



HAL
open science

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.



Faculté
de Médecine
Aix-Marseille Université

**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 08^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BRETTELLE Florence

Président

Monsieur le Professeur SAMBUC Roland

Assesseur

Monsieur le Docteur BERNARD Olivier

Directeur

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur



Faculté
de Médecine
Aix-Marseille Université

**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 08^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BRETTELLE 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

Asseseurs :

- * 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 :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} 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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		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. BURGENDORFER (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 Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (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	VIALETTE 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	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		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 (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT 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 ; BRÛOLOGIE 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)
BRETTELE 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)
PELLISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

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

BERLAND/BENHAÏM 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 Stéphanne (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)
GAILLON 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, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE 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)
 PAPAIZIAN 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)

PHILOSOPHIE 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)
 DADOIN 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. <u>INTRODUCTION</u>	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. Tendances 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

<u>II. MATÉRIEL ET MÉTHODE</u>	p.20
<u>III. RÉSULTATS</u>	p.22
1. Origines des liaisons	
2. Informations des parents et modalités du 1 ^{er} 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 1 ^{er} 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
<u>IV. DISCUSSION</u>	p.31
1. Résultats principaux et interprétation	
2. Forces et faiblesses de l'étude	p.34
3. Hypothèses d'optimisation	p.35
<u>V. CONCLUSION</u>	p.37
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p.38
<u>ANNEXE 1</u>	p.41
<u>ANNEXE 2</u>	p.42
<u>ABRÉVIATIONS</u>	p.43
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	

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 6^{ème} et le 10^{ème} 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 connaît 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 : 14^{ème} rang européen du taux de mortalité néonatale avec 2,3 pour 1000 naissances, taux de mortinatalité de 3,5 pour 1000 naissances (hors IMG), 10^{ème} rang du taux de prématurité avec 6,6%, 7^{ème} rang européen du taux de césarienne avec 21%.

Par ailleurs, la France connaît 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 30^{ème}/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 néonatalogie 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 événements 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 défini comme « un processus d'acquisition d'un ensemble d'aptitudes ou de compétences à reconnaître 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 4^{ème} 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 2^{ème} 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 5^{ème} en France Métropolitaine. ^[19]

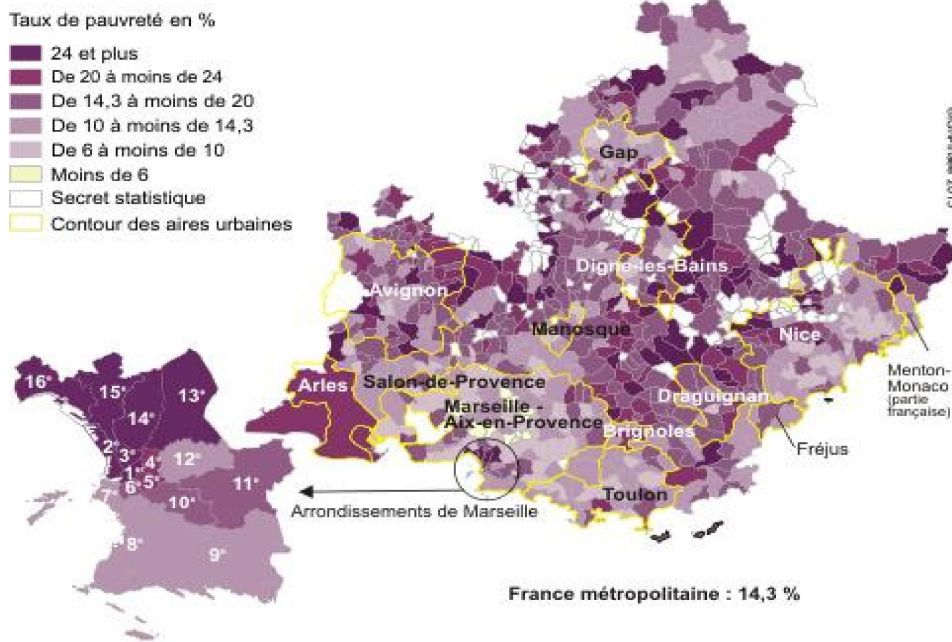
Départements	Taux de pauvreté	de Niveau de vie médian des personnes pauvres		Intensité de la pauvreté
	<i>en %</i>	<i>en euros/mois</i>	<i>en euros/an</i>	<i>en %</i>
Alpes-de-Haute-Provence	16,4	782	9 380	21,0
Hautes-Alpes	14,1	793	9 522	19,8
Alpes-Maritimes	15,2	763	9 155	22,9
Bouches-du-Rhône	18,1	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 14^{ème} 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, 7^{ème}, 8^{ème}, 9^{ème}, 12^{ème} (revenu médian annuel supérieur à 20 000 euros, surreprésentation des cadres) et des arrondissements plus pauvres au nord, 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème} (cf. figure ci-dessous^[19]). En ce qui concerne les 14^{ème} et 15^{ème} 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 (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème}), 15 à 20% des personnes ont un revenu composé à 100% d'allocations sociales. Le centre historique de Marseille lui (1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements) correspond au lieu de résidence le plus pauvre de la ville avec un revenu médian annuel inférieur à 10 000 euros.^[21] Mais le 14^{ème} arrondissement présente lui aussi un taux de pauvreté très important, 39%, ce qui lui confère le rang de 11^{ème} commune la plus pauvre de France Métropolitaine.^[19]

Taux de pauvreté dans les communes de Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2012



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 1^{er}, 14^{ème} et 15^{ème} arrondissements et environ 3 sur 10 dans les 2^{ème} et 3^{ème}. [21]

La population dans les quartiers nord est une population plutôt jeune. Dans le 14^{ème}, 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 14^{ème}).

Enfin, concernant les logements, le 14^{ème} 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 néonatalogie, 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 14^{ème} 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 nombre de liaisons reçues, la seconde étant celle de la Belle-de-mai (3^{ème} 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.

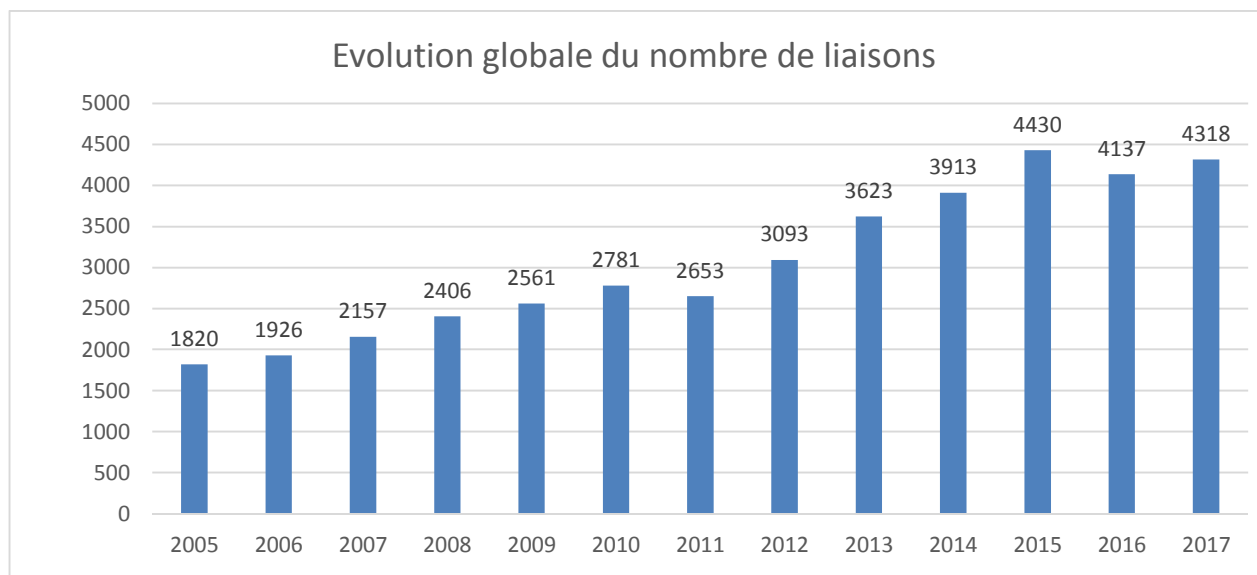
Dans le cas plus spécifique de la périnatalité, le Conseil Départemental des BDR via son service de PMI finance une intervention de 20 heures de TISF, sans participation financière des familles, visant à améliorer les conditions de la naissance, à prévenir un risque d'accident

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. Tendence 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%).

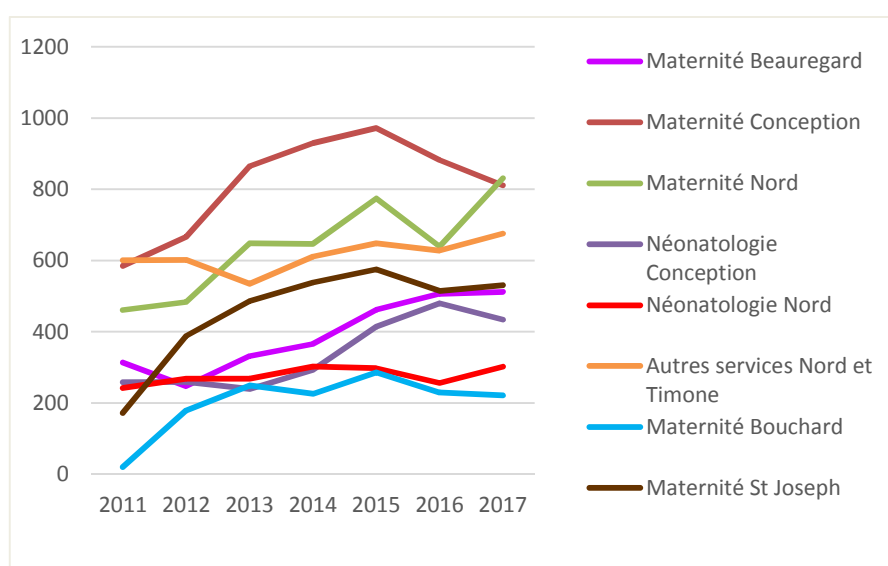


3.2.7.2. Evolution par service d'origine 2011-2017

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.

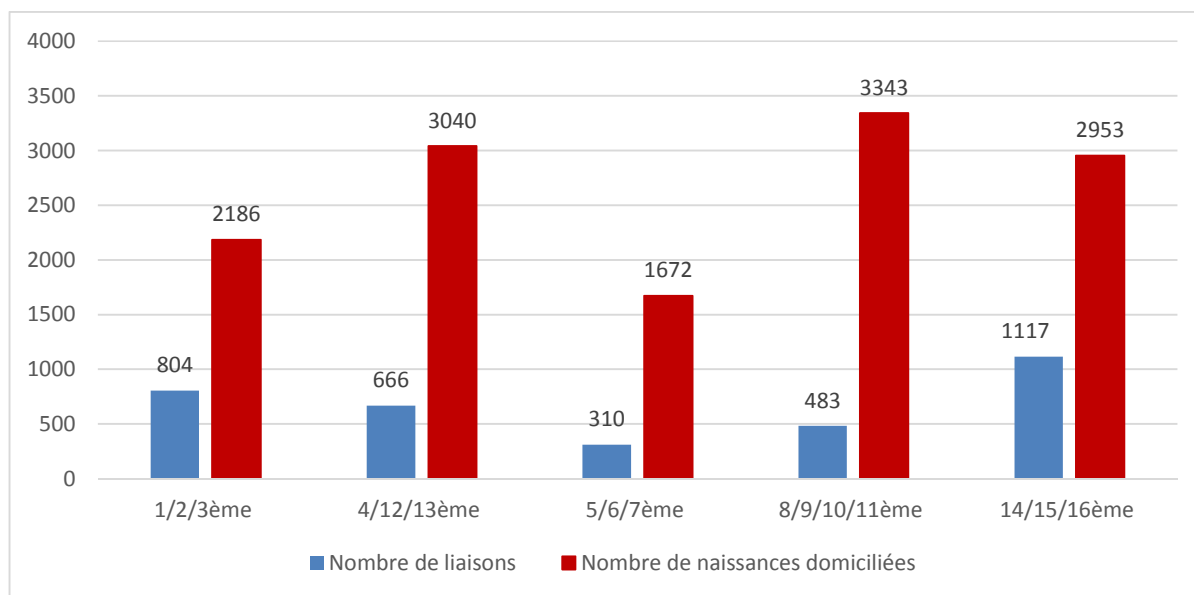
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maternité Beauregard	314	247	332	366	462	507	512
Maternité Conception	585	667	865	930	972	882	811
Maternité Nord	461	483	649	647	774	640	831
Néonatalogie Conception	258	259	239	293	414	480	434
Néonatalogie Nord	242	268	268	302	298	256	302
Autres services Nord et Timone	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 1/2/3^{ème} et 14/15/16^{ème} 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 14^{ème} 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 1^{er} 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 14^{ème} 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 1^{er} contact par la PMI, type d'actions de la PMI dans le 1^{er} mois de vie (ou 1^{er} mois après sortie de la maternité pour les enfants nés prématurément), date de réception de la liaison, date de la 1^{ère} 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 1^{er} 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.

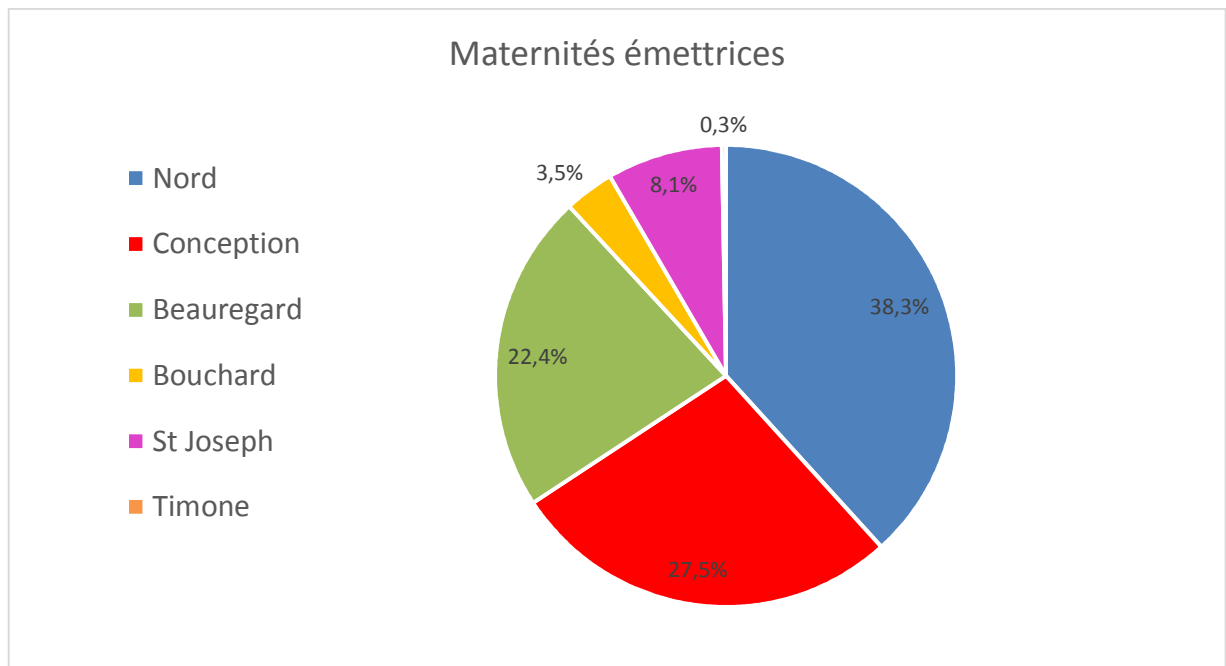
III. RÉSULTATS

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 1^{ère} 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 néonatalogie 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 1^{er} 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).

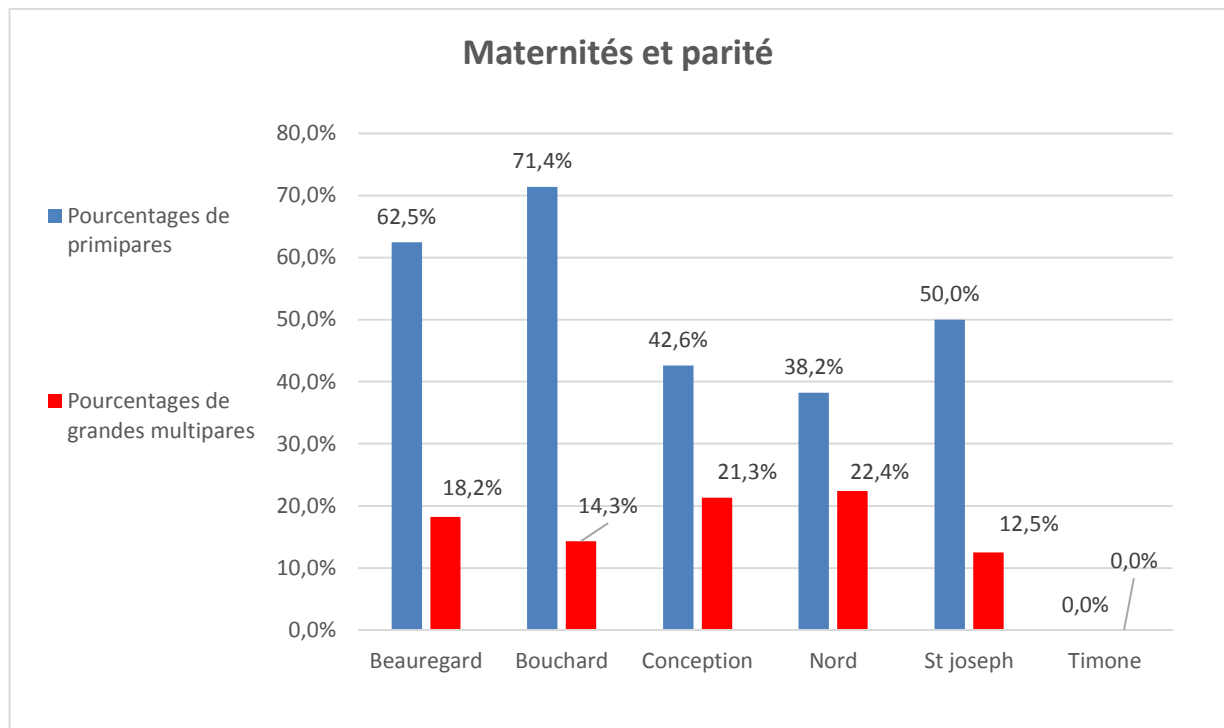
Tableau 1. Effectifs (en valeurs absolues) et moyennes (en pourcentages) en fonction de la modalité du premier contact.

<u>Modalité du 1er contact</u>	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, Beaugard 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%, Beaugard 18,2%, Bouchard 14,3% et St Joseph 12,5%.

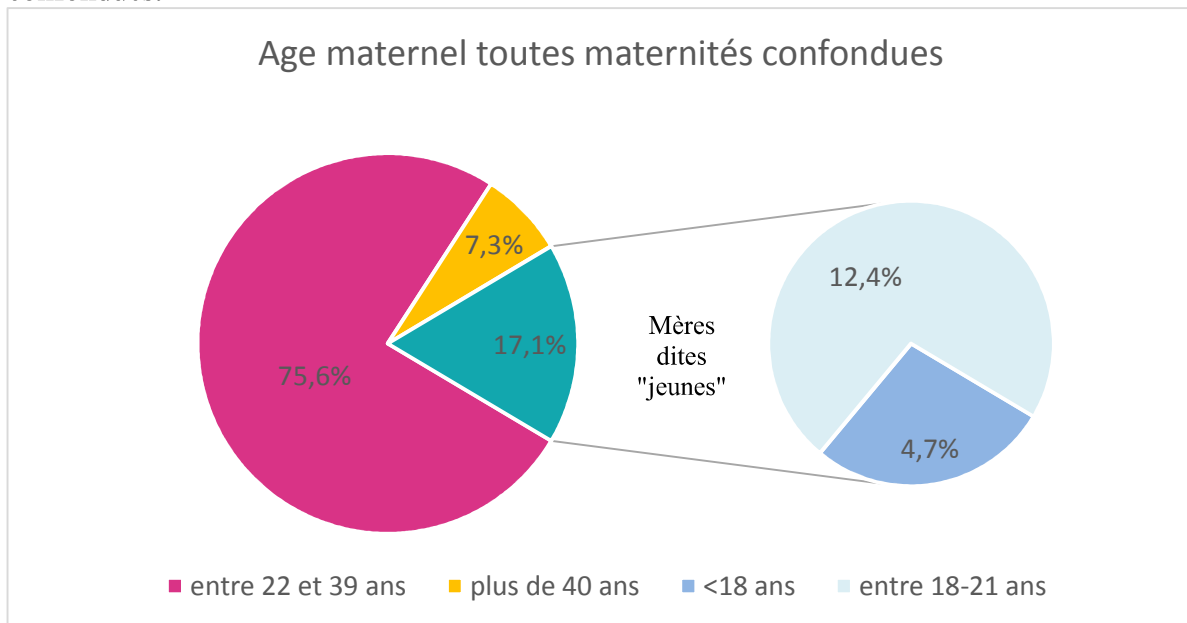
Figure 2. Moyennes en pourcentages des mères primipares et grandes multipares en fonction des maternités émettrices de LPN.



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 » (≤ 21 ans) 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.

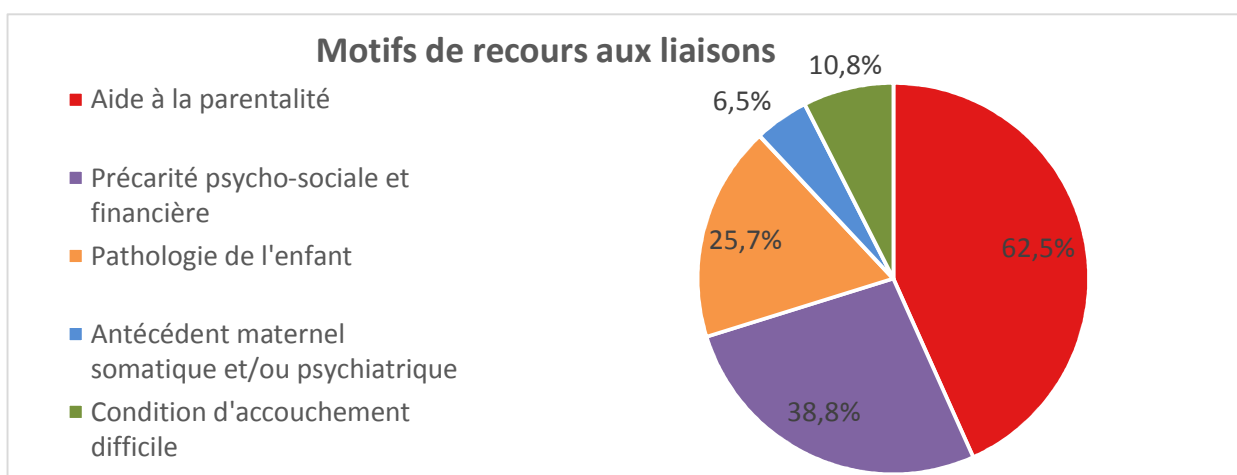


4. MOTIFS DE RECOURS A LA LIAISON

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 psychosociale 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 1^{ER} MOIS DE VIE DE L'ENFANT

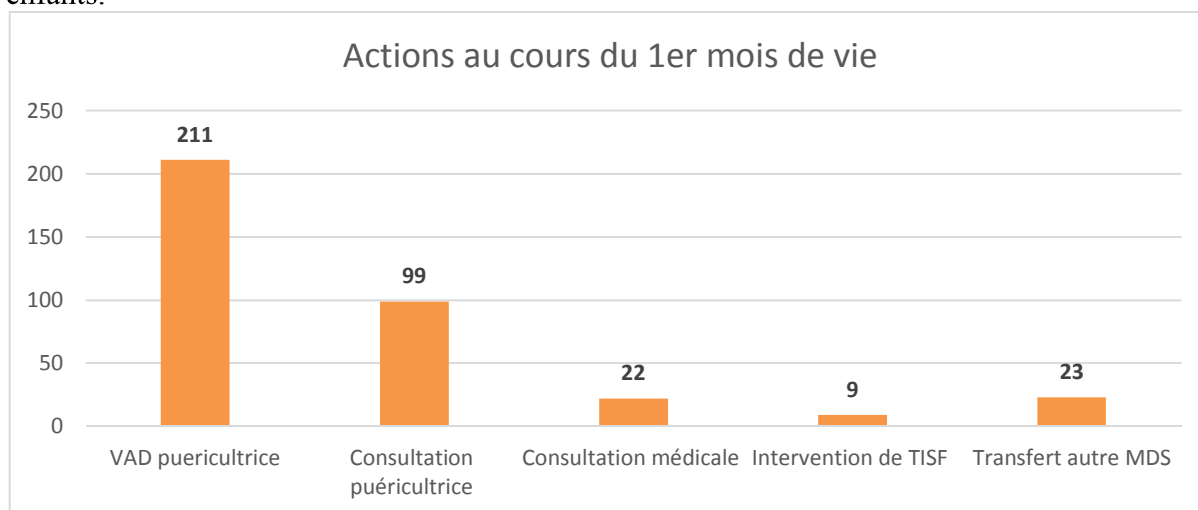
Les 397 LPN incluses ont entraîné un total de 429 actions par la MDS de secteur dans le 1^{er} mois de vie des enfants (ou 1^{er} mois après leur sortie de la maternité pour les enfants nés prématurément), soit une moyenne de 1,1 action par LPN.

Ces actions de la PMI au cours du 1^{er} 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 1^{er} mois de vie des enfants.

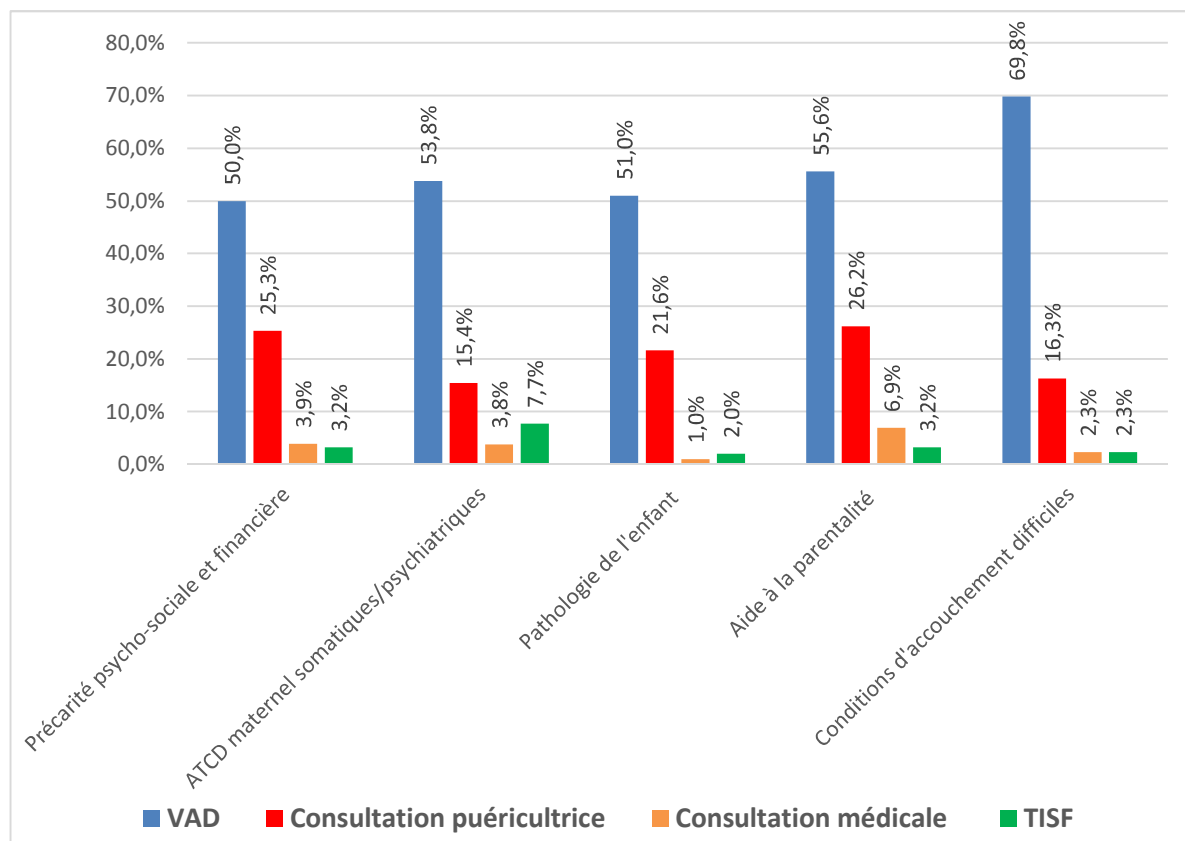


5.1. Actions selon le motif de la liaison

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 entraîné: 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 entraîné: 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 entraîné: 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 entraîné: 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 entraîné: 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 1^{er} 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%.

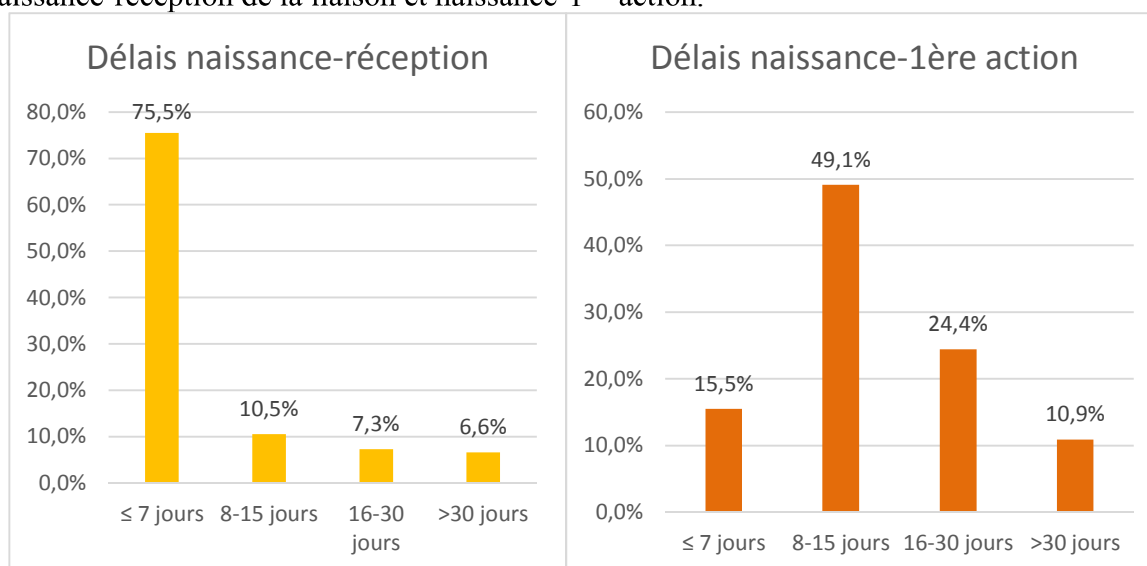
Tableau 4. Effectifs (en valeurs absolues) et moyennes (en pourcentages) du type d'actions au cours du 1^{er} mois en fonction de la parité.

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 7^{ème} jour de vie, 10,5% entre le 8^{ème} et le 15^{ème} jour, 7,3% entre le 16^{ème} et le 30^{ème} jour et 6,6% après le 30^{ème} jour de vie. Quant au délai entre la naissance de l'enfant et la 1^{ère} action de la PMI de secteur, dans quasiment la moitié des cas (49,1%) l'action a été menée entre le 8^{ème} et le 15^{ème} jour de vie de l'enfant, dans 15,5% avant son 7^{ème} jour, dans 24,4% entre le 16^{ème} et le 30^{ème} jour et dans 10% après son 30^{ème} 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-1^{ère} action.

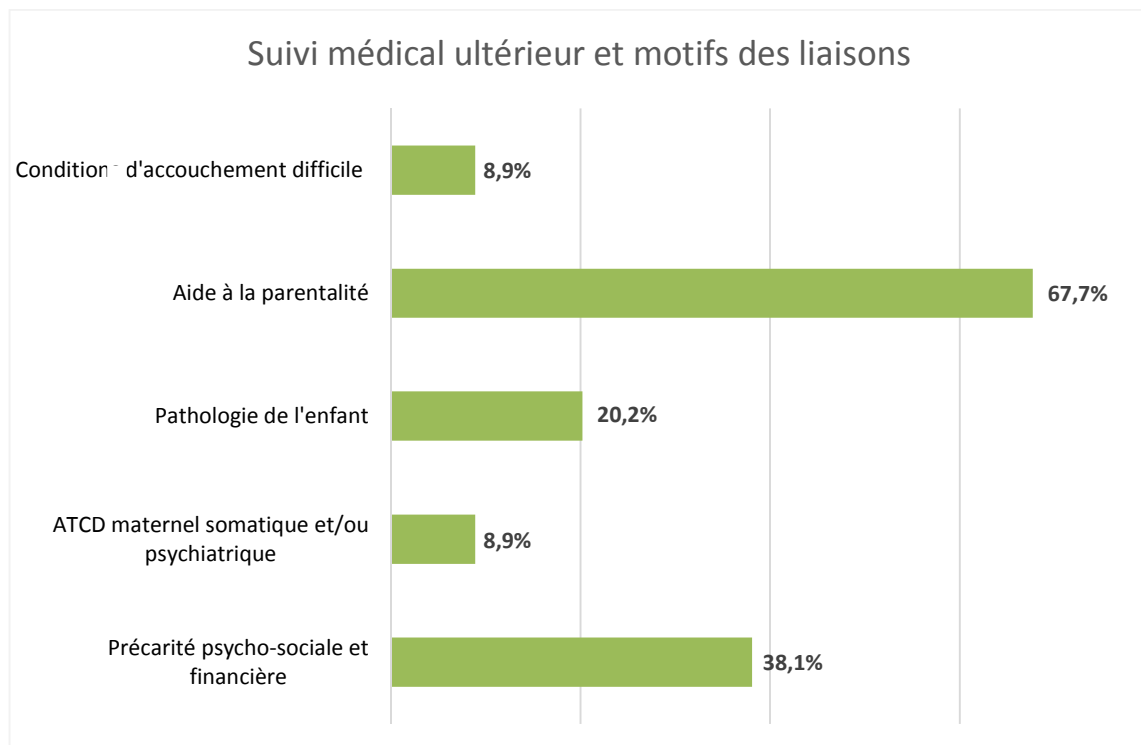


7. Suivi médical ultérieur

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% (soit 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 14^{ème} 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 14^{ème} 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 14^{ème} 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 1^{ère} maternité marseillaise en nombre d'accouchements (4766 accouchements en 2016), nous observons qu'elle n'est pourtant classée qu'en 4^{ème} position des maternités émettrices de liaisons. Ceci s'explique en grande partie en raison de sa localisation dans le 8^{ème} 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 1^{ère} 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 néonatalogie 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 paraître 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 surcroît 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 14^{ème} 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 7^{ème}, 8^{ème}, 9^{ème} et 12^{ème} 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 domicile 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'accroître 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%20et%20soutien%20a%20la%20parentalite.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/loimars2007reformeprotectionenfance.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-nouveaux-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-Tharoux 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.reseautperinatmed.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.



**FICHE MEDICALE DE LIAISON
P.M.I.**

Antenne P.M.I. C.H.U. NORD

Date :

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.

Personne qui assure la liaison (médecin, puéricultrice) :

Hôpital :

Maternité :

Néonatalogie :

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 1^{ER} 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

Information des parents	Acceptation de la visite	Modalités du 1 ^{er} contact	Suivi médical ultérieur en PMI	Date de réception liaison	Date de 1 ^{ere} 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.

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 14^{ème} 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 14^{ème} 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 1^{er} 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 incluses ont entraîné un total de 429 actions par la PMI de secteur dans le 1^{er} 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.