir au mieux et les autonomiser. Les parents peuvent accepter ou refuser cette aide [23].

En revanche, l'information préoccupante relève d'un cadre juridique particulier. Elle concerne une situation de danger ou à risque de danger pour l'enfant (parents non protecteurs). L'information préoccupante est envoyée puis traitée par la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), qui est un autre service du Conseil Départemental, afin qu'une enquête médico-sociale soit diligentée.

Quant au signalement, il concerne une situation urgente, d'une gravité extrême, nécessitant une protection immédiate pour l'enfant. Le signalement est envoyé directement au Procureur de la République et relève donc d'une enquête judiciaire. La loi de mars 2007 insiste sur l'importance de l'adhésion des familles à l'accompagnement mais leur accord n'est pas impératif.

3.2.5. Cas particuliers des liaisons urgentes

Les liaisons urgentes sont transmises par téléphone au médecin référent PMI de la MDS. La fiche de liaison est donc établie par l'équipe de la MDS avec les informations transmises par la maternité. [23]

3.2.6. Les acteurs du dispositif et leur organisation

3.2.6.1. Les maternités

Toutes les maternités du département, publiques ou privées, participent à ce dispositif. Les services émettant les liaisons peuvent être les services de suites de couches (SDC), de néonatologie, de réanimation pédiatrique, de consultations externes ou de services de pédiatrie (urgences ou hospitalisation).

A Marseille, il s'agit donc des maternités des hôpitaux publics Nord et Conception, des hôpitaux privés Beauregard et St Joseph, de la Clinique privée Bouchard ainsi que de l'hôpital de la Timone (pour son service de réanimation pédiatrique).

Dans les maternités, le repérage des situations pouvant aboutir à une liaison peut être fait par l'ensemble du personnel médical ou paramédical: médecins (pédiatres, gynécologues, généralistes), sages-femmes, puéricultrices, infirmières. Ensuite, c'est la collaboration avec les antennes PMI hospitalières qui permet de transmettre les informations aux MDS.

3.2.6.2. Les antennes PMI hospitalières

Il existe deux antennes PMI à Marseille: une à l'hôpital de la Timone et l'autre à l'hôpital Nord. Leur rôle est de permettre l'articulation entre les structures hospitalières et les MDS en coordonnant les soins et le suivi.

Elles sont composées de :

- 1 médecin responsable à mi-temps basé sur l'antenne Nord
- 3 puéricultrices se répartissant sur les 5 maternités + la Timone
- 2 secrétaires médico-sociales, chacune basée sur une antenne

Les puéricultrices assurent un passage bihebdomadaire dans chaque structure afin de collecter les informations auprès du personnel des maternités et rencontrer les familles pour les informer de l'existence du dispositif et des possibilités d'aide.
Les liaisons sont rédigées par les puéricultrices ou le médecin responsable et transmises aux secrétaires pour les envoyer aux différentes MDS correspondantes aux domiciles des parents.

3.2.6.3. Les Maisons Départementales de la Solidarité

Les MDS correspondent aux structures PMI de secteur. A Marseille, il existe 12 MDS qui couvrent les 16 arrondissements de la ville. Sur le département, il en existe 21 au total.

Les MDS sont des structures de proximité intervenant pour aider, orienter et soutenir les populations sur le plan médical ou social. De nombreux professionnels y interviennent : assistants sociaux, éducateurs spécialisés, auxiliaires de puériculture, éducateurs de jeunes enfants, puéricultrices, infirmières, sages-femmes, psychologues, conseillères en économie sociale et familiale, médecins et secrétaires. Sur quelques sites, interviennent également une diététicienne, une psychomotricienne, une orthoptiste et une orthophoniste.

Les liaisons post-natales sont reçues par le médecin référent PMI de la MDS et transmises aux puéricultrices. Ces dernières assurent le suivi des familles et peuvent s'appuyer sur leurs confrères d'autres spécialités si les cas le nécessitent.

L'étude présentée dans ce travail a été réalisée sur les liaisons issues de la MDS des Flamants. Il est important de décrire la situation et l'organisation de cette MDS pour comprendre la gestion des liaisons.

La MDS des Flamants se situe dans le 14ème arrondissement de Marseille qui comprend 7 quartiers : Les Arnavaux, Bon Secours, Le Canet, Le Merlan, Saint Barthélémy, Saint Joseph et Sainte Marthe.

Elle est composée :

- D'une équipe de protection infantile : 3 médecins consultant en pédiatrie, 4 puéricultrices, 2 infirmières, 2 auxiliaires de puériculture et 1 éducatrice de jeunes enfants
- Et d'une équipe de protection maternelle organisée en Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) : 3 médecins consultant en gynécologie, 2 sages-femmes, 2 infirmières et 1 conseillère conjugale et familiale.

Cette MDS a reçu 499 liaisons en 2017 faisant d'elle la première PMI de secteur de Marseille en nombres de liaisons reçues, la seconde étant celle de la Belle-de-mai (3ème arrondissement) qui en a reçu 443.

3.2.6.4. Les technicien(ne)s de l'intervention sociale et familiale (TISF)

L'intervention des TISF, anciennement appelées « travailleuses familiales », est un service financé par la Caisse d'Allocation Familiale (CAF), l'Assurance Maladie et les Conseils départementaux. Les TISF dépendent souvent de structures associatives. De ce fait, même si les TISF ne dépendent pas directement du service de PMI, elles font partie des acteurs du dispositif car elles peuvent être amenées à agir dans le cadre des liaisons.

Leur rôle est d'intervenir au domicile de familles en situation de vulnérabilité pour les soutenir, les accompagner par des actions éducatives et de prévention afin de développer leur autonomie. Une participation financière peut être demandée aux familles en fonction des revenus (entre 0,30 et 12 euros/heure d'intervention) bien qu'une dispense soit accordée dans de nombreux cas.

L'intervention des TISF peut être financée par la CAF lorsqu'une famille, allocataire de la CAF, a des difficultés sociales ou familiales temporaires (grossesse, divorce, décès, maladie…) afin de les aider à rétablir un équilibre momentanément affecté.

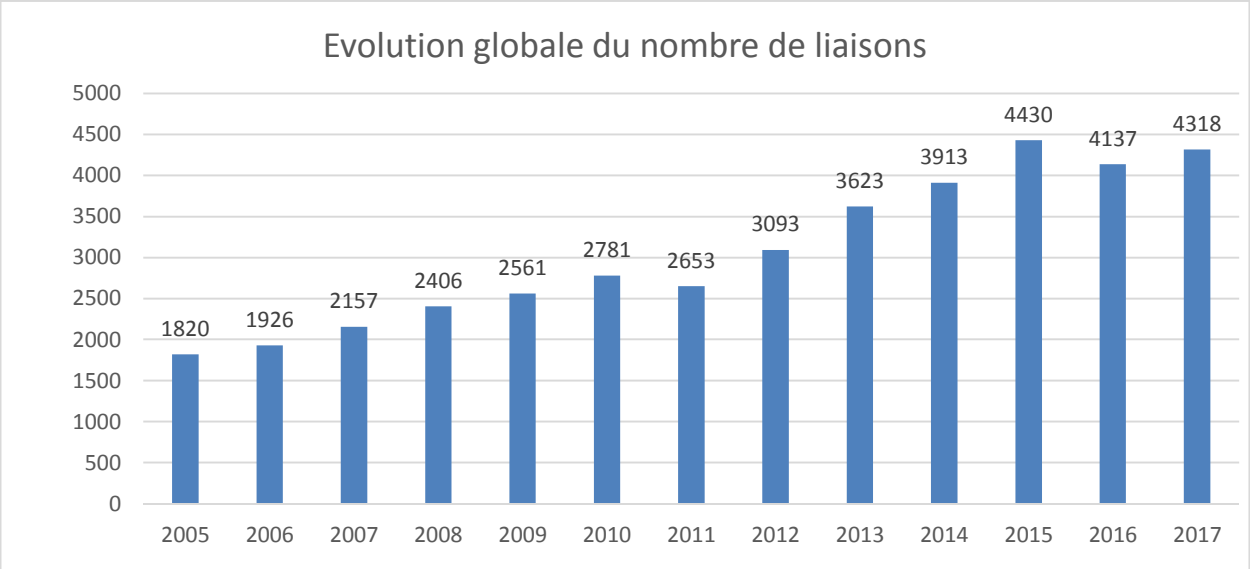
Dans le cas plus spécifique de la périnatalité, le Conseil Départemental des BDR via son service de PMI finance une intervention de 20 heures de TISF, sans participation financière des familles, visant à améliorer les conditions de la naissance, à prévenir un risque d'accident

périnatal, à prévenir les troubles précoces de l'enfant et à soutenir la mise en place du lien parent/enfant. Ces actions s'adressent aux parents en situation de fragilité avec leurs enfants, isolés ou en situation de rupture, connus des services sociaux ou qui justifient d'un suivi médico-social ou éducatif.[24] La demande en est généralement faite via une liaison post-natale.

3.2.7. Evolution du nombre de liaisons [25]

3.2.7.1. Tendance globale 2005-2017

A Marseille, sur les douze dernières années, le nombre de liaisons émanant des antennes PMI hospitalières est globalement en augmentation. En effet, depuis 2005, le nombre a plus que doublé (soit une augmentation de 137%).

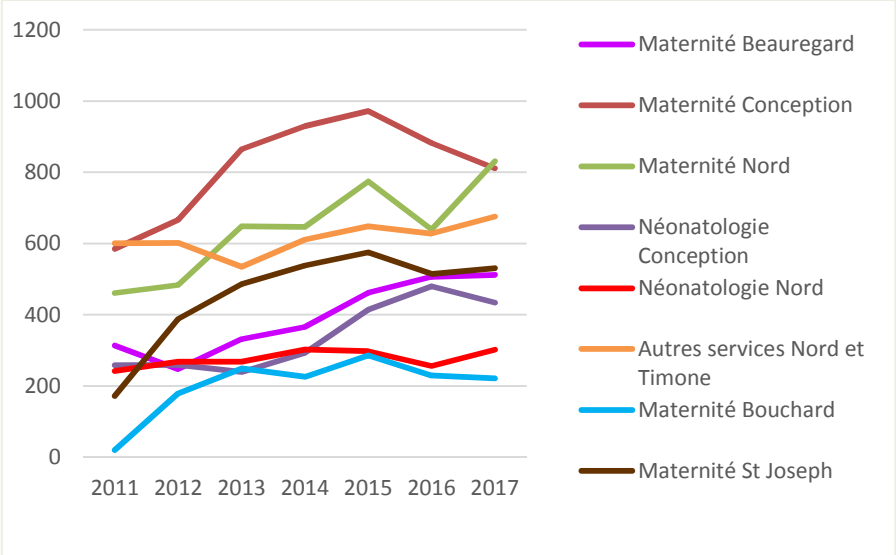


3.2.7.2. Evolution par service d'origine 2011-2017

L'analyse des liaisons en fonction des services émetteurs (cf. tableau et graphique ci-dessous) montre, depuis 2011, une tendance globale à une augmentation du nombre de liaisons émises, tous services confondus.

Les maternités publiques Nord et Conception sont les services émettant le plus de liaisons. On note une très forte augmentation du nombre de liaisons émises par les maternités privées Bouchard et St Joseph entre 2011 et 2017 : environ 10 fois plus de liaisons émises pour Bouchard et 3 fois plus pour St Joseph.

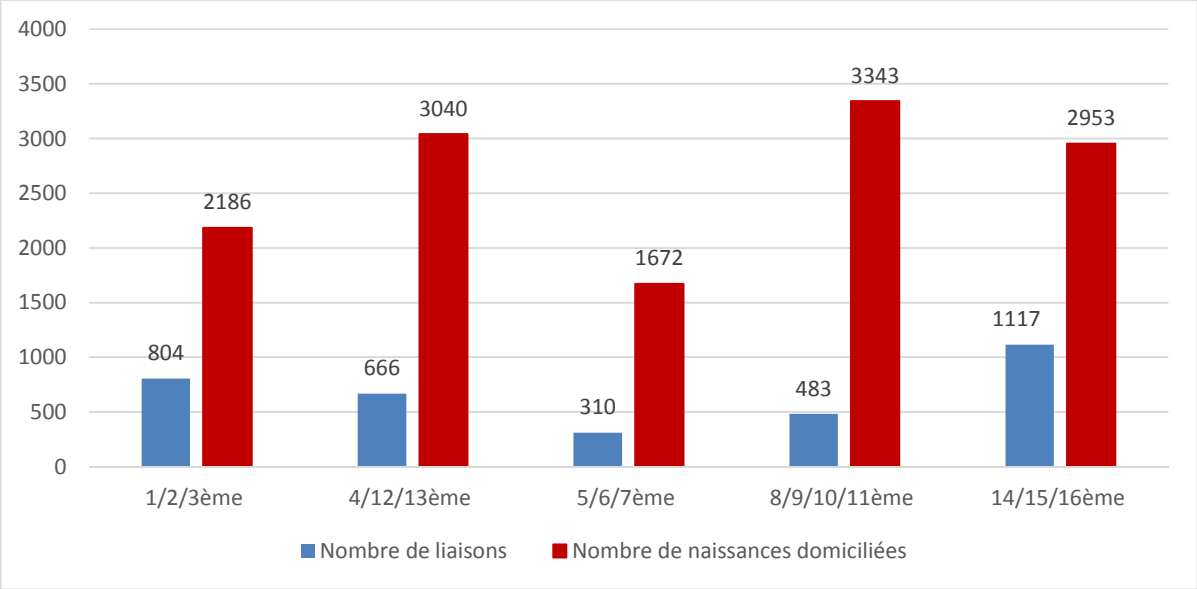
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maternité Beauregard	314	247	332	366	462	507	512
Maternité Conception	585	667	865	930	972	882	811
Maternité Nord	461	483	649	647	774	640	831
Néonatologie Conception	258	259	239	293	414	480	434
Néonatologie Nord	242	268	268	302	298	256	302
Autres services Nord et Timone	601	602	535	611	649	628	676
Maternité Bouchard	20	179	249	226	286	229	221
Maternité St Joseph	172	388	486	538	575	515	531



3.2.7.3. Liaisons 2017 par pôle de résidence

Le tableau ci-dessous décrit le nombre de liaisons émises (en bleu) en comparaison avec le nombre de naissances domiciliées dans le secteur (en rouge), en 2017 et par pôle de santé. Chaque pôle de santé comprend plusieurs arrondissements de Marseille proches géographiquement.

Cette analyse permet de constater que pour les pôles 1/2/3ème et 14/15/16ème arrondissements, la part de liaisons réalisées par rapport au nombre total de naissances est importante, respectivement 36,8% et 37,8%. C'est-à-dire que plus d'1 enfant sur 3 naissant dans ces arrondissements fait l'objet d'une liaison.



Nous avons pu voir que dans le cadre de la périnatalité, toujours dans un but de prévention et de réduction des inégalités sociales de santé, le Conseil Départemental des BDR, par le biais de son service de PMI, a mis en place un dispositif médico-social nommé « liaisons post-natales ». Ce dispositif bien qu'ancien, n'a jamais été évalué sur son intérêt et ses limites. De plus nous avons constaté que le nombre de liaisons est en augmentation constante depuis une dizaine d'années. Or, les moyens techniques et humains pour gérer ces liaisons sont limités et risquent à terme de devenir insuffisants.

L'objectif de cette étude est donc de décrire le dispositif actuel des liaisons post-natales maternité-PMI mis en place par le Conseil départemental des BDR, afin de l'améliorer si nécessaire, en prenant l'exemple de celles reçues par la Maison de la Solidarité des Flamants dans le 14ème arrondissement.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Afin de répondre à notre objectif, nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive longitudinale mono-centrique sur les liaisons post-natales de nouveau-nés nés entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2017, reçues par la Maison de la solidarité des Flamants (13014).

Les critères d'inclusion sont les liaisons post-natales de nouveau-nés nés en 2017, transmises par les maternités marseillaises publiques ou privées, dont les parents sont domiciliés dans le 14ème arrondissement de Marseille.
Sont exclues : les liaisons transmises par les services médicaux hospitaliers hors maternité ou par des maternités hors-Marseille, les liaisons d'enfants mort-nés ou décédés, les liaisons multiples pour un même enfant déjà pris en charge par le dispositif.

Le recueil de données a été fait de manière rétrospective, sur la base de documents papiers archivés après avoir été traités par la MDS des Flamants. Les données ont été anonymisées par numérotation et retranscrites dans un tableau Excel standardisé (Annexe 2).
Plusieurs items ont été renseignés : date de naissance de l'enfant, maternité et service émetteur, âge et parité maternelle, information des parents, acceptation de la visite de la PMI, motif de recours à la liaison, modalité du 1er contact par la PMI, type d'actions de la PMI dans le 1er mois de vie (ou 1er mois après sortie de la maternité pour les enfants nés prématurément), date de réception de la liaison, date de la 1ère action par la PMI, date de retour auprès de l'antenne PMI hospitalière, existence d'un suivi médical ultérieur en PMI.

Les motifs de recours à la liaison étant multiples et très variés, ils ont été classés en 5 grandes catégories : précarité psycho-sociale et financière, antécédent (ATCD) maternel somatique et/ou psychiatrique, pathologie de l'enfant, aide à la parentalité et conditions d'accouchement difficiles.

De manière non exhaustive, voici quels ont été les principaux motifs inclus dans chaque catégorie :

- dans « précarité psycho-sociale et financière » : une insuffisance de revenus, un contexte d'immigration récente, une mère ou une famille isolée, une situation irrégulière sur le territoire, une absence de protection sociale, une famille connue de

l'Aide Sociale à l'Enfance, des conflits et/ou violences conjugaux, une absence de suivi médical ;

- dans « aide à la parentalité » : un soutien à l'allaitement, des conseils divers pour parents en demande, une grande multiparité ou au contraire une primiparité, des grossesses rapprochées, une simple demande de TISF, une pathologie lourde ou un ATCD de mort dans la fratrie, une grossesse multiple, une grossesse non désirée et/ou de découverte tardive, une mère mineure ;
- dans « ATCD maternel somatique et/ou psychiatrique» : une pathologie maternelle chronique somatique ou psychiatrique, des problèmes d'addictions, un problème relationnel mère-enfant ;
- dans « pathologie de l'enfant »: une prématurité avec ou sans complications, une pathologie de découverte anté-natale ou post-natale, une souffrance fœtale à l'accouchement, un petit poids de naissance à surveiller ;
- dans « conditions d'accouchement difficiles »: une pathologie gravidique, une césarienne en urgence, un vécu psychologique difficile, un accouchement au domicile, des complications obstétricales.

Les actions menées au cours du 1er mois de vie de l'enfant pouvaient être multiples: une visite à domicile (VAD) par une puéricultrice et/ou une sage-femme, une consultation par une puéricultrice sur le lieu de la MDS de secteur, une consultation médicale, une intervention de TISF au domicile.

L'existence d'un suivi médical ultérieur était noté lorsqu'une consultation médicale mensuelle était prévue et dont les premiers rendez-vous avaient été honorés.

Les statistiques ont été obtenues par analyse quantitative des données grâce à un tableau croisé dynamique Excel.

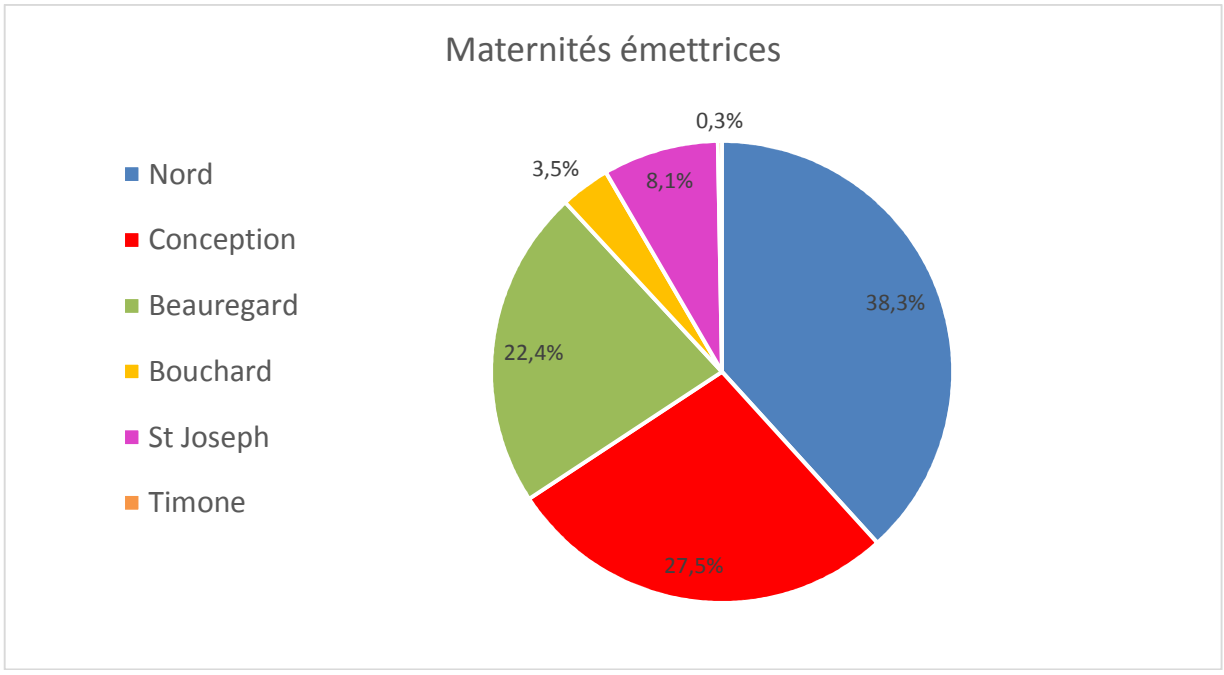
III. RÉSULTATS

Sur les 499 LPN reçues par la MDS des Flamants, nous avons pu en inclure 397.

1. ORIGINE DES LIAISONS

Dans les 2/3 des cas (66,1%), les LPN ont été transmises par les maternités de l'hôpital public soit Nord dans 38,3% des cas (soit 152 LPN), Conception 27,5% (soit 109 LPN) et Timone 0,3% (soit 1 LPN). Concernant les maternités privées, Beauregard arrive en 1ère position des maternités émettrices avec 22,4% des LPN reçues (soit 89 LPN), suivie de St Joseph 8,1% (soit 32 LPN) et Bouchard 3,5% (soit 14 LPN) (figure 1). Une large majorité, soit 385 LPN (86,9%) a été émise par les services de suites de couches (SDC), le second service émetteur est la néonatologie avec 47 LPN émises (soit 11,8%). A noter, une seule LPN a été émise depuis un service de réanimation pédiatrique et 3 depuis un service de consultations externes.

Figure 1. Moyennes en pourcentages du nombre de LPN en fonction de la maternité émettrice.



2. INFORMATION DES PARENTS ET MODALITE DU 1ER CONTACT PAR LA PMI DE SECTEUR

Dans 83% des cas (soit 324 LPN), les parents étaient informés de la liaison, en chambre, à la maternité, par une personne de l'antenne PMI. 98% des parents informés ont accepté la visite de la PMI à leur retour au domicile. Cependant, dans 16,4% des cas (soit pour 65 LPN), les parents ont finalement décidé qu'ils n'étaient pas intéressés par le dispositif.

Dans la plupart des cas, soit 90,4%, le 1er contact avec la PMI de secteur s'est fait par téléphone, dans 1% des cas par visite à domicile (VAD) directe, dans 1,3% des cas par mise à disposition (MAD) par voie postale. Par contre, dans 6,5% des cas, aucun contact n'a été possible, ni par téléphone, ni par courrier (tableau 1).

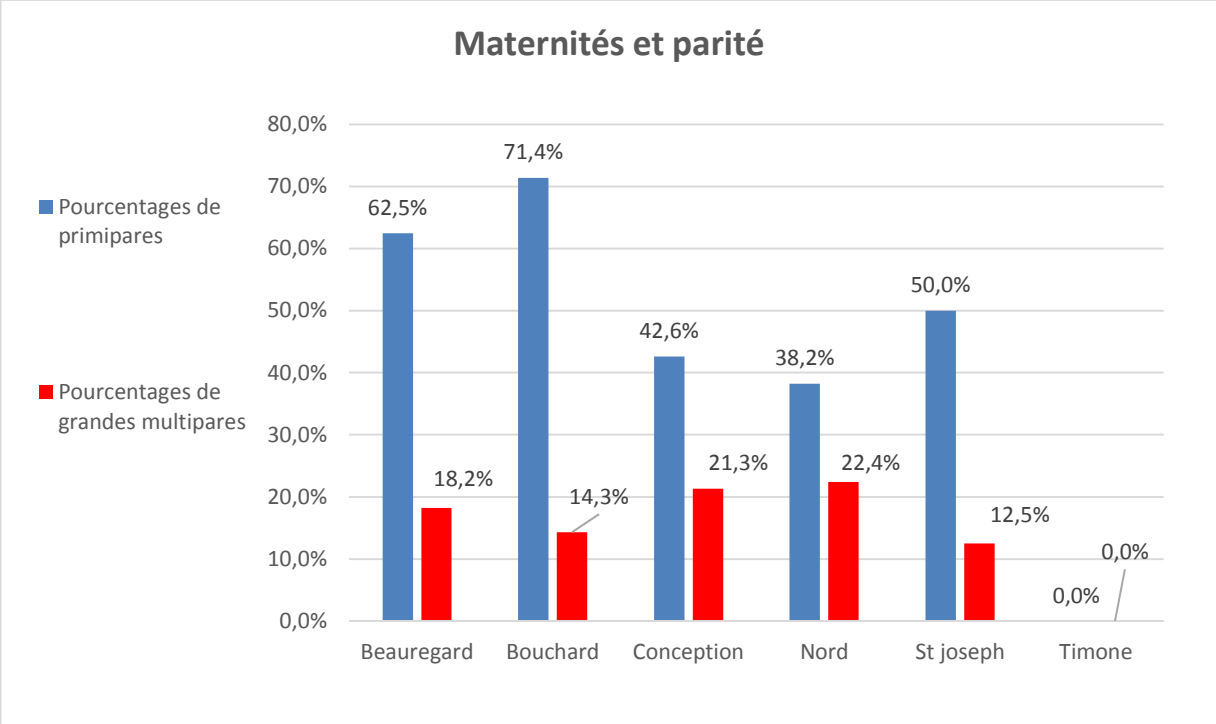
Tableau 1. Effectifs (en valeurs absolues) et moyennes (en pourcentages) en fonction de la modalité du premier contact.

Modalité du 1er contact	Effectif	Moyenne en pourcentage
tél	359	90,4%
VAD	4	1,0%
MAD courrier	5	1,3%
Impossible à joindre	26	6,5%
Transfert de MDS	3	0,8%

3. CARACTERISTIQUES MATERNELLES : AGE, PARITE, LIEU D'ACCOUCHEMENT

Dans 46,8% des cas, les mères étaient des primipares et dans 20,0% de grandes multipares (≥4 enfants). Si l'on croise la parité et la maternité émettrice des LPN (figure 2), nous constatons que Bouchard compte 71,4% de mères primipares, Beauregard 62,5%, St Joseph 50%, Conception 42,6% et Nord 38,2%. En ce qui concerne les grandes multipares, la maternité Nord en compte 22,4%, Conception 21,3%, Beauregard 18,2%, Bouchard 14,3% et St Joseph 12,5%.

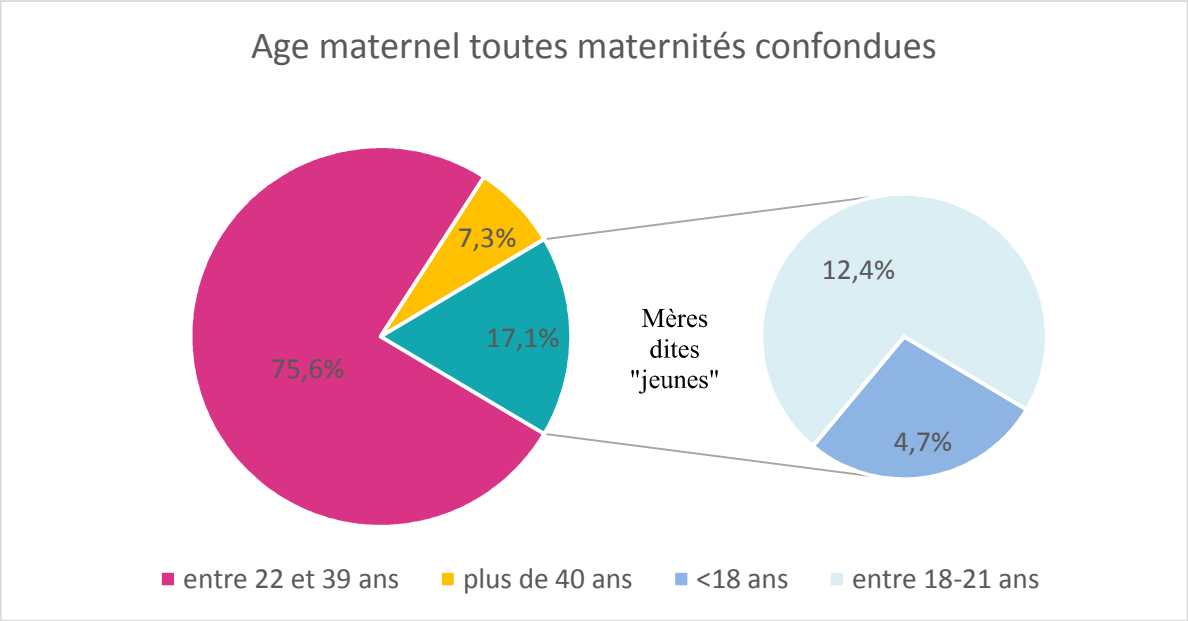
Figure 2. Moyennes en pourcentages des mères primipares et grandes multipares en fonction des maternités émettrices de LPN.



La moyenne d'âge maternel est de 28,6 ans avec un écart-type de 7. La parité moyenne est de 2,3 (avec un écart-type de 1,7). Le taux de mères mineures est de 4,7%, celui de mères dites « jeunes » (≤21 ans) est de 17,1% et celui de mères âgées de plus de 40 ans est de 7,3% (figure 3 et tableau 2).

Si nous croisons l'âge maternel en fonction des maternités émettrices, les mères dites « jeunes » (≤21ans) ont accouché dans 28,5% des cas à Bouchard, 21,2% à Nord, 15,9% à Beauregard, 13,3% à St Joseph et 11,9% à la Conception. Au contraire, les mères de plus de 40 ans ont accouché dans 14,3% à Bouchard, 9,9% à la Conception, 6,0 et 6,7% respectivement à Nord et St Joseph et 4,5% à Beauregard. Les mères âgées de 22 à 39 ans sont largement majoritaires (291 soit 75 ,6%) toutes maternités confondues. Pour toutes les maternités, le taux de mères âgées de 22 à 39 ans est compris entre 72,9% (à Nord) et 80% (à St Joseph) sauf Bouchard qui n'en compte que 57,1%.

Figure 3. Moyennes en pourcentages des tranches d'âge maternel toutes maternités confondues.

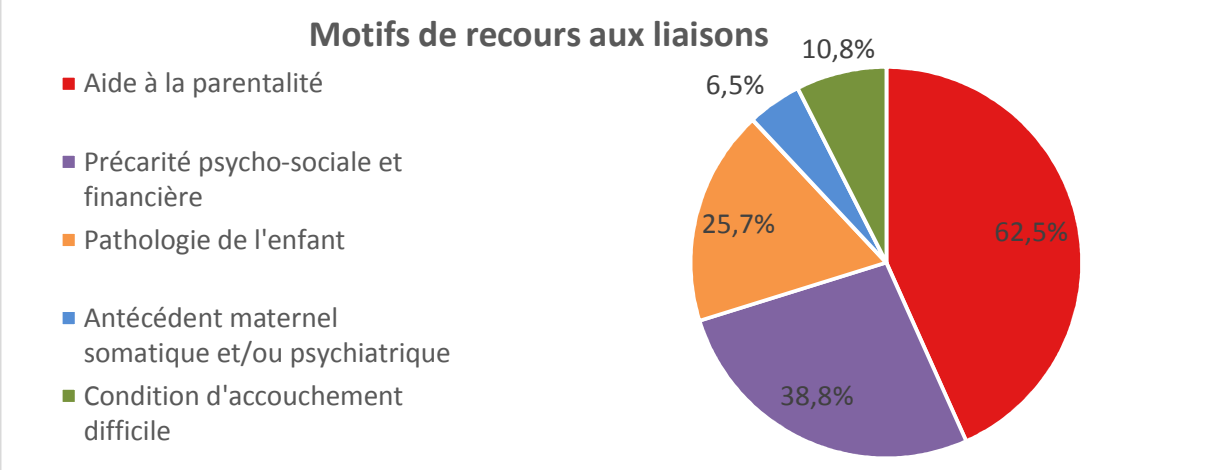


4. MOTIFS DE RECOURS A LA LIAISON

En ce qui concerne les motifs de recours, ils ont souvent été multiples pour une même liaison : 573 motifs au total pour 397 LPN.

62,5% des LPN (soit 248 LPN, quasiment les 2/3) concernaient le motif d'aide à la parentalité, suivi de 38,8% (soit 154 LPN) pour une précarité psycho-sociale et financière, 25,7% (soit 102 LPN) pour une pathologie de l'enfant, 10,8% (soit 43 LPN) pour des conditions d'accouchement difficiles et 6,5% (soit 26 LPN) pour un ATCD maternel somatique et/ou psychiatrique (figure 4).

Figure 4. Moyennes en pourcentages des motifs de recours aux LPN.



S'il nous croisons la parité en fonction des motifs des liaisons, nous pouvons constater que, pour les 3 motifs les plus fréquents à savoir l'aide à la parentalité, la précarité psycho-sociale et financière, et l'existence d'une pathologie de l'enfant, dans quasiment la moitié des cas (respectivement 49,2%, 47,4% et 48,0%) ces liaisons sont faites chez des femmes primipares (Tableau 3).

Tableau 3. Effectifs (en valeurs absolues) et moyennes (en pourcentages) des primipares et grandes multipares en fonction des motifs de recours à la liaison.

	Primipares	Parité 2/3	**Grandes multipares**	Total
précarité psycho-sociale et financière	73 (47,4%)	50 (32,4%)	31 (20,1%)	154
ATCD maternel somatique et/ou psychiatrique	11 (42,3%)	9 (34,6%)	6 (23,0%)	26
Pathologie de l'enfant	49 (48,0%)	53 (51,9%)	14 (13,7%)	102
aide à la parentalité	122 (49,2%)	74 (29,8%)	52 (20,9%)	248
Conditions d'accouchement difficiles	18 (41,9%)	16 (37,2%)	9 (20,9%)	43

5. ACTIONS DE LA PMI DANS LE 1ER MOIS DE VIE DE L'ENFANT

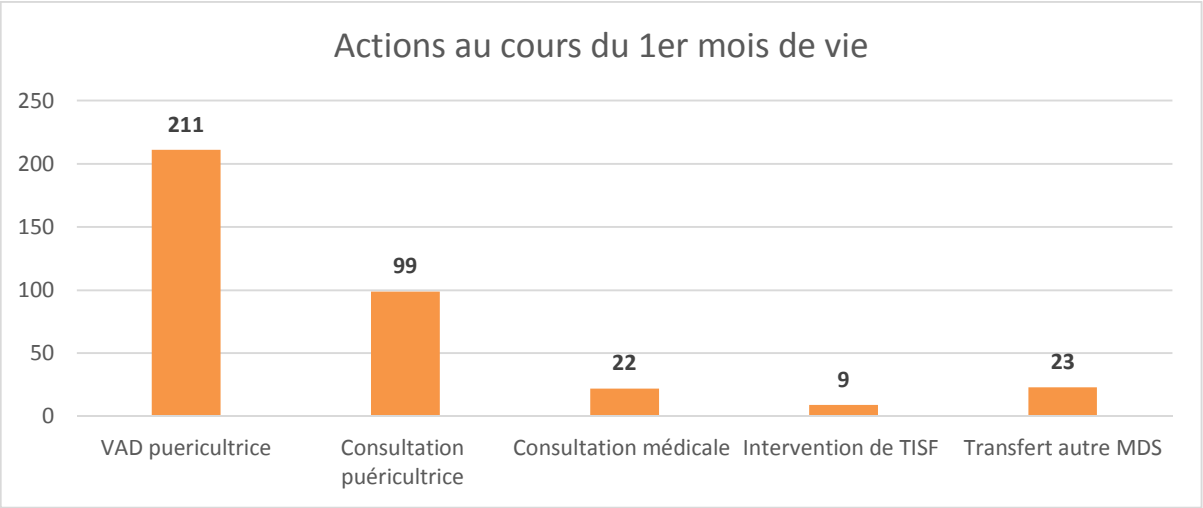
Les 397 LPN inclues ont entrainé un total de 429 actions par la MDS de secteur dans le 1er mois de vie des enfants (ou 1er mois après leur sortie de la maternité pour les enfants nés prématurément), soit une moyenne de 1,1 action par LPN.

Ces actions de la PMI au cours du 1er mois de vie de l'enfant ont été diverses (figure 5), il y a eu :

- 211 VAD (soit 53,1% des actions)
- 99 consultations par une puéricultrice (soit 24,9%)
- 22 consultations médicales (soit 5,5%)
- 9 interventions de TISF soit (2,3%)

Par ailleurs, après contact des parents : 23 LPN ont finalement été transférées sur une autre MDS (5,8%) et pour 65 LPN (16,4%), les parents n'ont finalement pas souhaité donné suite à la proposition.

Figure 5. Effectifs en valeurs absolues des actions menées au cours du 1er mois de vie des enfants.

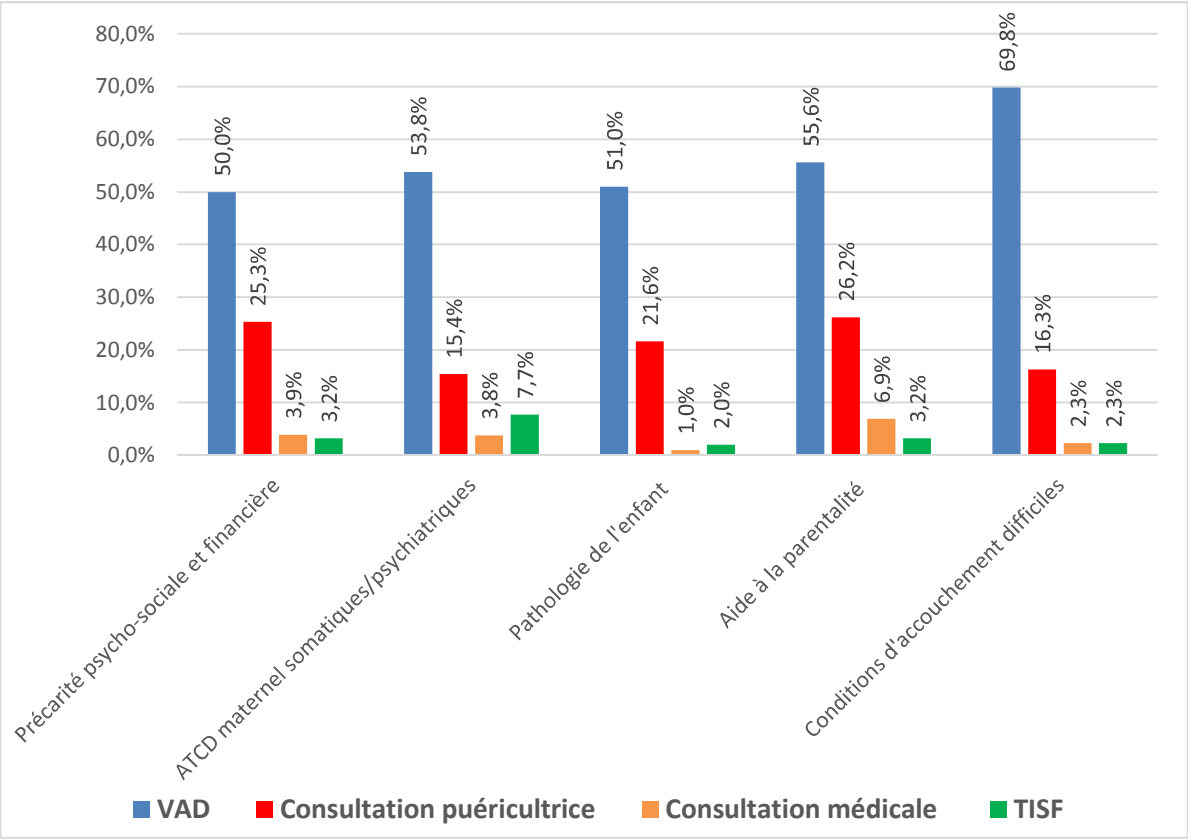


5.1. Actions selon le motif de la liaison

Lorsque nous croisons le motif de la liaison avec l'action menée (figure 6), nous constatons que :

- Le motif de précarité sociale et financière a entrainé: 50,0% de VAD, 25,3% de consultations par puéricultrice, 3,9% de consultations médicales et 3,2% de mises en place de TISF.
- Le motif d'ATCD maternel somatique et/ou psychiatrique a entrainé: 53,8% de VAD, 15,4% de consultations par puéricultrice, 3,8% de consultations médicales et 7,7% de mises en place de TISF.
- Le motif concernant une pathologie de l'enfant a entrainé: 51% de VAD, 21,6% de consultations par puéricultrice, 1,0% de consultations médicales et de 2,0% de mises en place de TISF.
- Le motif d'aide à la parentalité a entrainé: 55,6% de VAD, 26,2% de consultations par puéricultrice, 6,9% de consultations médicales et 3,2% de mises en place de TISF.
- Le motif concernant des conditions d'accouchement difficiles a entrainé: 69,8% de VAD, 16,3% de consultations par puéricultrice, 2,3% de consultations médicales et 2,3% de mises en place de TISF.

Figure 6. Moyennes en pourcentages du type d'actions de la PMI en fonction du motif de recours à la liaison.



5.2. Actions selon la parité

Lorsque nous croisons le type d'actions menées au cours du 1er mois de vie en fonction de la parité (tableau 4), nous pouvons voir que :

- Pour les primipares : les VAD représentent 63,9% des actions, les consultations de puéricultrices 27,8%, les consultations médicales 7,9% et les interventions de TISF 0,7%.
- Pour les grandes multipares : les VAD représentent 61,8% des actions, les consultations de puéricultrices 30,3%, les consultations médicales 3,9% et les interventions de TISF 3,9%.

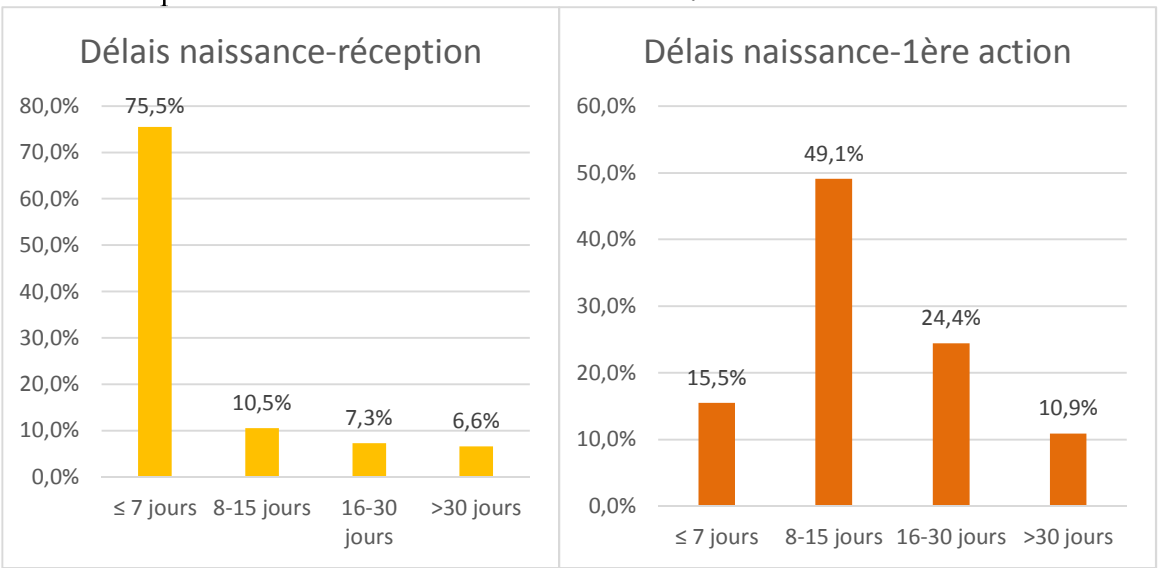
Tableau 4. Effectifs (en valeurs absolues) et moyennes (en pourcentages) du type d'actions au cours du 1er mois en fonction de la parité.

Actions	Primipares	Parité 2-3	Grande multipares
VAD	96 (63,6%)	67 (59,8%)	47 (61,8%)
Consultation puéricultrice	42 (27,8%	33 (29,5%)	23 (30,3%)
Consultation médicale	12 (7,9%)	7 (6,3%)	3 (3,9%)
Intervention TISF	1 (0,7%)	5 (4,5%)	3 (3,9%)
Total	151	112	76

6. Délais d'action

En ce qui concerne les délais entre la naissance de l'enfant et la réception de la liaison, nous constatons que 75,5% des liaisons (soit 296 LPN) sont reçues entre la naissance et le 7ème jour de vie, 10,5% entre le 8ème et le 15ème jour, 7,3% entre le 16ème et le 30ème jour et 6,6% après le 30ème jour de vie. Quant au délai entre la naissance de l'enfant et la 1ère action de la PMI de secteur, dans quasiment la moitié des cas (49,1%) l'action a été menée entre le 8ème et le 15ème jour de vie de l'enfant, dans 15,5% avant son 7ème jour, dans 24,4% entre le 16ème et le 30ème jour et dans 10% après son 30ème jour de vie (figure 7).

Figure 7. Moyennes en pourcentages du nombre de LPN par tranche de délais (en jours) naissance-réception de la liaison et naissance-1ère action.

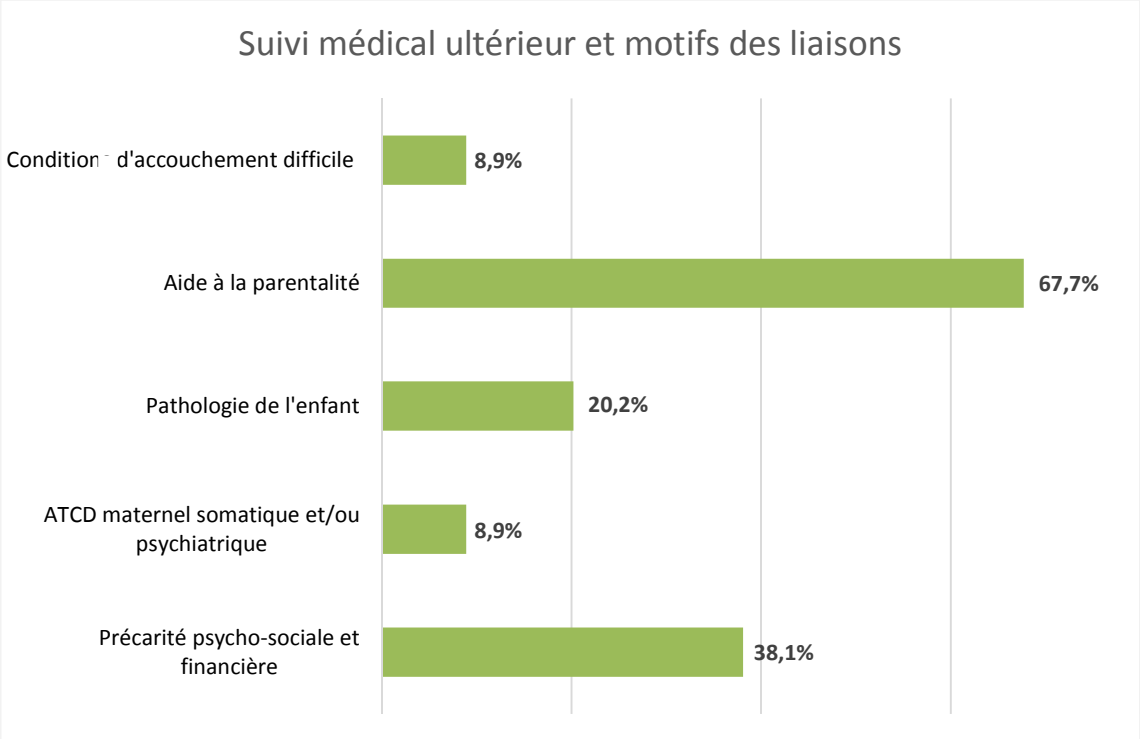


7. Suivi médical ultérieur

Un peu plus de la moitié des liaisons, précisément 57,3% (soit 223 LPN), a abouti à un suivi médical ultérieur en PMI tel que nous l'avons défini précédemment (cf. matériel et méthodes).

Parmi toutes ces liaisons où un suivi médical PMI a été effectué, si nous analysons le ou les motifs de recours initiaux à la liaison (il peut y avoir plusieurs motifs pour une même liaison), nous constatons que : 67,7% (soit 151 LPN) étaient une aide à la parentalité, 38,1% (soit 85 LPN) une précarité psycho-sociale et financière, 20,2% (soit 45 LPN) une pathologie de l'enfant, 8,9% (soit 20 LPN) un ATCD maternel somatique et/ou psychiatrique et 8,9% (soi(20 LPN) des conditions d'accouchement difficiles (figure 8).

Figure 8. Moyennes en pourcentages des motifs de recours aux liaisons parmi les LPN ayant abouties à un suivi médical ultérieur en PMI.



IV. DISCUSSION

Dans le cadre de cette étude traitant des inégalités sociales de santé en matière de périnatalité, l'objectif était de décrire l'un des dispositifs de soutien mis en place par le Conseil Départemental des BDR qui est celui des « liaisons post-natales maternité-PMI » en prenant l'exemple de celles reçues par la maison de la solidarité des Flamants du 14ème arrondissement de Marseille. Nous avons pu étudier plusieurs paramètres de ce dispositif qui sont intéressants pour discuter de l'organisation du dispositif et de la population cible.

1. Résultats principaux et interprétation

Concernant l'origine des liaisons, nous avons pu voir qu'elles émanaient en majorité des maternités publiques Nord et Conception et de la maternité privée de Beauregard. Ce résultat était plutôt attendu. Tout d'abord, géographiquement parlant, les maternités de l'hôpital Nord et de Beauregard sont les plus proches du 14ème arrondissement ; ensuite le fait que les maternités publiques soient les premières en nombre de liaisons émises est probablement lié au recrutement des patients. En effet, nous avons pu voir précédemment que les habitants des quartiers nord de Marseille où se trouve le 14ème arrondissement présentent un niveau de précarité dit « élevé » donc ne peuvent souvent pas assumer certains surcoûts pratiqués dans les établissements privés (dépassements d'honoraires des gynécologues-obstétriciens et anesthésistes, frais de confort). D'autre part, nous pouvons supposer que les maternités publiques sont en plus étroite collaboration avec les services publics de santé. Concernant la maternité St Joseph, qui est la 1ère maternité marseillaise en nombre d'accouchements (4766 accouchements en 2016), nous observons qu'elle n'est pourtant classée qu'en 4ème position des maternités émettrices de liaisons. Ceci s'explique en grande partie en raison de sa localisation dans le 8ème arrondissement, au sud de la ville, considéré comme plus favorisé sur le plan socio-financier. Le recrutement de patients y est donc différent. En revanche, les analyses des dernières années révèlent que depuis 2011, le nombre de LPN émises depuis la maternité St Joseph a triplé, ce qui montre bien qu'un partenariat de qualité est maintenant établi entre les services de PMI et cette maternité privée.

Si nous nous intéressons aux services émetteurs, les services de suites de couche arrivaient largement en 1ère position en nombre de liaisons émises : ceci s'explique facilement du fait qu'il s'agit du service préparant le retour à domicile, où sont abordés les problèmes et difficultés des parents à l'arrivée de leur enfant. Par ailleurs le passage des puéricultrices et/ou sages-femmes des antennes PMI y sont réguliers. Le service de néonatologie arrive en second

émetteur : en effet il s'agit là aussi du service organisant le retour à domicile mais cette fois pour les enfants nés prématurément et/ou ayant eu des problèmes médicaux à la naissance, et possiblement passés par le service de réanimation pédiatrique auparavant. Le parcours de ces enfants et de leurs familles est d'autant plus compliqué et nécessite donc un soutien, un suivi et une surveillance médicale plus rapprochés.

Concernant l'information des parents sur le dispositif, sur la liaison elle semblait être validée et acceptée par les familles car la plupart des parents informés acceptaient l'aide de la PMI lorsqu'ils étaient à la maternité. Or, dans un certain nombre de cas, les parents ne donnaient finalement pas suite à la liaison une fois retournés à leur domicile. Nous n'avions pas connaissance des modalités de délivrance de cette information sur la liaison : transmission orale après rencontre avec le personnel de l'antenne PMI, transmission orale via le personnel de la maternité ou alors transmission écrite sur une plaquette informative. Le fait que certains parents n'étaient finalement pas intéressés par le dispositif est probablement en partie lié à un équilibre retrouvé lors du retour à domicile, et un apaisement des doutes ou inquiétudes une fois passés les premiers jours à la maternité. Mais peut-être est-il lié aussi à une information incomprise ou incomplète sur l'intérêt du dispositif. De plus, nous ne pouvons pas éliminer un problème de méfiance vis-à-vis de la PMI qui est parfois vue comme un outil de contrôle par les parents (signalements possibles auprès des services sociaux), d'où la nécessité d'une réassurance avec une information claire du rôle du dispositif. Malheureusement, les sorties précoces de la maternité, l'absence d'interprètes pour aider les parents non-francophones, l'impossibilité de s'isoler en chambre double sont autant de freins à une information de qualité.

Le premier contact par la PMI de secteur s'est fait par téléphone dans la grande majorité des cas. En effet, les mises à disposition par voie postale et les visites à domicile directes (rares) ne sont réservés qu'aux cas où les coordonnées téléphoniques s'avèrent erronées ou sans réponse.

En ce qui concerne les caractéristiques maternelles, nous avons pu constater que, toutes maternités confondues, la moitié des mères étaient des primipares et si nous nous penchons sur les maternités dans lesquelles elles ont accouché, il semblerait que les maternités privées comptent une plus grande part de primipares, et a contrario que les maternités publiques comptent une plus grande part de grandes multipares.

Les motifs de recours à la liaison étaient souvent multiples, les plus fréquemment retrouvés étant l'aide à la parentalité (souvent soutien à l'allaitement, conseils ou réassurance parentale) et la précarité psycho-sociale et financière. Nous avons pu voir que pour ces deux

motifs, les liaisons étaient dans la moitié des cas réalisés pour des mères primipares, l'action menée par la PMI de secteur était dans un grand nombre de cas une visite à domicile et dans une moindre mesure une consultation de puériculture. D'ailleurs lorsque nous avons étudié les actions dans le premier mois de vie de l'enfant, nous avons constaté qu'elles pouvaient être multiples également : les visites à domicile par une puéricultrice et/ou une sage-femme représentaient plus de la moitié des actions menées, tous motifs confondus. Nous ne pouvons nier le fait que les visites à domicile sont un réel confort pour les parents de nouveau-nés, qui avec le déséquilibre de leur quotidien, la fatigue, le respect du rythme de vie de l'enfant, la présence d'autres enfants à charge et autres, ont parfois des difficultés à se déplacer pour aller consulter une puéricultrice/sage-femme/médecin à l'extérieur. En revanche, il est important de noter que ces visites à domicile demandent des moyens humains importants. En effet, plusieurs puéricultrices/sages-femmes à plein temps sont nécessaires pour quadriller et suivre l'ensemble du secteur de la MDS. D'autre part, ces visites sont très chronophages pour les équipes (temps de trajet, temps de rédaction du compte-rendu de la visite au retour, disponibilité pour adapter leur horaire de visite, visites infructueuses à renouveler en raison d'une absence de la famille au domicile). Lorsque nous avons étudié l'action menée en fonction du ou des motifs de la liaison, nous avons constaté que les motifs d'aide à la parentalité et de conditions d'accouchement difficiles sont ceux qui, en proportion, ont entraîné le plus de visites à domicile. En effet, nous pouvons comprendre que lors d'un accouchement difficile, l'état de santé de la mère (douleur, impossibilité de station debout prolongée, difficulté à se déplacer) est à prendre en compte et la visite à domicile s'avère souvent nécessaire pour assurer le suivi. En revanche, pour certains cas où l'aide à la parentalité (soutien à l'allaitement, conseils en parentalité, réassurance parentale) est l'unique motif à la liaison, on peut se demander si la visite à domicile ne pourrait pas être remplacée par une consultation de puéricultrice sur le lieu de la PMI de secteur.

Sur le plan des consultations médicales, nous avons constaté qu'elles étaient faiblement représentées en termes d'actions pendant le premier mois de vie, pourtant, par la suite, un suivi médical régulier était effectué pour plus de la moitié des enfants. Ceci s'explique par le fait que ces consultations étaient très souvent prévues au 1 mois révolu de l'enfant donc non-comptabilisées dans cette étude. En effet, les créneaux de rendez-vous médicaux sont très vite saturés et les liaisons de plus en plus nombreuses à gérer. Les enfants sont donc vus de manière plus précoce par les puéricultrices qui sont à même de demander une consultation médicale plus urgente si nécessaire. Enfin, pour finir sur ce sujet, l'étude a révélé un résultat qui peut paraitre surprenant : le motif de pathologie de l'enfant est celui qui a entraîné, en

proportion, le moins de consultations médicales. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela : tout d'abord les enfants présentant des pathologies sévères sont la plupart du temps suivis de manière rapprochée par des médecins spécialistes hospitaliers et/ou de ville et ceux nés très prématurément avec ou sans complications sont souvent suivis dans le cadre du Réseau « Méditerranée ». Ce réseau est une association de professionnels de la santé en périnatalité qui s'occupe notamment de coordonner les soins des nouveau-nés prématurés de moins de 33 semaines de la région PACA ouest et Corse du sud et de suivre les enfants via des consultations spécifiques à chaque âge clé du développement pendant leurs 7 premières années. Plus généralement, le but de ce réseau est d'accompagner au mieux le projet pré-conceptionnel, le déroulement de la grossesse, les conditions de la naissance, les impacts sur le bien-être de l'enfant et de ses parents ainsi que le suivi des plus vulnérables de manière harmonieuse. Les actions qu'il mène peuvent être des actions de prévention grand-public, des formations pour les professionnels de la périnatalité, des conseils et aides à des projets scientifiques ou encore la création d'un « observatoire de la santé périnatale » en analysant des indicateurs donnés par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en lien avec l'Agence Régionale de Santé (ARS).[26]

Enfin, la catégorie du motif « pathologie de l'enfant » contient un certain nombre de liaisons (dont la présente étude n'a pas permis d'en comptabiliser le nombre exact) qui concernent uniquement une simple surveillance pondérale pour des enfants ayant un petit poids de naissance pour l'âge gestationnel et qui donc peuvent être suivis par une puéricultrice qui alerte le médecin de la PMI uniquement en cas de mauvaise évolution.

Enfin, nous avons pu mettre en évidence la réactivité des équipes et du dispositif car dans les trois quarts des cas, la liaison parvenait à la PMI de secteur dans les 7 jours suivant la naissance et dans quasiment la moitié des cas, la première action était lancée dans la deuxième semaine de vie de l'enfant.

2. Forces et faiblesses de l'étude

L'une des forces de cette étude réside dans le fait qu'elle a été réalisée sur un grand nombre de liaisons, sur la globalité d'une année civile, et de surcroit sur un secteur important qu'est la MDS des Flamants qui est la première PMI de secteur de la ville de Marseille en nombre de liaisons reçues en 2017. Elle nous a permis de pouvoir étudier plusieurs paramètres de façon concomitante afin de cerner au mieux les besoins de la population étudiée et les actions possibles pour réaliser un soutien de qualité.

D'autre part, il est important de dire également que cette étude a pu être réalisée grâce à la qualité des informations collectées et renseignées par les équipes de la MDS des Flamants.

En revanche, étant donné que c'est une étude descriptive longitudinale, elle a un faible niveau de preuve scientifique donc elle nous permet de faire des hypothèses sans pour autant pouvoir établir de vrais liens de causalité entre les différents paramètres étudiés. Par ailleurs, les résultats obtenus dans cette étude ne sont pas extrapolables à la population générale de Marseille ou même du département des BDR. En effet, le caractère mono-centrique induit une population d'étude ne présentant pas forcément les mêmes caractéristiques démographiques, socio-économiques, que le reste de la population marseillaise, comme nous avons pu le voir précédemment (bas niveau de revenus, fort taux de familles monoparentales, taux de pauvreté élevé, surreprésentation des ouvriers dans le 14ème arrondissement). Il pourrait donc être utile de réaliser une étude des liaisons dans les quartiers où le taux de pauvreté est plus faible, à savoir les 7ème, 8ème, 9ème et 12ème arrondissements de Marseille[19] plus au sud, afin de comparer les résultats et adapter le dispositif. Enfin, le recueil de données a été réalisé sur un grand nombre de documents papiers (liaisons reçues par fax, compte-rendus écrits des puéricultrices, fiche d'intervention des TISF), nous ne pouvons donc ignorer les erreurs ayant pu se glisser dans le tableau de recueil et donc dans les résultats : erreurs de retranscription, oubli d'information, catégorisation des motifs arbitraires, erreurs de calculs. De plus, les liaisons sont traitées par plusieurs puéricultrices différentes (ici 4), chacune ayant sa méthodologie de traitement et de rédaction, donc on ne peut exclure que certaines informations soient manquantes dans certaines liaisons car non notées de manière systématique selon la personne en charge.

3. Hypothèses d'optimisation

Les liaisons post-natales représentent un dispositif d'aide précieux pour le soutien et l'accompagnement des familles qui sont dans le besoin lors d'une naissance et ce quel qu'en soit le motif (médical, social, psychologique, financier). Les équipes sont dévouées, consciencieuses mais malheureusement limitées. En effet, le nombre de liaisons est en augmentation depuis une dizaine d'années, 1820 liaisons en 2005 pour 4318 liaisons en 2017, or les moyens humains et financiers nécessaires au bon fonctionnement du dispositif eux, n'augmentent pas de façon proportionnelle. Il est donc indispensable à l'avenir, pour la pérennité du dispositif, d'essayer d'optimiser ces moyens. Plusieurs pistes peuvent être envisagées. Par exemple, nous pensons qu'il faudrait favoriser les consultations de

puériculture de proximité à la MDS plutôt que les visites à domiciles dans les cas où le motif est principalement un soutien à la parentalité ou à l'allaitement et que la famille peut se déplacer. Ensuite, il serait bénéfique d'accroitre l'action des TISF au domicile qui ont un rôle très utile de prévention, d'éducation, d'accompagnement et de soutien dans le but d'autonomiser les personnes aidées. Par ailleurs, pour soulager les équipes de PMI, nous pensons qu'un autre dispositif d'aide pourrait être exploité plus fréquemment: le dispositif PRADO Maternité.[27] En effet, l'assurance maladie a mis en place depuis 2010, un service d'aide au retour à domicile permettant d'accompagner les familles et de fluidifier le parcours hôpital-ville. Pour cela, des sages-femmes libérales (au choix du patient) se déplacent à domicile pour assurer le suivi clinique de la maman et de son nouveau-né et les accompagner dans leur nouvelle relation mère-enfant. Par contre, ce service ne peut prendre le relai que dans les motifs de soutien à la parentalité et à l'allaitement ou pour les conditions d'accouchement difficiles et ce pour des nouveau-nés sans problèmes médicaux ou alimentaires, issus de grossesses uniques et de mères majeures. [27] Enfin, il pourrait être intéressant d'optimiser les modalités d'information des parents et de les notifier plus clairement sur la liaison afin de limiter au maximum les liaisons classées sans suite qui prennent du temps aux équipes de secteur mais s'avèrent infructueuses.

Il existe très peu d'études d'évaluation d'autres dispositifs de soutien à la parentalité tels que celui des liaisons. Actuellement le projet PANJO[28] est un dispositif expérimental de formation-action qui se penche sur l'implantation d'un service de prévention précoce en périnatalité dans les systèmes publics en France. Il est réalisé sur 4 départements tests : Paris, les Hauts-de-Seine, la Loire-Atlantique et le Rhône. Son but est d'adapter et expérimenter dans des services de PMI un dispositif de promotion de la santé et de soutien à l'attachement basé sur le renforcement des visites à domicile. Ce dispositif comprend, pour les professionnels de santé des PMI participantes (puéricultrices, sages-femmes, médecins, psychologues), une formation à la théorie et la clinique de l'attachement et une formation à l'intervention à domicile (6 à 12 visites à domicile minimum) reposant sur l'attachement également. Les objectifs attendus à moyen et long termes sont de promouvoir la santé et l'attachement, les relations de qualité (parents-enfants d'une part et parents-PMI d'autre part) et les compétences relationnelles, de réduire les risques de maltraitance et abus infantiles, et de promouvoir les compétences parentales. Une première phase (2011–2015) de ce projet visait à documenter l'appropriation du dispositif par des équipes de PMI (acceptabilité et implantation du projet). La deuxième phase (2016–2018), toujours en cours, consiste en une évaluation de l'efficacité de l'intervention. Les résultats de la première phase montre que : la

partie formation théorique sur l'attachement « semble avoir été bénéfique pour l'ensemble des professionnels de PMI » ainsi que la seconde partie sur la formation aux interventions à domicile ; l'ensemble des professionnels interrogés ont souligné « l'intérêt intellectuel du projet, de la formation, ainsi que des écrits mis à leur disposition ». [28]

Dans un autre registre, il est important d'aborder le rôle que pourrait avoir le médecin traitant au cœur de ce dispositif. Nous pouvons envisager qu'il puisse lui aussi émettre des liaisons directement à la PMI de secteur lorsqu'il rencontre, dans le cadre de la périnatalité, des familles en difficulté. En effet, les médecins traitants n'ont pas forcément toujours toutes les ressources pour leur venir en aide et pourraient eux aussi s'appuyer sur le dispositif. Et a contrario, pour la PMI, il pourrait être utile d'améliorer la communication et la relation avec ces derniers pour favoriser le relai en médecine de ville. Pour cela, une campagne d'information destinée aux médecins de ville (médecins généralistes et pédiatres) pourrait être très utile, par voie écrite et si possible par contact direct oral par les médecins des PMI de secteur.

V. CONCLUSION

Le dispositif des liaisons post-natales maternité/PMI apporte un réel soutien aux familles en difficulté lors de la période périnatale que le problème rencontré soit social, médical ou psychologique et ce grâce à ses multiples actions et à la réactivité de ses services. Cette efficacité du dispositif est également permise grâce à un partenariat de qualité entre les services de PMI et les maternités publiques comme privées. En revanche, le nombre de liaisons est en constante augmentation depuis plusieurs années, or les moyens humains pour gérer ces liaisons, eux, sont limités. Par conséquent, des adaptations s'avèreront certainement nécessaires à l'avenir pour assurer la pérennité du dispositif. Enfin, il serait également intéressant d'améliorer les relations et la communication avec les médecins généralistes à propos de ce dispositif afin qu'ils puissent y avoir un rôle. Ceci permettrait à la fois aux médecins de famille de s'appuyer sur lui lorsqu'ils rencontrent une famille en difficulté n'ayant pas été repérée en maternité mais également d'assurer l'articulation avec la médecine de ville en parallèle à l'action de la PMI.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Périnatalité. 2 mars 2018. [Internet]. Consulté le 22 août 2018
   Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite

2. Fédération Solidarité. Parentalité et soutien à la parentalité. [Internet] Consulté le 22 août 2018. Disponible sur :
   http://www.federationsolidarite.org/images/stories/3_les_publics/enfance_famille/2%20parentalite%20_et%20_soutien%20_a%20_la%20_parentalite.pdf

3. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Journal Officiel de la République française n°55 du 6 mars 2007

4. Direction générale de l'Action Sociale (bureau de l'Enfance et de la Famille). Dossier : La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. [Internet]. Consulté le 14 février 2018.
   Disponible sur : http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/02/loimars2007reformeptionenfance.pdf

5. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mars 2014. [Internet] Consulté le 14 février 2018. Disponible sur :
   https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes?xtmc=&xtcr=1

6. Lang T, Kelly-Irving M et Delpierre C. Les conditions de vie des enfants construisent la santé et ses inégalités sociales à l'horizon de plusieurs décennies. Archives de pédiatrie, 2017;24; 699-702.

7. Azria E, Stewart Z, Gonthier C, Estellat C, Deneux-Tharaux C. Social inequalities in maternal health. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. Octobre 2015.
   Volume 43, numéro 10 ; 676-682.

8. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Etat de santé de la population en France, rapport 2011. [Internet] Consulté le 14 février 2018.
   Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf.

9. Haut Conseil de Santé publique. Crise économique, santé et inégalités sociales de santé. Paris : La documentation française, 2016,104 pages (collection Avis et rapports)

10. De Graaf JP, Steegers EA, Bonsel GJ. Inequalities in perinatal and maternal health. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 2013 ; 25 : 98-108.

11. Bernard O. Inégalité sociale de santé et périnatalité : évolution de la place de la PMI. Spirale. 5 juillet 2016; (78): 45-52.

12. Bushnik T, Yang S, Jay S. Kaufman, Michael S. Kramer et R. Wilkins. Incidence des disparités socioéconomiques sur les naissances prématurées et les nouveaux-nés de petite taille pour l'âge gestationnel. Statistique Canada, n°82-003-X, Rapports sur la santé. Novembre 2017; 28; 3-11.

13. Laugier O, Garcia P, Boucékine M, Daguzan A, Tardieu S, Sambuc R, et Boubred F. Influence of Socioeconomic Context on the Rehospitalization Rates of Infants Born Preterm. The Journal of Pediatrics. 1 nov 2017; 190: 174-179.

14. Krieger N. A glossary for social epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health. 2001 ; 55 ; 693-700.

15. Hertzman C. Putting the concept of biological embedding in historical perspective. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2012 ; 109 ; 17160-17167

16. Lang T. Inégalités sociales de santé : proposition du Haut Conseil de la Santé Publique pour la prochaine loi de santé publique. Institut de veille sanitaire|Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Numéro thématique Inégalités sociales de santé. 8 mars 2011;(8-9):99-100.

17. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Projet Régional de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 2012-2016 ; pages 21-31 [Internet] Consulté le 16 avril 2018
Disponible sur : http://www.apsp-paca.net/documents/PRSPACAfinal.pdf

18. Barry M et Dowling K. A Review of the evidence on enhancing psychosocial skills development in children and young people. World Health Organization Collaborating Centre for Health Promotion Research, National University of Ireland Galway, sept 2015 [Internet]. Consulté le 16 avril 2018
Disponible sur :
https://www.researchgate.net/publication/312053978_A_Review_of_the_Evidence_on_Enhancing_Psychosocial_Skills_Development_in_Children_and_Young_People

19. Martin M. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur. 17 % des habitants vivent sous le seuil de pauvreté en 2012. [Internet]. Consulté le 16 avril 2018
Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285915

20. Dumesnil H, Cantiteau C, Observatoire Régional de la Santé PACA. Etat des lieux préliminaire sur les quartiers Nord de Marseille, Système d'Information Régional en Santé PACA, 7 février 2012 [Internet]. Consulté le 16 avril 2018. Disponible sur : http://www.sirsepaca.org/pdf/Diagnostics_territoire/Diagnostic_commente_Marseille_quartiers_Nord_Fevrier2012.pdf

21. Observatoire Régional de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Synthèse du bilan de santé à Marseille, octobre 2012,1-24

22. Porte H et Suzineau E. Note de service sur la périnatalité. Document interne du Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône – Service de protection maternelle et infantile et de santé publique. 20 janvier 2014

23. Chaudoreille C et Ehret D. Note de service sur la mise en place de l'antenne PMI Hôpital Nord. Document interne du Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône – Service de protection maternelle et infantile et de santé publique. 7 novembre 2002

24. Lagarde F, Sacre P, Ouhnia F, Dhellin M, Eliot I, Manh A. Prévention précoce au domicile : une revue de la littérature et une description d'un service français d'intervention sociale et familiale, Summary. Devenir. 22 mars 2011;23(1):33-68.

25. Bernard O. Données chiffrées internes - Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône – Service de protection maternelle et infantile et de santé publique.

26. Réseau Méditerranée – Réseau de périnatalité PACA, Corse, Monaco. Objectifs. [Internet] Consulté le 3 août 2018
Disponible sur : http://www.reseauperinatmed.fr/reseau-mediterranee/

27. L'assurance Maladie. Prado, le service de retour au domicile. PRADO MATERNITE. [Internet] Consulté le 18 mai 2018
Disponible sur : https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado

28. Saïas T, Delawarde C, Colson S, Planche M, Vallée V, Roscoät E et al. Le projet Panjo, de l'expérimentation scientifique à l'implantation dans les services publics. Revue francophone internationale de recherche infirmière. Décembre 2016; (2) :232-241.

DÉPARTEMENT
BOUCHES-DU-RHÔNE

FICHE MEDICALE DE LIAISON P.M.I.

Antenne P.M.I. C.H.U. NORD
PAV mère/enfant RDC
Ch des Bourrely
13015 MARSEILLE
04.91.65.29.89. –04.96.15.32.29.A l'attention du médecin adjoint santé de P.M.I. de la M.D.S. :
fax. : 04.96.15.32.28.

Date :

Personne qui assure la liaison (médecin, puéricultrice) :
Hôpital : **Maternité :** ☐
Néonatologie : ☐ **Réanimation :** ☐ **Urgences :** ☐
Médecine : ☐ **Chirurgie :** ☐ **Consultations externes :** ☐
Dates d'hospitalisation : entrée : sortie :

ENFANT

NOM : **Prénom :** **Né(e) le:** **Sexe : M** ☐ **F** ☐
Terme (SA) : **Parité :** **Poids de naissance :** **Poids de sortie :**
Mère : NOM de jeune fille : **Prénom :** **Née le :**
Père : NOM : **Prénom :** **Né le :**
Adresse des parents ☐ **ou de l'hébergement** ☐ **:** **Téléphone :**

MOTIF DE LA LIAISON

Parents informés : oui ☐ **non** ☐ **Visite acceptée : oui** ☐ **non** ☐ **Retour souhaité par l'hôpital : oui** ☐ **non** ☐

FICHE A RETOURNER DANS LE MOIS SUIVANT A L'EQUIPE DE LIAISON

Suivi par :

- **Puéricultrice : VAD** ☐ **consultation puéricultrice :** ☐ **mise à disposition :** ☐
- **Médecin : consultation PI :** ☐
- **TISF périnatalité :** ☐
- **Suivi social :** ☐

Refus : ☐

Date, signature et tampon :

Réponse à donner au dos…

Modèle du tableau Excel ayant servi au recueil de données, divisé en 4 parties pour adaptation au format A4, avec, en exemple, la première liaison saisie.

	Date de naissance	Maternité	Service émetteur	Parité	Age maternel
1	29/01/2018	Conception	SDC	1	27

MOTIFS DE LA LIAISON				
Précarité psycho-social et financière	**ATCD maternel somatique et/ou psychiatrique**	**Pathologie de l'enfant**	**Aide à la parentalité**	**Conditions d'accouchement difficiles**
Non	Non	Non	Oui	Non

ACTION DE LA PMI DANS LE 1ER MOIS DE VIE					
VAD puéricultrice	**Consultation puéricultrice**	**Consultation médicale**	**Mise en place de TISF**	**Transfert de MDS**	**Parents non intéressés**
Non	Non	Oui	Non	Non	Non

Informations des parents	Acceptation de la visite	Modalités du 1er contact	Suivi médical ultérieur en PMI	Date de réception liaison	Date de 1ere action	Date de retour liaison
Oui	Oui	Téléphone	Oui	02/02/17	01/03/17	07/03/17

ABRÉVIATIONS

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'enfance

ATCD : Antécédent

BDR : Bouches-du-Rhône

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CAMPS : Centres d'Action Médico-sociale Précoce

CD : Conseil départemental

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CSP : Code de Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

LPN : Liaison post-natale

MAD : Mise à disposition

MDS : Maison De la Solidarité

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

SDC : Suites de couche

TISF : Technicien(ne)s de l'Intervention Sociale et Familiale

UNICEF : United Nations of International Children's Emergency Fund

VAD : Visite au domicile

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RÉSUMÉ

Introduction :

Dans un but de prévention et de réduction des inégalités sociales de santé en périnatalité, le Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône, via son service de protection maternelle et infantile (PMI), a mis en place un dispositif médico-social nommé « liaisons post-natales ». Bien qu'ancien, ce dispositif n'a jamais été évalué sur son intérêt et ses limites. Le nombre de liaisons est en augmentation constante depuis une dizaine d'années. Or, les moyens techniques et humains pour les gérer risquent à terme de devenir insuffisants. L'objectif de cette étude est de décrire le dispositif actuel des liaisons post-natales maternité-PMI, afin de l'améliorer si nécessaire, en prenant l'exemple de celles reçues par la Maison de la Solidarité des Flamants dans le 14ème arrondissement de Marseille.

Matériel:

Étude épidémiologique descriptive longitudinale, monocentrique, rétrospective. Critères d'inclusion : liaisons post-natales d'enfants nés en 2017, dans les maternités marseillaises publiques ou privées, parents domiciliés dans le 14ème arrondissement. Données recueillies sur la base de documents papiers archivés, anonymisées par numérotation et retranscrites dans un tableau Excel standardisé. Items étudiés : maternité et service émetteur, âge et parité maternels, motif de recours à la liaison, actions de la PMI dans le 1er mois de vie de l'enfant, délais d'action, existence d'un suivi médical ultérieur en PMI. Les statistiques ont été obtenues par analyse quantitative.

Résultats :

Dans les 2/3 des cas, les liaisons ont été transmises par les maternités de l'hôpital public (Nord et Conception). Dans 46,8% des cas, les mères étaient des primipares. La moyenne d'âge maternel était de 28,6 ans, 4,7% étaient mineures, 17,1% étaient des mères dites « jeunes » (≤21 ans). Les 2 motifs de liaison les plus représentés étaient l'aide à la parentalité pour quasiment les 2/3 des liaisons, suivis de la précarité psycho-sociale et financière (38,8%). Les 397 liaisons inclues ont entrainé un total de 429 actions par la PMI de secteur dans le 1er mois de vie avec en premier lieu des visites à domicile dans plus de la moitié des cas et des consultations de puéricultrice (24,9%).

Conclusion :

Le dispositif des liaisons post-natales maternité/PMI apporte un réel soutien aux familles en difficulté lors de la période périnatale, que le problème rencontré soit social, médical ou psychologique, et ce grâce à ses multiples actions, à la réactivité de ses services et à un partenariat de qualité avec les maternités publiques comme privées. En revanche, certaines adaptations s'avèreront probablement nécessaires à l'avenir pour assurer la pérennité du dispositif. Enfin, il serait intéressant de faire participer les médecins traitants à ce dispositif n'y ayant pas de rôle à l'heure actuelle.

Mots-clés : périnatalité, parentalité, inégalités sociales, inégalité sociales de santé, liaison maternité, protection maternelle et infantile, PMI.