



Relations entre médecins généralistes et Protection maternelle et infantile en France dans le suivi médico-social de l'enfant : revue narrative de la littérature

Marie-Sophie Raboulin

► To cite this version:

Marie-Sophie Raboulin. Relations entre médecins généralistes et Protection maternelle et infantile en France dans le suivi médico-social de l'enfant : revue narrative de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03403854

HAL Id: dumas-03403854

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03403854>

Submitted on 26 Oct 2021

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.

THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Par

Marie-Sophie RABOULIN

Née le 16 juillet 1991 à Saint-Maur-des-Fossés

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2021

Relations entre médecins généralistes et Protection maternelle
et infantile en France dans le suivi médico-social de l'enfant :
revue narrative de la littérature.

JURY

Président : Monsieur le Professeur Stéphane MARRET

Assesseurs : Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD
Madame le Docteur Laëtitia BOURDON

Directeur de thèse : Madame le Docteur Catherine BOISGONTIER

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021
U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre Pédiopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN Médecine interne
Mr Jacques BENICHO	HCN Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN Immunologie
Mr François CARON	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET gériatrie	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Éric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie

Mme Bouchra LAMIA	Havre Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN Épidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN Ophtalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN Hépto-gastrologie

Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Éric VERIN Réadaptation	Les Herbiers	Médecine Physique et de
Mr Éric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie

M. Vianney GILARD	HCN Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN Épidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN Anatomie
Mr Julien WILS	HCN Pharmacologie

PROFESSEUR AGRÉGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR Anglais

ATTACHÉS TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR Biologie
-----------------------------	--------------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB économie de la santé	Législation pharmaceutique et
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie

Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIÉ

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHÉS TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina **GUAOUA-ELJADDI** Informatique

Mme Clémence **MEAUSOONE** Toxicologie

ATTACHÉ TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI** Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MÉDECINE GÉNÉRALE

PROFESSEUR MÉDECINE GÉNÉRALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFÉRENCE MÉDECINE GÉNÉRALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIÉS A MI-TEMPS – MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFÉRENCES ASSOCIÉ A MI-TEMPS – MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON**

UFR Médecine générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine générale

Mme Lucile **PELLERIN**

UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)
(Unité Inserm 905)

Biochimie et biologie moléculaire

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)
(UMR 1079)

Biochimie et biologie moléculaire

Mme Carine **CLEREN** (med)

Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)
(UMR 1079)

Génétique moléculaire humaine

Mr Nicolas **GUEROUT** (med)

Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel **LETELLIER** (med)

Physiologie

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Anne-Sophie **PEZZINO**

Orthophonie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Youssan Var **TAN**

Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

***« La réussite, c'est obtenir ce que l'on veut.
Le bonheur, c'est apprécier ce que l'on obtient. »***

Jackson Brown

PLAN

INTRODUCTION	18
I. PRÉSENTATION DE LA PMI ET DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	19
I.1 La PMI	19
I.1.1 Historique	19
I.1.2 Les spécificités de la PMI	22
I.1.3 Missions actuelles	24
I.1.4 Organisation générale	26
I.1.5 Exemple : la PMI en Seine-Maritime	26
I.2 Le médecin généraliste	28
I.2.1 Rôles	28
I.2.2 Démographie	30
I.3 Bibliographie et justification	31
II. MÉTHODE	32
II.1 Critères d'éligibilité	32
II.2 Sources d'informations	33
II.3 Équations de recherche	33
II.4 Sélection des études	34
II.5 Évaluation des études : extraction des données et évaluation des biais	34
II.6 Logiciels utilisés	34
II.7 Synthèse descriptive des résultats	35
III. RÉSULTATS	36
III.1 Recherche bibliographique : obtention et sélection des études	36
III.2 Représentations mutuelles	37
III.2.1 Le médecin généraliste	37
III.2.2 La PMI	38

III.3 Ressentis respectifs quant à leur relation	40
III.4 Déterminants de la relation entre médecin généraliste et PMI	41
III.4.1 Freins	41
III.4.2 Leviers	47
III.5 Objectifs et contextes de la communication	50
III.5.1 Protection de l'enfance	50
III.5.2 Suivi social	51
III.5.3 Suivi médical	52
III.5.4 Psychologie et psychiatrie	53
III.6 Moyens de communication	54
III.6.1 Le téléphone	54
III.6.2 Le carnet de santé	54
III.6.3 Le mail, le courrier et les certificats	55
III.6.4 Les parents	55
III.7 Les propositions d'amélioration émanant des professionnels	56
III.7.1 La formation	56
III.7.2 Les rencontres physiques	56
III.7.3 Une optimisation des outils de communication	57
III.7.4 Le choix d'un médecin référent	58
III.7.5 Une politique de santé globale : attractivité, coordination, réseau	59
IV. DISCUSSION	60
IV.1 Discussion de la méthode	60
IV.1.1 Points forts	60
IV.1.2 Points faibles	61
IV.2 Discussion des résultats : la collaboration interprofessionnelle	63
IV.2.1 Le système professionnel	64
IV.2.2 Les déterminants interactionnels : cohésion, confiance et communication	69
IV.2.3 Les déterminants organisationnels : les difficultés pratiques	71
IV.2.4 Les déterminants organisationnels : l'appui institutionnel	74
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE	80
ABRÉVIATIONS	85
ANNEXES	86

INTRODUCTION

Le médecin généraliste est le spécialiste du soin de premier recours. Il coordonne la prise en charge des patients avec le reste du réseau de santé. Chez l'adulte comme chez l'enfant, la prévention primaire et le dépistage des situations à risque font partie de ses missions élémentaires.

Au sein des territoires de santé, la structure publique de la PMI (Protection maternelle et infantile) occupe une place singulière dans notre paysage sanitaire et social. Son maillage territorial, son ancrage médical, social et psycho-éducatif en font un acteur incontournable de la santé de l'enfant et de la famille.

Les médecins généralistes et la PMI partagent ainsi plusieurs domaines de compétence chez les jeunes enfants, les mères, les femmes et les familles plus largement. Ces professionnels sont amenés à collaborer mais cela impose une connaissance de l'organisation et des ressources mutuelles.

En pratique, les interactions paraissaient rares. L'hypothèse de départ était que les médecins généralistes et la PMI collaboraient peu dans leur champ d'action commun, notamment à cause d'un manque de connaissances théoriques et de rencontres physiques.

L'objectif principal de ce travail était de faire l'état des lieux à l'échelle nationale des relations entre les médecins généralistes et la PMI grâce aux différentes sources disponibles depuis 2009. L'objectif secondaire était de proposer des pistes d'amélioration afin d'optimiser la prise en charge des enfants.

I. PRÉSENTATION DE LA PMI ET DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

I.1 La PMI

I.1.1 Historique

Dans un contexte démographique et social alarmant, la première « Goutte de Lait » est fondée à Fécamp en 1894. L'allaitement maternel est encouragé à cause de « l'entérite » due au « mauvais lait ». Pour les allaitements mixtes, la structure fournit des biberons de lait de vache pasteurisé.

Une consultation de nourrissons y est jointe, ouverte à tous, avec une pesée hebdomadaire des nourrissons. D'abord destinée aux femmes pauvres, l'œuvre admet ensuite les autres classes sociales. La triple fonction de la consultation médicale, éducative et sociale constitue les prémices de la PMI.

La mortalité infantile chute. À la veille de la Première Guerre mondiale, près de 200 établissements ont déjà ouvert leurs portes.

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, le contexte sanitaire est à nouveau préoccupant. La mortalité infantile atteint le quart des naissances (contre 3,6 /1000 en 2020 en France selon les chiffres de l'Insee¹). En 1945, la même année que la sécurité sociale, la PMI est créée par ordonnance.

Afin de lutter contre la mortalité infantile, des consultations de suivi de grossesse et de pédiatrie préventive ainsi que des visites à domicile par des « infirmières » se mettent en place. La PMI n'est jusque-là constituée que d'assistantes sociales formées aux soins infirmiers. Le diplôme de puéricultrice est créé en 1947. Cette politique de prévention volontariste voulue par l'État a alors

¹ Institut National de la Statistique et des Études Économiques

vocation à s'adresser à toute la population des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans.

La création de la PMI s'accompagne dès l'origine d'un ancrage territorial fort, dans une logique d'accessibilité et de proximité. Dès 1951, on compte, 8 200 « postes de consultations » de nourrissons (0-2 ans), et 10 000 en 1964, auxquels s'ajoutent des postes de consultations d'enfants dits du 2^e âge (3-6 ans).

En 1964, un tiers des départements ont organisé des services de PMI, avec toutefois de fortes disparités sur le territoire.

Dans les années 1960, des textes successifs (décret du 19 juillet 1962 et loi du 6 juillet 1964) prévoient que la direction de la PMI soit confiée à un médecin. Des circonscriptions et des secteurs confiés à une assistante sociale sont définis. La PMI est sous tutelle de la DDASS (Direction départementale et affaires sanitaires et sociales) et du ministère de la santé.

Ce volontarisme porte ses fruits : tandis qu'entre 1945 et 1950, plus de 50 enfants sur 1 000 décèdent avant l'âge de 1 an, ce taux est ramené à 22 pour 1 000 en 1965, et 9,6 pour 1 000 en 1980. Cette réduction massive de la mortalité infantile n'est évidemment pas imputable à la seule PMI, mais celle-ci y a activement contribué. Le HCSP (Haut Conseil de la santé publique) en 1997 relevait : « la bonne couverture du territoire en services de PMI, la qualité de ces services, la dynamique donnée à la prise en charge de la mère et du nouveau-né par le programme de périnatalité (...) expliquent les progrès accomplis dans le domaine de la périnatalité. » (1)

Dans les années 1970, la PMI diversifie ses champs d'intervention : lutte contre la mortalité périnatale et la prématurité, et renforcement de la surveillance post-natale en instaurant les 3 certificats obligatoires que nous connaissons aujourd'hui (8^{ème} jour, 9^{ème} mois, et 24^{ème} mois).

La loi du 28 décembre 1967 appuyée par la loi du 4 décembre 1974 crée les CPEF (Centres de planification et d'éducation familiale) gratuits, accessibles à tous et garantissant la confidentialité. Les objectifs sont de maîtriser la fécondité, diffuser des

informations individuelles et collectives de prévention sur la santé sexuelle et l'éducation familiale. Les sages-femmes et les conseillères conjugales intègrent la PMI en 1975.

Puis, en 1977, les services de PMI sont impliqués dans l'agrément et le suivi des crèches et des haltes garderies, ainsi que dans l'agrément et le suivi des assistantes maternelles.

La PMI participe à la création des CAMSP (Centres d'action médico-sociale précoce). La PMI se saisit aussi de l'avancée des connaissances sur le développement de l'enfant et de la psychanalyse : une approche psycho-éducative et psycho-relationnelle vient s'intégrer à l'approche traditionnelle médico-sanitaire et médico-sociale. La PMI intègre une clinique et des pratiques attentives à la vie psychique des enfants dès le plus jeune âge, et à la relation parents-enfants.

A la veille de la décentralisation, une circulaire cadre du 16 mars 1983 oriente la PMI vers la promotion de la santé individuelle et collective, et vers la lutte contre les inégalités et les handicaps. Puis la PMI devient une compétence décentralisée des conseils généraux.

Une enquête menée en 1985 par le Syndicat national des médecins de PMI (SNMPMI) met en évidence la persistance d'une hétérogénéité des moyens selon les départements. Dans les suites, un cadre légal et réglementaire visant à impulser et soutenir une politique nationale sera mis en œuvre.

Le texte fondateur de la PMI actuelle est la loi du 18 décembre 1989 relative à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance. Elle redéfinit et étend les missions de la PMI. On ne parle plus seulement de « protection » mais aussi de « promotion de la santé ». Cela ne concerne plus la mère et l'enfant mais la famille et l'enfance.

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions ajoute une mission supplémentaire : l'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille particulièrement démunies.

Depuis, le dispositif a sensiblement évolué avec les lois de 2002, 2004 et 2005.

La loi du 5 mars 2007 renforce le rôle de la PMI dans la prévention précoce avec un entretien systématique psychosocial au cours du quatrième mois de grossesse et un bilan de santé pour tous les enfants de 3 et 4 ans.

Le président du Conseil départemental est confirmé comme chef de file de la protection de l'enfance sur son territoire.

En 2009, la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dénommée « loi HPST ») est votée. Le découplage entre le sanitaire et le médicosocial y est encouragé.

Elle impose la création par chaque ARS (Agence régionale de santé) de « deux commissions de coordination des politiques publiques de santé ». L'une est axée sur la prévention (elle favorise notamment les actions de la PMI) et l'autre sur le médico-social. Elle réaffirme le médecin généraliste comme coordinateur des soins primaires.

Ces évolutions permettent de souligner combien la démarche et l'identité de la PMI, tout en ayant connu des adaptations au fil du temps, sont à la fois « médicales et sociales ». (2)

Il convient aussi de relever que la notion de maillage de proximité est présente depuis l'origine. La PMI occupe donc une place singulière dans notre paysage sanitaire et social.

I.1.2 Les spécificités de la PMI

La PMI présente la particularité de **regrouper en un même lieu des personnels sociaux et sanitaires** et de réaliser à la fois **des interventions individuelles et collectives**. Ces caractéristiques de prise en charge ont été finement décrites dans un rapport de la Direction générale de la cohésion sociale de 2016 (3) :

- Une approche de la santé globale, en lien avec le contexte de vie ;
- Une continuité des actions entre la périnatalité, le CPEF et la santé du nourrisson puis de l'enfant. Les missions de soutien à la parentalité s'exercent dès la grossesse et se poursuivent durant les premières années de l'enfant ;

- Des modalités de travail basées sur une approche pluridisciplinaire liée à la composition des équipes : médecins, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, psychologues, éducateurs, psychomotriciens etc.

La PMI a développé un savoir-faire et des compétences **dans l'accueil et l'accompagnement des personnes et des familles vulnérables** qui se traduisent par un « savoir s'y prendre » décliné de multiples manières :

- Des actions collectives et animation dans les salles d'attente pour établir la confiance des personnes les plus éloignées du système de soin ;
- Un accueil non stigmatisant des personnes les plus vulnérables ;
- Une proximité géographique pour faciliter l'accessibilité des populations cibles : implantation notamment dans des quartiers en difficulté ou dans des zones déshéritées, y compris en milieu rural ;
- Des modalités d'accueil souples : permanences sans RDV de puéricultrices ou d'infirmières, durées de consultations plus longues que chez les médecins de ville et à l'hôpital, consultations itinérantes, appels téléphoniques aux familles pour leur rappeler les dates des consultations (« aller vers ») ;
- Des modalités administratives et financières faciles : accueil inconditionnel y compris en l'absence de droits ouverts à l'aide médicale d'État (AME) ou à la protection universelle maladie, gratuité des consultations et des vaccins, accès à l'IVG médicamenteuse ;
- L'édition de brochures et d'affiches accessibles ;
- Le recours si nécessaire à de l'interprétariat avec les familles migrantes.

Enfin, la PMI s'inscrit dans de multiples réseaux de proximité : réseaux de périnatalité avec les maternités, CAMSP, centres médico-psychologiques pédagogiques (CMPP), professionnels de santé libéraux, orientation et adressage vers des travailleurs sociaux pour mettre en œuvre un accompagnement social global, orientation vers des haltes garderies, ou lieux d'accueil enfants-parents pour aider les mères à envisager de confier leur enfant à des tiers, etc.

Tout cela fonde une valeur ajoutée spécifique et qualitative de la PMI : « globalement, la plus-value de la PMI réside dans son accessibilité géographique,

financière et culturelle, et sa démarche de prise en charge globale à la charnière du sanitaire et du social, de l'individuel et du collectif, du préventif et de l'éducatif, assortie d'un fort accompagnement social » (2)

Cette valeur ajoutée de la PMI est largement reconnue par les pouvoirs publics :

- Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) qualifiait la PMI, dans un rapport de 2014, « d'institution originale, pionnière d'un nouveau mode de prise en charge axé sur la prévention et la prise en compte des déterminants de santé » ; (4)
- Le rapport 2017 du Défenseur des droits sur les droits de l'enfant soulignait : « parce qu'elle s'inscrit pleinement dans une démarche de prévention et de promotion de la santé, la PMI est un service indispensable à l'effectivité du droit à la santé de l'ensemble des enfants en France, en particulier des plus précaires, et constitue à cet égard un acteur incontournable de la démocratisation de l'accès aux soins ».

I.1.3 Missions actuelles

I.1.3.1 Action prénatale

La PMI peut assurer le suivi des femmes enceintes en lien avec les équipes obstétricales. Elle accompagne la périnatalité, soutient l'aide à l'allaitement et organise des visites à domicile de sages-femmes et de puéricultrices.

I.1.3.2 Petite enfance

- Mission de santé globale des enfants de 0 à 6 ans :
 - Consultations gratuites de prévention (dont vaccination, dépistage précoce et orientation du handicap), surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif ;
 - Soutien à la parentalité, dépistage des troubles de la relation mère-enfant ;

- Liaisons avec les services hospitaliers et de néonatalogie et pédiatrie, ainsi que la médecine libérale ;
- Bilans de santé des 4 ans à l'école en collaboration avec les services de médecine scolaire.
- Mode de garde des enfants de moins de 6 ans : agrément et surveillance des structures d'accueil des jeunes enfants. Le service de PMI assure le contrôle médical, administratif et financier des établissements et personnels accueillant des enfants. Il prend en charge leur formation. Tous les modes de garde (y compris les centres de loisirs et de vacances) sont sous le contrôle et l'agrément des PMI.
- Actions spécifiques :
 - Soutien à la parentalité et à la famille (dont Technicien de l'intervention sociale et familiale -TISF-) au cours des premières années de vie de l'enfant ;
 - Veille épidémiologique, gestion des carnets de santé et exploitation des certificats de santé obligatoires (à visée épidémiologique et pour l'évaluation des besoins en périnatalogie, prévention vaccinale, prise en charge des handicaps) ;
 - Action en faveur de l'enfance en danger : IP (Information préoccupante), famille d'accueil et suivi des enfants de l'ASE (Aide sociale à l'enfance).

1.1.3.3 Planification des naissances, CPEF et actions de prévention dans les collèges

- Consultations médicales (contraception, dépistage des infections sexuellement transmissibles...) ;
- Informations collectives, notamment dans les établissements scolaires en partenariat avec l'Éducation nationale ;
- Entretiens pré- et post-IVG (Interruption volontaire de grossesse) (y compris pour les mineures), IVG médicamenteuses ;
- Entretiens de conseil conjugal et familial ;

- Coordination des actions avec les espaces santé jeunes, les maisons des adolescents, les centres de vaccination et les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST).

I.1.4 Organisation générale

Le service de PMI est sous l'autorité et la responsabilité du président du Conseil départemental, et est dirigé par un médecin départemental. Le personnel et les moyens financiers lui sont propres. En fonction des enveloppes budgétaires votées, les moyens et les actions de la PMI sont plus ou moins élaborés.

Le service territorial doit disposer (article L2112-7 du Code de la santé publique) :

- D'une sage-femme pour 1500 enfants² ;
- D'une puéricultrice pour 250 enfants ;

Le département doit organiser chaque semaine au moins 16 demi-journées de consultations prénatales et de CPEF pour 100 000 habitants âgés de 15 à 50 ans résidants dans le département.

I.1.5 Exemple : la PMI en Seine-Maritime

Le département de la Seine-Maritime compte 1.250.000 habitants. En 2013, la part de sa population de moins de 20 ans est de 24,9 % contre 24,4 % en France métropolitaine (5).

Le département compte plus de familles monoparentales et sans emploi que la moyenne métropolitaine. En 2011, plus de 35% de ces familles monoparentales vivent sous le seuil de pauvreté. La précarité sociale et la jeunesse de la Seine-Maritime imposent de renforcer les actions de la PMI.

La plaquette informative destinée au public compose l'annexe 3.

² Poste à temps plein pour n enfants nés vivants de parents résidant dans le département, au cours de l'année civile précédente

Les PMI sont implantées au sein des 89 CMS de Seine-Maritime (6). Le territoire est subdivisé en 5 UTAS (Unité territoriale d'action sociale) correspondant à un secteur d'action précis (annexe 1).

La PMI est sous la double tutelle de la Direction générale adjointe des solidarités et de la Direction de l'enfance et de la famille.

L'organisation locale repose sur une segmentation entre 3 services : puériculture-agrément petite enfance, CPEF et actions sanitaires, et le service médical de la petite enfance (annexe 2).

En 2019, les personnels étaient répartis comme suit (7) :

- 51 médecins (34,6 ETP³) : à noter qu'ils étaient 67 en 2007 ;
- 24 sages-femmes ; 95 puéricultrices, 76 infirmières ;
- 9 conseillers-ères conjugaux-ales, 6 éducateurs, 0 auxiliaire de puériculture, 0 psychologue ;
- 46 personnels administratifs.

³ Équivalent temps plein : unité de mesure proportionnelle au nombre d'heures travaillées par un salarié sur un an.

I.2 Le médecin généraliste

I.2.1 Rôles

En 2002, la branche européenne de la WONCA⁴ donne une définition de la médecine générale en douze caractéristiques (8) :

1. Elle est habituellement le **premier contact avec le système de soins**, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
2. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la **coordination des soins**, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
3. Elle développe une **approche centrée sur la personne** dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
4. Elle aide à la **responsabilisation du patient**.
5. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une **communication appropriée**.
6. Elle a la responsabilité d'assurer des **soins continus et longitudinaux**, selon les besoins du patient.
7. Elle base sa **démarche décisionnelle spécifique** sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
8. Elle gère simultanément **les problèmes de santé aigus et chroniques** de chaque patient.
9. Elle **intervient à un stade précoce** et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
10. Elle favorise la **promotion et l'éducation** pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

⁴ *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* : Organisation Mondiale des Collèges nationaux, Académies et Associations académiques des médecins généralistes/médecins de famille.

11. Elle a une responsabilité spécifique de **santé publique** dans la communauté.
12. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, **psychologique, sociale, culturelle et existentielle**.

En France, le médecin généraliste est placé au cœur du système de santé par la loi de 2004 : son rôle est d'assurer la coordination des soins entre tous les acteurs de santé locaux intervenant auprès du patient.

La loi HPST de 2009 réaffirme ses missions : « les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

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

Depuis 2017, la position de pivot du médecin généraliste est renforcée avec l'instauration du rôle de médecin traitant.

I.2.2 Démographie

Au total, au 1er janvier 2021, 312 172 médecins sont inscrits à l'Ordre des médecins soit 1.6% de plus en un an. Globalement la profession médicale se féminise : parmi les médecins âgés de moins de 30 ans, les femmes représentent 66% des effectifs.

Concernant la médecine générale :

- 85 364 médecins généralistes sont inscrits à l'Ordre en 2021 ;
- Le nombre de médecins généralistes diminue : contrairement aux spécialités médicales et chirurgicales qui voient leurs effectifs augmenter, le nombre de médecins généralistes baisse. Sur la période 2007-2016 les effectifs ont diminué de 8,4% ;
- La baisse de la démographie médicale se poursuit avec un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de -0,9% par an pour se stabiliser vers 2025 selon les projections (figure 1) ;
- La population de médecins généralistes se rajeunit depuis 2015 ;
- La part des femmes dans ses effectifs est de 51,5% et marque une part importante parmi les moins de 40 ans (47%). (9)

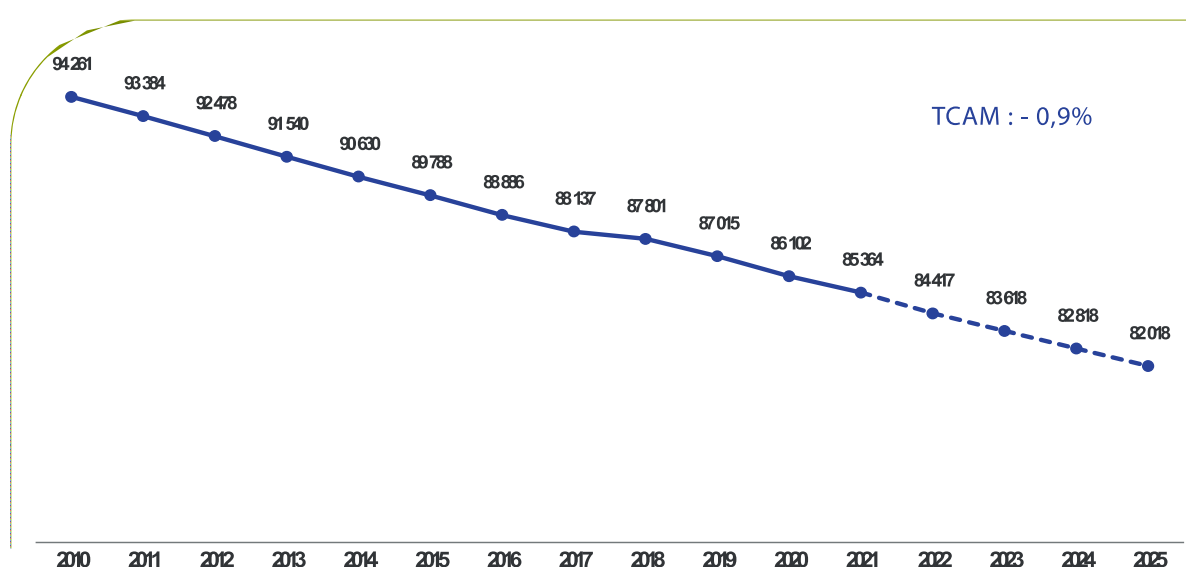


Figure 1 : Préviation du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025

I.3 Bibliographie et justification

Il y a 15 ans, en 2006, le rapport de synthèse l'IGAS sur la PMI soulignait que « l'expérience des plans successifs en matière de périnatalité a montré l'importance de la définition d'orientations au niveau national pour créer une dynamique de progrès et faciliter la coopération entre tous les acteurs. Or, à la différence de ce qui a été réalisé dans le champ de la périnatalité, il n'y a pas eu au niveau national de définitions d'objectifs concernant l'enfance ». (2)

Des améliorations ont été proposées par le HCSP en 2009 concernant les consultations de prévention de l'enfant avant six ans :

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

- Médecin de PMI, médecin scolaire et médecin de ville, dans tous les cas mais tout particulièrement dans le domaine du dépistage, du suivi des troubles sensoriels et des apprentissages, et celui de l'intégration scolaire des enfants atteints d'affections chroniques ou handicapés.
- Définir des parcours de soins intégrant selon le cas médecins de PMI et scolaires, médecins de ville, généralistes ou pédiatres, spécialistes de ville et hospitaliers, professionnels de la rééducation (orthophonistes, psychomotriciens...). Cela implique d'identifier les professionnels et structures impliqués, de définir les rôles de chacun, d'assurer la communication, le médecin « traitant » de l'enfant étant au centre du dispositif. Ces parcours sont indispensables ».

Si la nécessité de collaboration interprofessionnelle dans le parcours de soins de l'enfant est affirmée politiquement depuis des années, à l'heure actuelle, en pratique lors du SASPAS (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) et du stage en PMI, les échanges paraissaient rares.

Quelle que soit la région, cette impression a été confirmée à la lecture des thèses d'Eulalie Delannoy-Pernin en 2011 en Moselle, Özlem Simsek Arslan en 2014 dans le Haut-Rhin, Stanislas Layssac en 2014 dans l'Hérault, Laurine Dufour en 2014 en Gironde, Maud Kiener en 2015 dans la Vienne, et Claire Bretonnière en 2017 en Vendée.

Aucune revue de la littérature existante sur le sujet n'a été retrouvée.

II. MÉTHODE

La revue narrative offre une « synthèse informelle et une discussion sur un sujet donné, basées sur un examen non nécessairement systématique et exhaustif de la littérature » (10). Il s'agit d'un rappel de connaissances sur un thème choisi dont voici les principales étapes méthodologiques.

II.1 Critères d'éligibilité

Les études incluses devaient porter en partie ou en totalité sur la relation entre les PMI et les médecins généralistes dans le cadre du suivi médico-social de l'enfant de 0 à 6 ans. La population cible était donc les professionnels de PMI et les médecins généralistes. Devait s'y ajouter au moins un critère de prise en charge parmi les suivants :

- Le suivi médical de l'enfant de 0 à 6 ans ;
- Le suivi social de l'enfant de 0 à 6 ans, dont la protection de l'enfance et la prise en charge de l'enfance en danger (IP/signalements et suivi des enfants de l'ASE).

En revanche, les autres missions de la PMI (CPEF, suivi obstétrical, éducation familiale, agrément et surveillance des structures d'accueil) ont été exclues.

Les articles originaux, travaux universitaires, publications institutionnelles, livres ou chapitres de livres étaient éligibles. Les études qualitatives comme quantitatives ont été incluses.

De par la spécificité du réseau de soins, seuls les textes explorant le système en France étaient étudiés. Les documents devaient être rédigés en français ou en anglais.

Une limite de date a été fixée à 2009, date de la loi HPST réformant le système de santé et la coopération entre les acteurs. C'est aussi la date à laquelle le HCSP avait émis ses recommandations.

L'inclusion des textes a débuté le 23 avril 2021 et s'est terminée le 12 juin 2021.

II.2 Sources d'informations

Pour les textes francophones, les recherches ont été faites sur LISSA (Littérature scientifique en santé), la BDSP (Banque de données en santé publique), CISMef (Catalogue et index des sites médicaux de langue française) et Cairn. La littérature grise⁵ a été explorée via le catalogue SUDOC (Système universitaire de documentation), Google Scholar et Open Grey.

Les bases de données internationales PUBMED et Science Direct ont tout de même été sondées malgré la singularité française du sujet.

La bibliographie des références incluses a servi de base de recherche manuelle.

Les textes en accès payant ont été inclus lorsque les abonnements disponibles via la plateforme Odin de l'Université de Rouen permettaient de les obtenir. Dans le cas contraire, ils étaient exclus. Le système de prêt entre bibliothèques universitaires a été sollicité.

II.3 Équations de recherche

Pour la formulation des équations de recherche, l'aide d'un bibliothécaire spécialisé de l'Université de Santé de Rouen, M. Bastien Blanchon, a été sollicitée. Concernant les recherches francophones, les termes « PMI », « protection maternelle et infantile », « médecin généraliste », « médecin traitant », et « médecin de famille » ont été retenus et intégrés avec les opérateurs booléens « AND », « OR » et « NOT ».

Pour les recherches anglophones, les équations ont été formulées à partir des termes anglais tirés du thésaurus MeSH. L'annexe 4 en expose le détail.

⁵ Se rapporte à tous les documents qui ne sont pas publiés dans des livres ou des revues.

II.4 Sélection des études

La sélection des études pertinentes s'est articulée en trois étapes :

- Première sélection par lecture des titres, avec exclusion systématique des articles rédigés dans une autre langue que l'anglais ou le français, et antérieurs à 2009 ;
- Deuxième analyse à partir des résumés des textes lorsqu'ils étaient disponibles. Inclusion des textes les plus pertinents pour répondre à la question posée. Les résumés ne permettant pas de trancher ont conduit à la lecture du texte complet ;
- Troisième analyse par lecture de l'intégralité de l'article et sélection des articles correspondants aux critères d'inclusion.

Une liste non exhaustive des études exclues est à retrouver en annexe 5. Ces études semblaient *a priori* pertinentes mais ne répondaient pas aux critères d'éligibilité suite à leur analyse approfondie. Les doublons ont été systématiquement recherchés et exclus. Les références des études finalement incluses composent l'annexe 6.

II.5 Évaluation des études : extraction des données et évaluation des biais

Un formulaire de synthèse de lecture a été établi pour recueillir l'ensemble des données nécessaires à l'analyse des études, comme les critères d'éligibilité, les méthodes, les participants, les critères de jugement et les résultats principaux (annexe 7). Lorsque cela a été possible, les risques de biais ont été extraits. Les textes courts ou ne contenant que quelques informations pertinentes n'en ont pas fait l'objet.

II.6 Logiciels utilisés

Les logiciels Zotero[®] version 5.0.95.3 et Microsoft Office Word[®] 2020 ont permis d'organiser la bibliographie. Le logiciel Microsoft Office Excel[®] 2020 a été utilisé pour l'extraction des données et l'analyse thématique.

II.7 Synthèse descriptive des résultats

Pour chaque thème, les données extraites ont été analysées puis synthétisées sous forme de mots-clés formant des sous-catégories. Les thèmes se retrouvant dans différents textes ont ainsi été regroupés et organisés en une suite logique.

III. RÉSULTATS

III.1 Recherche bibliographique : obtention et sélection des études

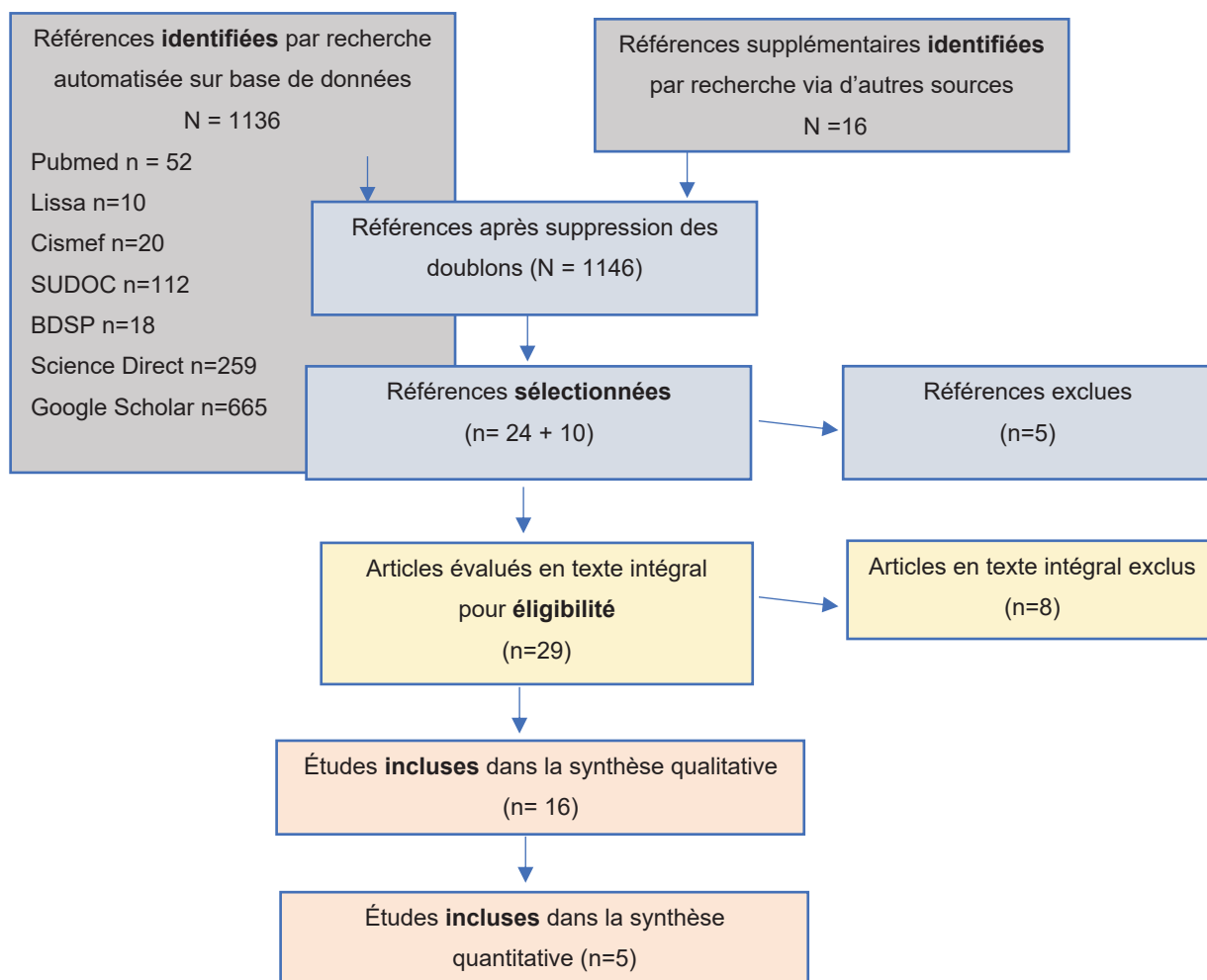


Figure 2 : diagramme de flux

Parmi les 1146 références identifiées initialement, 21 ont été incluses (figure 2). Le prêt entre bibliothèques a été nécessaire pour 4 d'entre elles. Les autres étaient disponibles en ligne.

III.2 Représentations mutuelles

III.2.1 Le médecin généraliste

Conformément aux définitions officielles et législatives de ses missions, le médecin généraliste était avant tout un « médecin de famille ». Les interrogés lors du travail de thèse de M. Kiener, à la fois généralistes et médecins de PMI, le décrivaient comme « référent de confiance pour les familles du fait de sa connaissance du milieu, de sa proximité et de l'histoire commune partagée » (11).

Dans le travail de O. Simsek Arslan, la majorité des professionnels de PMI sondés s'accordaient à dire qu'il « s'occupe de toutes les générations (...) C'est une personne centrale qui connaît l'histoire de la famille (...) Ce n'est pas que le médical. Il porte différentes casquettes et s'occupe de tout entre 0 et 100 ans ». (12)

La proximité faisait du généraliste le premier interlocuteur médical des familles (12).

Si sa mission dans le soin de premier recours était reconnue, celle de la prévention en pédiatrie était débattue.

Elle n'était pas évoquée par les sages-femmes dans le travail de O. Simsek Arslan ; les assistantes sociales la considéraient comme optionnelle ; et les médecins de PMI sont plusieurs à l'estimer spécifique à la PMI. Ces derniers jugeaient que les médecins généralistes « ne sont pas très habitués aux tout petits », « peu compétents en pédiatrie » (13) et « pas expert du développement de l'enfant car il voit l'enfant malade » (12).

Quelques médecins généralistes admettaient être en difficulté face aux dépistages, notamment à cause de la prévalence relativement faible des troubles neurosensoriels : « c'est des choses quand même peu fréquentes, on n'en voit pas tout le temps », « honnêtement, c'est des trucs qu'on voit pas si souvent non plus » (14).

Certains omnipraticiens s'attribuaient tout de même le rôle de « lanceurs d'alerte » (15). Ils pensaient avoir, à 91%, un rôle dans le dépistage des troubles du langage par exemple (16).

Parmi les missions du médecin généraliste, il y a celle de la coordination. Les médecins généralistes se voyaient comme des « chefs d'orchestre » organisant le parcours de soin entre l'hôpital, la PMI, les paramédicaux, les CMP (Centre médico-psychologique) et l'école (12).

Du côté des professionnels de la PMI, ce rôle était bien reconnu pour les patients adultes, mais il ne l'était pas pour les enfants (12).

Autre représentation discordante : la mission sociale. « Sa vision transgénérationnelle de la famille à long terme et sa proximité » permettaient un bon suivi social selon certains (10).

Mais ce rôle ne lui était pas toujours attribué par les professionnels de la PMI (12).

Plusieurs qualificatifs péjoratifs à propos du médecin généraliste étaient utilisés dans la littérature. Il était décrit comme « débordé », « peu disponible » (12,13) et isolé (14, 15). Ses consultations étaient considérées « rapides » et ses prises en charge « peu structurées » par certains professionnels de la PMI (13).

III.2.2 La PMI

Les missions de la PMI dans le suivi médico-social de l'enfant de 0 à 6 ans étaient globalement connues.

La première évoquée était le suivi médical des nouveau-nés et des nourrissons. La totalité des médecins généralistes sondés dans les thèses de E. Delannoy-Pernin (18) et L. Dufour (13) l'énonçaient en premier lieu. Le suivi jusqu'à six ans était parfois omis (certains généralistes pensaient que le suivi en PMI s'arrêtait à deux ans (12)).

Ensuite, venait le rôle d'accompagnement social de la famille : prévention de la précarité, suivi des familles précaires, des patients bénéficiant de la CMU (Couverture maladie universelle) et de l'AME (Aide médicale d'état) (en incluant les patients migrants). Dans la thèse d'E. Delannoy-Pernin (18), l'intégralité des médecins généralistes évoquaient cette compétence. Le travail de M. Kiener (11) soulignait qu'il

s'y associait souvent un rappel à la loi (notamment pour les mutilations sexuelles chez les patients migrants).

Selon certains médecins généralistes, la PMI était réservée à une patientèle « indisciplinée » (12). D'autres, au contraire, jugeaient que la structure s'adressait à tous les milieux sociaux (huit généralistes interrogés sur neuf dans la thèse de M. Maurin) (15).

La protection de l'enfance était un autre pilier de la PMI. Les 2/3 des médecins généralistes interrogés par E. Delannoy-Pernin en Moselle (18) abordaient spontanément cette mission. Les compétences pluridisciplinaires de la PMI étaient un atout aux yeux des médecins généralistes (19). M-S. Plouvier quantifiait à 91% la proportion de médecins généralistes de Haute-Vienne qui savait que le médecin de PMI pouvait rédiger l'IP d'un enfant qu'il connaissait (20).

La guidance parentale et le suivi psychologique étaient régulièrement cités par les généralistes comme des missions de la PMI. La thèse de M. Kiener relevait par exemple les permanences psychologiques sans rendez-vous, les aides à l'allaitement avec les sages-femmes et les groupes de parents (11). Certains estimaient la protection psychologique de la mère par la PMI « indissociable » de la protection infantile (15).

Le rôle épidémiologique de la PMI était cité quelquefois par les médecins généralistes, notamment dans les thèses de M. Kiener (11) et O. Simsek Arslan (12).

La PMI gardait une « image positive » dans l'esprit des généralistes interrogés par E. Delannoy-Pernin (18).

Les atouts de la structure étaient évoqués par les médecins de PMI avec L. Dufour : tous soulignaient la « prise en charge globale », « pluridisciplinaire », « de proximité », « le travail en réseau » et « accessible à tous ». La possibilité de consacrer du temps, selon les besoins des familles, était également mise en avant (« on peut passer 1 h à 1 h 30 avec une famille »). La PMI semblait constituer « l'un des derniers espaces du système de soins où un accueil patient et attentionné, situé au cœur de la pratique, répond aux besoins d'étayage des familles ». Elle était décrite comme le seul service

de proximité à répondre à des « besoins d'accompagnement combinant une dimension technique, relationnelle, une expertise pluridisciplinaire ». (13)

III.3 Ressentis respectifs quant à leur relation

La littérature rassemblait des avis plutôt concordants des professionnels de la PMI et des médecins généralistes au sujet de leur relation.

Le dialogue était considéré comme suffisant pour les suivis simples (13,18,21) mais insuffisant pour les suivis complexes (11,12,18,22). Un médecin généraliste interrogé par M. Kiener regrettait le « manque de réunions pluridisciplinaires dédiées aux situations difficiles » (11). Un autre avouait à S. Layssac : « j'aimerais vraiment avoir plus de liens. Après, c'est propre à mon exercice comme je suis des enfants et des familles en difficulté ». (21)

En revanche, suivant en majorité une patientèle aisée, les médecins généralistes sondés par L. Dufour ressentaient peu ou pas le besoin de travailler avec la PMI. La collaboration leur paraissait suffisante (13).

Parfois, les professionnels jugeaient la collaboration inexistante. L'idée de deux mondes parallèles était récurrente : « chacun travaille dans son coin » (22), « c'est deux mondes qui circulent en parallèle » (23), « entre la PMI et moi-même, on suit des chemins parallèles ». Le partenariat était absent pour sept interrogés sur dix par O. Simsek Arslan : ils évoquaient des « contacts nuls » et « un mur virtuel » (12).

Quand elle existait, la collaboration était en tout cas estimée utile. Cet avis était unanimement partagé par les médecins généralistes (12/12) dans la thèse d'E. Delannoy-Pernin (18). La PMI était complémentaire des médecins généralistes et assimilée à un « filet de sécurité » (21). Une bonne collaboration permettait aussi « d'avoir un discours cohérent face aux familles (...) un regard croisé médicosocial (...) Elle est rassurante pour les deux partis » (12).

III.4 Déterminants de la relation entre médecin généraliste et PMI

III.4.1 Freins

III.4.1.1 Le manque de retours

Le frein le plus récurrent dans la littérature était lié à un problème de communication, et plus spécifiquement à un manque de retours de la part de la PMI. Concernant les troubles du développement psychomoteur, un médecin généraliste signalait : « avec la PMI (...) au bout d'un moment je n'ai plus eu d'info. J'ai initié les choses, et puis, ça a été pris en charge par d'autres gens. » (24).

Le même constat était dressé par L. Cassagnes et M. Delabarre, en Ariège, en protection de l'enfance : la totalité des quatorze médecins généralistes sondés lors des *focus groups* considéraient le manque de retours de la PMI comme un frein à leur collaboration (25).

Ces non-retours empêchaient d'avoir un « retour réflexif sur sa propre pratique » et avaient « un impact direct sur sa pratique ultérieure » selon C. Bausière (26).

C. Bretonnière a établi une statistique significative à ce sujet : « avoir un retour d'informations de la PMI » et « avoir recours à la PMI pour le suivi d'un nourrisson » étaient positivement corrélés. (27)

III.4.1.2 Climat de méfiance, image péjorative de la PMI

Un autre frein à la collaboration était la méfiance. Au-delà de la PMI, c'était le système social et celui de la protection de l'enfance qui n'inspiraient pas confiance. Les thèses de K. Abdel Aal (17), et de L. Cassagnes et M. Delabarre soulignaient ce problème : « on constate que les médecins généralistes préfèrent communiquer avec des confrères médicaux que d'autres corps de métiers et notamment avec l'institution administrative à l'égard de laquelle ils restent méfiants » (25). Les professionnels de PMI interrogés par O. Simsek Arslan avaient conscience de ce « climat de méfiance » et le regrettaient : « c'est très dommage » (12).

L'introduction d'une tierce personne dans la relation médecin-malade inspirait aussi de la méfiance : « cela donne l'impression au patient qu'on l'abandonne » (11).

La problématique du secret médical partagé entre les professionnels de santé et les personnels administratifs était aussi soulevée par plusieurs autres auteurs : « il y a ce côté secret médical » (11), « ils se barricadent derrière le secret médical » (12), « ce secret médical il est lourd, lourd ! » (28).

La PMI avait, aux yeux de certains médecins généralistes, une représentation sociale négative, répressive et stigmatisante qui ne favorisait pas le dialogue.

Onze des dix-sept médecins généralistes interrogés par L. Dufour soulignaient sa connotation sociale : le médecin de PMI est « le médecin des pauvres », « la PMI a l'étiquette du social ». L'unité de lieu avec le service social renforçait ce sentiment : « ça concerne des gens qui sont en situation défavorisée surtout, qui ont un suivi social car c'est dans le même bâtiment » expliquait un médecin généraliste. (13)

M. Kiener écrivait que « la PMI est parfois considérée comme un gendarme par sa fonction de contrôle ».

Les professionnels de PMI remarquaient que c'est par méconnaissance que les généralistes avaient ce ressenti : « il y a cette angoisse parce que les aides possibles en protection de l'enfance sont mal connues (...) En dehors du placement, les gens ne savent pas quoi citer d'autre. (...) Quand on place, c'est qu'on a raté ! ». (11)

Le fonctionnement administratif et l'immobilisme de la structure étaient aussi avancés comme des freins à la collaboration par les médecins généralistes : les rythmes de travail différent de ceux du généraliste (11,12,29), « la PMI a des horaires de fonctionnaires » (21), « personne ne prend ses responsabilités » (25).

III.4.1.3 Le manque de connaissances des médecins généralistes

Les médecins généralistes admettaient pour la plupart méconnaître la PMI dans son organisation et ses missions :

- « Dans les détails exactement non, je ne sais pas comment ça se passe » (23)
- ;

- Aucun des dix médecins généralistes interrogés par L. Moulaire, pourtant MSU (Maîtres de stage des universités) en majorité, ne connaissait clairement le rôle ni le fonctionnement de la PMI (23) ;
- « On parle de PMI dans les cours de santé publique, les cours chiants quoi ! », « les réseaux c'est une chose que l'on ne nous apprend pas » (11) ;
- La thèse de M-S. Plouvier révélait que 67% des médecins généralistes interrogés estimaient avoir des connaissances absentes ou insuffisantes à propos de la PMI (20) ;
- Certains médecins généralistes accordaient qu'ils contacteraient plus la PMI s'ils la connaissaient mieux (12,18).

Du côté de la PMI, le manque de connaissances des médecins généralistes était souligné par six des sept médecins de PMI girondins dans la thèse de L. Dufour (13), comme par les autres professionnels de la PMI du Haut-Rhin dans la thèse de O. Simsek Arslan (« ils ne savent pas comment on intervient dans les familles, c'est très obscur pour eux, ils n'arrivent pas à communiquer avec nous ») (12).

E. Delannoy-Pernin nuancait ce constat en Moselle : « l'hypothèse d'une méconnaissance ne peut pas être retenue. Les principales missions de la PMI sont connues en théorie. Mais un manque de connaissances dans les détails et le concret est bien évoqué ». (18)

Les connaissances pédiatriques des médecins généralistes étaient aussi évoquées.

A propos des troubles du langage et du développement psychomoteur, certains estimaient maîtriser ces connaissances auprès de E. Dutel : « on connaît tous les repères du développement psychomoteur de l'enfant ». D'autres étaient plus réservés : « je ne me sens pas non plus des compétences exceptionnelles dans ce domaine-là », « quand j'ai commencé je savais vraiment pas à quel âge il fallait s'inquiéter pour quoi », « moi à la fin de mon internat (...) je connaissais pas grand-chose honnêtement à l'évolution psychomotrice d'un enfant normal ». (14)

A propos de la maltraitance infantile, la totalité des médecins généralistes des *focus groups* de L. Cassagnes et M. Delabarre admettaient un manque d'expérience en Ariège. Ils ne connaissaient pas la place de la PMI dans les procédures et

confondaient parfois appel à la PMI et signalement (25). Le constat était partagé par E. Delannoy-Pernin : la formation du médecin généraliste « semble malheureusement insuffisante, notamment en matière de prévention de la maltraitance ». (18)

Ceci était préjudiciable lorsque le médecin généraliste « ne savait pas » mais n'effectuait pas de « transfert de responsabilités » vers les médecins experts (13).

III.4.1.4 Les autres critiques à l'égard du médecin généraliste

Une image de « toute-puissance » du médecin généraliste était décrite par plusieurs professionnels de la PMI comme un frein à leur collaboration :

- « Au début j'ai essayé, après j'ai renoncé (...) tu sens que tu les déranges », selon un médecin de PMI ;
- « On va me dire "je n'ai rien à vous dire" » selon une sage-femme qui, par ailleurs, disait ne pas oser appeler le généraliste à cause d'une « hiérarchie médecin-médecin » ;
- « J'ai l'impression d'être une moins que rien » jugeait une assistante sociale. (12)

Les médecins de PMI relataient parfois « un sentiment d'infériorité » : « ce que je perçois c'est qu'il y a peut-être une résistance à penser qu'ils sont intouchables, qu'ils sont inaccessibles ». (13)

Les médecins de PMI relataient un manque d'intérêt des médecins généralistes : il n'y avait « pas d'adhésion », « un non-écho », « quand j'ai dit que je travaillais en PMI, ça pas eu l'air de les intéresser, du tout du tout ». (13)

Concernant les troubles du développement psychomoteur, en parallèle du manque de connaissances évoqué précédemment, il existait des difficultés matérielles qui nuisait à la collaboration avec la PMI : les médecins généralistes avouaient à E. Dutel ne pas connaître les outils standardisés de dépistage, ou les connaître mais ne pas les utiliser (un seul médecin généraliste avait le test de dépistage auditif et un avait le test de dépistage ophtalmologique). Les médecins généralistes n'effectuaient pas toujours « le transfert de responsabilités » à la PMI. Ceci exposait l'enfant à « des retards de prise en charge qui ne sont pas toujours

identifiés comme néfastes ». Pourtant « le bénéfice des interventions précoces » était reconnu. E. Dutel leur proposait « d'orienter l'enfant dans des délais acceptables pour une prise en charge adaptée ». (14)

Les représentations négatives du médecin généraliste exposées précédemment (manque de formation, de temps, l'image d'un « médecin débordé » et les délais de consultation longs) étaient aussi considérées par le personnel de la PMI comme des freins à la collaboration. (12,13)

Parmi les freins au dépistage et donc à la collaboration, le temps de consultation court des médecins généralistes était évoqué : « les consultations sont en moyenne plus courtes que celles des adultes : plus de 42% d'entre elles durent moins de quinze minutes. Les affections des enfants sont généralement bénignes. La prévention et le dépistage font l'objet d'une consultation sur huit ». (13)

III.4.1.5 Le manque de rencontres physiques

Le manque de rencontres physiques était regretté. Quatre-vingt-six pour cent des médecins vendéens questionnés par C. Bretonnière disaient ne pas connaître physiquement (« plutôt pas » voire « pas du tout ») leurs interlocuteurs de PMI.

Il existait une corrélation positivement significative entre le fait de « connaître physiquement les interlocuteurs de la PMI » et « y avoir recours pour un suivi de nourrisson » (27).

III.4.1.6 Le manque de temps

Les médecins généralistes manquaient de temps : « l'environnement professionnel des médecins généralistes est décrit comme pollué par le manque de temps et les interpellations itératives extérieures (sollicitations des autres professionnels de santé et des patients) » selon M. Kiener (10).

Or la structure était difficilement joignable : avec O. Simsek Arslan dans le Haut-Rhin, la moitié des médecins généralistes considéraient que la structure était « débordée », les médecins étaient « surbookés » et il fallait donc « insister pour les joindre » (12).

Quarante-six pour cent des généralistes interrogés par C. Bretonnière étaient d'accord avec le postulat « il est chronophage de joindre la PMI ».

Il existait une corrélation significative entre « juger chronophage de joindre la PMI » et « ne pas adresser un nourrisson pour le suivi » (27).

Dans la thèse de L. Dufour, la plupart des médecins de PMI admettaient ne pas avoir de lien avec le médecin généraliste par manque de temps, mais s'impliquaient dans la formation des internes de médecine générale en les accueillant en stage (13).

III.4.1.7 Le sentiment de concurrence ?

Selon C. Bretonnière, il existait une corrélation significative entre le ressenti concurrentiel et la collaboration : « la part des médecins généralistes qui estiment qu'il existe une concurrence avec les médecins de PMI, même si elle est faible, est moins à même d'avoir recours à la PMI » (27).

Le sentiment de concurrence entre les deux acteurs était inconstamment retrouvé dans la littérature.

Il était historiquement évoqué dans les premiers travaux de thèse sur le sujet (notamment par Jeanne Fresson en 1988, relayé par E. Delannoy-Pernin) et encore rapporté par certains à l'heure actuelle (« on marche sur nos plates-bandes, j'ai du mal à voir la complémentarité » (13)).

Mais globalement, la concurrence ne semblait plus d'actualité et la majorité des médecins généralistes en parlaient au passé : « à une époque, c'était quand même une concurrence, mais plus maintenant » (18). En 2014, S. Layssac expliquait que « la concurrence avait pu exister par le passé mais qu'avec la pénurie relative de médecin aujourd'hui, la PMI représentait plutôt une décharge de la patientèle pédiatrique ». Le problème n'était pas évoqué dans les thèses les plus récentes (11, 16, 18, 24).

Sans évoquer une concurrence, certains professionnels voyaient la médecine générale et la PMI comme des « doublons » (18) ou considéraient une surmédicalisation dans le suivi du nourrisson (12,18).

III.4.2 Leviers

III.4.2.1 Le profil du médecin généraliste ?

L'influence des caractéristiques personnelles du médecin généraliste sur sa relation avec la PMI était variable selon les travaux.

Concernant le sexe du médecin, les femmes paraissaient plus ouvertes à la collaboration. Dans le travail de M-S. Plouvier, il existait une différence significative de bonnes réponses en faveur des femmes au questionnaire sur les connaissances des missions de la PMI (20). Les médecins généralistes les plus partisans de la communication avec la PMI étaient toutes des femmes dans la thèse de O. Simsek Arslan (12). L. Dufour faisait aussi le constat d'une meilleure collaboration des femmes généralistes avec la PMI (13).

A contrario, C. Bretonnière ne retrouvait pas ce lien : elle notait une indépendance statistique de genre concernant le recours à la PMI pour le suivi d'un nourrisson. (27)

Le lieu d'exercice ne semblait pas déterminant : le travail en « zone rurale semble favoriser la recherche de partenariat » selon O. Simsek Arslan (12) alors qu'« il y a une indépendance entre le lieu d'exercice et le recours à la PMI » selon C. Bretonnière (27).

L'âge ne paraissait pas décisif non plus (12,18).

Les expériences antérieures étaient précieuses : plusieurs thèses soulignaient l'impact positif d'une formation en PMI ou d'un DU de pédiatrie. Les trois-quarts des médecins généralistes interrogés par O. Simsek Arslan étaient partisans de l'idée que « l'exercice antérieur en PMI et l'activité pédiatrique actuelle sont bénéfiques à la relation » (12). Une formation en PMI, quelle que soit sa durée, avait une influence positive sur les connaissances des missions de la PMI (20).

S. Layssac notait aussi que « le principal facteur favorisant la communication est l'intérêt porté par le médecin généraliste aux questions de périnatalité et au suivi de la population pédiatrique » (21).

III.4.2.2 Climat de confiance : expertise et réassurance

Le sentiment confiance jouait en faveur de la coopération. Face aux suspicions de maltraitance, les généralistes sondés par L. Cassagnes et M. Delabarre dans l'Ariège estimaient avoir « une relation de confiance » permettant à la PMI d'être leur premier interlocuteur (25).

Ce sentiment allait de pair avec l'expertise attribuée par les médecins généralistes à la structure. Concernant le développement de l'enfant (21), la prévention (12) ou la protection de l'enfance (22,25), la PMI s'imposait comme une référence, une « aide indispensable ».

Les échanges rassuraient la PMI comme les généralistes et apportaient un regard extérieur enrichissant à la prise en charge (12). Un généraliste rapportait à C. Bausière : « quand j'ai contacté les médecins de PMI pour discuter d'un cas, j'avais l'impression que ça me rassurait de me dire que je n'étais pas seul à m'en occuper et que j'avais l'avis d'autres personnes. J'trouve que ça a un côté un peu rassurant » (26). Dans le cadre des suspicions de maltraitance, solliciter la PMI permettait au généraliste d'avoir un avis consultatif et informel sans faire de signalement (25).

Dans la thèse de L. Dufour, les médecins de la PMI se voulaient rassurants et volontaires pour accompagner les médecins généralistes. Ils proposaient aux médecins généralistes de « se dégager de situations complexes » (difficultés sociales, conseils alimentaires, et suivis d'allaitement), et de « sortir de l'isolement ». Les outils de qualité dont la PMI disposait étaient les TISF, les permanences et les visites des puéricultrices à domicile, et les psychologues par exemple. (13)

III.4.2.3 Rencontres et proximité

La méconnaissance physique entre les acteurs était un frein à leur coopération. En conséquence, le fait de se connaître facilitait le dialogue : « j'étais allée me présenter donc je fais partie de leurs partenaires » (13), « j'ai la chance de connaître quelques médecins généralistes par des biais extérieurs (...) c'est beaucoup plus

simple de communiquer. Donc on essaie de voir avec l'équipe de PMI, de se rencontrer » (11).

La proximité géographique du centre de PMI semblait favoriser les rencontres et donc la collaboration (13,22).

III.4.2.4 La gratuité des services de PMI

Enfin, la gratuité des services de la PMI était un levier aux relations interprofessionnelles et à l'accès aux soins des enfants. Les généralistes soulignaient cet avantage dans plusieurs travaux (12,18,21) : ils n'hésitaient pas à adresser leur patientèle précaire à la PMI.

III.5 Objectifs et contextes de la communication

III.5.1 Protection de l'enfance

La quasi-totalité des textes inclus dans l'analyse évoquait la suspicion de maltraitance comme le contexte le plus propice aux échanges.

La PMI avait un rôle « institutionnel » (11) aux yeux des médecins généralistes dans ce domaine : elle était le premier correspondant de 58% des médecins généralistes avec de E. Michaud (30), de 45,6% avec E. Balençon (31) et de 53% avec E. Prévost (IC_{95%} [47 ;58]) (29).

Les médecins généralistes sondés par M. Cassagnes et L. Delabarre la jugeaient « spécialiste de la maltraitance » (25), tout comme six des dix médecins généralistes avec L. Bontil qui l'identifiaient comme intervenant principal pour les procédures administratives (« appeler le médecin de PMI de secteur, parce qu'ils sont au cœur du système ») (32).

La prise en charge de la maltraitance était la mission la plus importante de la PMI selon six des dix médecins généralistes de l'Hérault interrogés par S. Layssac. L'avis pris auprès de la PMI leur permettait de se rassurer et de partager leurs responsabilités (21).

Spécifiquement concernant la procédure d'information préoccupante ou de signalement, un médecin généraliste disait : « je me laisse guider par eux. Je passe un coup de fil et c'est eux qui me disent quoi faire », « il faut vraiment s'appuyer sur les médecins de PMI » (22).

Dans les travaux plus récents, ce rôle était attribué à la PMI de façon plus variable. Depuis la création des CRIP (Cellule de recueil des informations préoccupantes) en 2010, certains médecins généralistes semblaient avoir changé leur mode de fonctionnement : seuls trois médecins sur dix évoquaient la prise en charge des maltraitances par la PMI avec O. Simsek Arslan en 2014 (12) alors qu'ils étaient huit sur douze avec E. Delannoy-Pernin en 2011 (18).

K. Abdel Aal relatait un partage des tâches dans la prise en charge : les médecins généralistes interrogés estimaient avoir un rôle primordial dans le repérage

des maltraitements, mais ils préféraient déléguer la rédaction des signalements à la PMI (« on n'est pas prêt à prendre le risque du signalement, on laisse ça à la PMI ou à l'hôpital ») (17).

Une particularité était retrouvée deux fois dans la littérature : si l'enfant était déjà suivi en PMI, le médecin généraliste ne signalait pas la suspicion de maltraitance (« si l'enfant est suivi en PMI, je m'arrête là » (22), « y'avait quand même un suivi PMI, du coup j'ai pas resigné » (25)).

Chez l'enfant, le dépistage et la prise en charge de la carence affective ont fait l'objet d'une thèse. En théorie, ce diagnostic grave considéré comme une maltraitance nécessite de bonnes connaissances de la part du médecin généraliste. Sinon, une collaboration étroite avec les spécialistes référents de la petite enfance doit être organisée (PMI et CMP principalement).

Pourtant, en pratique, en Loire-Atlantique, seuls trois des dix médecins généralistes interrogés par L. Moulaire pensaient à solliciter l'aide de la PMI dans cette situation : « ils en ont une connaissance floue qui leur donne l'illusion de savoir ». L'auteur alertait : ces « connaissances partielles des médecins pourraient donc entraîner un sous diagnostic et surtout une prise en charge bien trop tardive des cas de carence ». Elle préconisait de « s'adresser au centre de PMI de son secteur ». (23)

III.5.2 Suivi social

Contacter la PMI permettait aussi d'assurer le relai social : « si j'ai des doutes, je fais appel à la PMI pour qu'on organise des choses, puis pour qu'il y ait un passage au niveau social » (26). Certains médecins généralistes pensaient même « que la PMI était réservée aux populations défavorisées » (21). Soixante-huit pour cent des médecins généralistes sondés par C. Bretonnière avaient « parfois » ou « souvent » recours à la PMI pour le suivi des familles précaires.

Pouvoir discuter de l'entourage familial était aussi important pour les médecins de PMI interrogés par M-S. Plouvier car le médecin généraliste connaissait souvent mieux l'environnement de l'enfant (20).

Le parcours médical des enfants de l'ASE a la spécificité de permettre le suivi par la PMI au-delà des six ans. L'enquête descriptive transversale dans les Bouches-du-Rhône d'A. Martin montrait que 82% d'entre eux sont suivis par un médecin généraliste (et 15% par la PMI). Le médecin généraliste était donc complémentaire de la PMI dans ce domaine. L'auteur suggérait « d'améliorer les liens entre la PMI et les médecins généralistes ». (33)

Les visites à domicile étaient demandées de façon réciproque par les deux acteurs : la PMI pouvait demander au médecin généraliste d'évaluer l'environnement familial (11) (quand la PMI manquait de temps ou que la famille n'était pas en confiance) et vice versa (13).

III.5.3 Suivi médical

Le suivi périnatal était une occasion de collaboration entre les médecins généralistes et la PMI fréquemment citée. La surveillance du poids (12)(27), les conseils sur l'allaitement et l'étyage familial (11) permettaient des suivis croisés.

Concernant la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles du neurodéveloppement étaient mentionnés par six des dix médecins généralistes dans la thèse de O. Simsek Arslan : « les troubles sensoriels, l'audition, la vue, et tout le reste, l'éveil quoi, le développement, la mal-acquisition de la marche (...) ils font du dépistage au niveau de l'audition, au niveau de la hanche ». (12)

Les échanges étaient globalement estimés « rares mais utiles » dans ce domaine avec S. Layssac. Les médecins généralistes appréciaient « l'expertise de la PMI sur le développement et la croissance de l'enfant » car « ils ne possédaient pas le matériel adapté pour le dépistage des troubles auditifs et visuels, ce qui rendait le bilan des trois-quatre ans particulièrement important ». (21)

La vaccination (notamment le BCG) et le retard vaccinal imposaient souvent aux généralistes d'adresser les enfants à la PMI (11,13,18,20,21).

En revanche, sur le plan curatif, c'était plutôt les professionnels de la PMI qui sollicitaient les généralistes (11–13,21).

Auprès de S. Layssac, cinq médecins généralistes ont évoqué cette répartition du suivi : « suivi régulier du développement par la PMI et prise en charge des pathologies aiguës par le généraliste ». Ce partage convenait à quatre d'entre eux mais un soulignait que « cette partition pouvait être un facteur limitant pour le développement de la relation avec le patient ». (21)

Les professionnels de la PMI s'assuraient parfois du bon suivi médical de l'enfant auprès du médecin généraliste (11–13,21) ou engageaient les familles à une réévaluation avec lui (« j'engage les parents à refaire le point avec leur généraliste ») (13).

III.5.4 Psychologie et psychiatrie

La relation mère-enfant et la santé mentale des parents (prise en charge de la dépression du post-partum, addictions des parents) étaient abordées par les médecins généralistes avec O. Simsek Arslan. Les professionnels se sollicitaient mutuellement dans ces circonstances. (12)

III.6 Moyens de communication

III.6.1 Le téléphone

La communication s'établissait « essentiellement » (13), « majoritairement » (19) par téléphone. « Son utilisation s'intègre dans les pratiques actuelles d'échanges entre professionnels de la santé. Le téléphone était un moyen commun, rapide et efficace » (21). Ils étaient dix généralistes sur les douze interrogés par E. Delannoy-Pernin à l'aborder. Le simple appel téléphonique était utile « notamment quand la situation est délicate (...) on ne peut pas tout écrire dans le carnet de santé » (18).

Une précision a été apportée lors des *focus groups* d'O. Simsek Arslan : le contact par téléphone était majoritairement utilisé par les généralistes pour appeler PMI. Mais le personnel de la PMI appelaient peu de peur de déranger (12).

La méconnaissance des coordonnées téléphoniques de la PMI ne jouait pas toujours en sa faveur (11,18,20) : « je n'ai aucune coordonnée de PMI, je ne sais pas qui contacter ni comment » déclarait un médecin généraliste à M. Maurin (15).

III.6.2 Le carnet de santé

Le carnet de santé était mis en avant par tous les participants avec E. Delannoy-Pernin et avec S. Layssac (tous les médecins interrogés ont affirmé que celui-ci était central dans les échanges). Ailleurs aussi, il était considéré comme « la base de la communication » (12), « précieux » et « systématique » (11).

Les repères de développement que le carnet de santé fournissait permettaient même à certains médecins généralistes de l'utiliser comme unique outil de dépistage de troubles neurosensoriels : « franchement, évaluer le développement, pour moi ça ne va pas tellement au-delà du carnet de santé, en fait », « tout est dans le carnet de santé. Il est très bien fait » (14).

D'autres, *a contrario*, soulignaient que le carnet de santé était mal ou insuffisamment utilisé. Dans le dépistage des troubles du développement psychomoteur, les médecins généralistes avouaient à E. Dutel : « on sait très bien que les visites officielles systématiques, souvent les pages sont sautées ». (14)

Il ne permettait pas toujours une bonne communication, notamment concernant les doutes de maltraitance (« pas discret », « sur le carnet de santé on fait attention à ce que l'on met » (13)). Les médecins généralistes lui préféraient alors le téléphone (12,18).

De plus, volontairement ou involontairement, le carnet de santé ne suivait pas toujours bien l'enfant donc ne jouait pas son rôle de carnet de liaison (11).

III.6.3 Le mail, le courrier et les certificats

Le mail et le courrier restaient marginaux, alternatifs dans la littérature. Lors des entretiens de S. Layssac, le compte-rendu de consultation n'était jamais cité et le courrier n'était évoqué que par un participant (dans le cadre d'un signalement judiciaire, afin de tracer les échanges).

Les certificats médicaux obligatoires renvoyés à la PMI étaient considérés comme un moyen de communication par certains généralistes (18,21), notamment lorsqu'ils cochaient la case « je souhaite être contacté par le médecin de PMI » (annexe 8) . Un médecin généraliste rapportait néanmoins ne pas avoir été recontacté par la PMI (21).

III.6.4 Les parents

Les parents étaient considérés comme des vecteurs d'informations : ils assistaient aux consultations et pouvaient donc en rendre compte oralement aux autres professionnels.

Cependant leur fiabilité était remise en cause. C. Puech dans son travail sur le dépistage des troubles du langage montrait que les propositions d'orientation émises par le médecin de PMI suite au bilan de maternelle n'aboutissaient que dans 50% des cas. Les raisons étaient : l'oubli ou la mauvaise compréhension des consignes par les parents, la mauvaise utilisation de la fiche de liaison (« soumise au bon vouloir des parents ») (16).

III.7 Les propositions d'amélioration émanant des professionnels

III.7.1 La formation

L'amélioration de la formation initiale comme de la formation continue était réclamée par les professionnels dans la littérature.

A l'université, les professionnels de la PMI proposaient des stages obligatoires pour les généralistes : « moi je trouve que ça devrait faire partie des cursus des études, que cela soit vraiment intégré, un stage obligatoire pour les médecins généralistes (...) ça permettra de travailler vraiment ensemble » suggérait une puéricultrice à O. Simsek Arslan (12).

Dans sa discussion, K. Abdel Aal soumettait l'idée d'une journée de séminaire interprofessionnel avec des spécialistes de la protection de l'enfance au cours du DES (Diplôme d'Études Spécialisées) de médecine générale (17).

Puis, au cours de leur carrière, les médecins généralistes plébiscitaient les FMC (Formation médicale continue) (12,18,21,25). A noter que pour certains elles semblaient être l'occasion de rencontrer physiquement leurs interlocuteurs (« ça peut être une soirée genre FMC (...) c'est bien de connaître les gens pour pouvoir les adresser »).

Une autre forme de « formation » était proposée par L. Dufour et O. Simsek Arslan : celle du grand public. En effet, « la pression et le désir du patient sont les facteurs non médicaux les plus importants pour adresser le patient » (13). Si le patient connaissait la PMI, le médecin traitant serait plus à même de l'y adresser. Les modes d'informations étaient détaillés : site internet, affiches en salle d'attente des médecins libéraux, spot publicitaire national ou émission de télévision à but éducatif (12).

III.7.2 Les rencontres physiques

Comme décrit précédemment, les rencontres physiques constituaient des leviers à la collaboration. *De facto*, se connaître faisait partie de leurs demandes. Ils

estimaient que « rien ne remplace le contact qu'on va avoir entre nous » (11), « rien ne remplace l'échange physique » (21). Sept des dix médecins généralistes interrogés par S. Layssac souhaitaient ces rencontres. En pratique, plusieurs propositions étaient faites :

- Des FMC communes (12,18,21,25) ;
- Des groupes de pairs (11) ;
- Que le médecin de PMI se présente au médecin généraliste lors de son installation et vice-versa (9) ;
- Des journées « portes ouvertes » en PMI (8, 9, 10,14).

Ces moments de rencontres interrogeaient quant à leur organisation spatio-temporelle et à la rémunération pour les professionnels libéraux (12,21).

III.7.3 Une optimisation des outils de communication

L'utilisation des outils de communication actuels devait être renforcée, surtout pour permettre de meilleurs retours d'informations. L'informatisation des professionnels libéraux et des structures départementales était donc en jeu :

- Automatisation des comptes rendus de consultation à la PMI via des logiciels dédiés (8) ;
- Optimisation du mail sécurisé et du réseau internet (« c'est vachement bien e-santé parce que c'est sécurisé, par contre, on n'a pas d'internet donc ça rame ») (9) ;
- Déploiement du DMP (Dossier médical partagé) (17,19).

Spécifiquement dans le cadre du dépistage des troubles du langage via l'ERTL4 en maternelle, dans la thèse de C. Puech, 75% des médecins traitants souhaitaient une utilisation renforcée de la fiche de liaison par le médecin de PMI (16).

Pour le suivi des enfants de l'ASE, A. Martin suggérait « la constitution d'un dossier médical unique en lien avec le projet pour l'enfant afin d'éviter les pertes d'informations ». (33)

La question de la plaquette informative divisait.

De nombreux médecins généralistes étaient demandeurs des coordonnées de leurs interlocuteurs (12,18,21,25), entre autres sous la forme d'un document d'informations reçu à leur installation (11,20). Dans l'étude d'impact de M-S. Plouvier, la fiche d'informations exhaustive rappelant les missions de la PMI et les coordonnées de la structure du secteur avait une influence significativement positive à court terme sur les connaissances des médecins généralistes.

A contrario, l'outil était aussi jugé « pas idéal », à cause de « l'excès d'informations sur les plaquettes (...) vite obsolètes » et de « l'excès global d'informations papiers » (11). Ces critiques étaient confirmées avec O. Simsek Arslan : la plaquette d'informations paraissait « démodée », « invisible dans la masse de documents reçus », et « pas à jour » (12).

L'idée d'un site internet optimisé (11,12) ou d'un système de newsletter par mail lui était parfois préférée (12).

III.7.4 Le choix d'un médecin référent

L'analyse de la littérature montrait que le choix du médecin traitant de l'enfant paraissait être un prérequis à l'amélioration de la collaboration entre médecins généralistes et PMI. Ces textes sont antérieurs à 2016, date à laquelle le dispositif de médecin traitant de l'enfant a été mis en place.

En effet, le nomadisme médical des familles compliquait le suivi et rendait la communication « inenvisageable ». Les médecins de PMI s'en plaignaient auprès de L. Dufour : « c'est un peu plus compliqué (...) on les voit un peu, ils viennent, ils ne viennent pas, ils viennent à la consultation de PMI, chez le pédiatre, à l'hôpital ». (13) Selon K. Abdel Aal, le médecin généraliste devait être reconnu comme le médecin traitant de l'enfant car il assure la majorité de sa surveillance médicale (le pédiatre ne prend en charge que 20% d'entre eux) (17).

Dans le cadre particulier de la maltraitance infantile, c'est à la PMI (ou à la CRIP) que devrait être nommé un médecin référent afin de clarifier la prise en charge : « le médecin référent aurait également un rôle de sensibilisation et d'information des

médecins libéraux avec des points pluriannuels sur les situations les plus difficiles, permettant un meilleur retour aux médecins traitants (...) Le travail en réseau avec des interlocuteurs spécialisés est ainsi essentiel » (17).

En 2014, dans sa thèse décrivant l'attitude des médecins généralistes face à un retard de développement psychomoteur, E. Dutel déplorait « le manque d'interlocuteur désigné » et évoquait « un référent unique », un « pédiatre de référence », sans précisément le qualifier. (14)

III.7.5 Une politique de santé globale : attractivité, coordination, réseau

Afin d'améliorer leur collaboration, les professionnels ont émis quelques propositions politiques qui seront rediscutées :

- « Ouvrir les médecins généralistes au travail en équipe » (13) ;
- Valoriser le temps de coordination des médecins généralistes (21) et le dépistage des troubles du développement psychomoteur (14). Pour tenter d'expliquer le manque d'intérêt des généralistes, S. Layssac soulevait aussi cette question pécuniaire (20) ;
- Augmenter l'attractivité financière des médecins de PMI et donc les moyens financiers qui sont accordés à la structure (17,18) ;
- « Stabiliser le personnel de la PMI » (18).

L. Dufour reprenait l'avis du HCSP de 2009 et détaillait précisément les changements nécessaires à l'optimisation du parcours de soins coordonné de l'enfant, surtout dans les cas de troubles sensoriels et troubles de l'apprentissage. Il s'agissait de redéfinir les réseaux de coordination : « l'ARS, ou ses tutelles, pourraient permettre d'instaurer des parcours de soins clairs, en prenant en compte l'hétérogénéité des omnipraticiens et d'institutionnaliser cette collaboration ». En détails, cela supposait de devoir :

- Définir les rôles de chacun et identifier le professionnel ou la structure au centre du dispositif : le médecin traitant de l'enfant ou la PMI ? ;
- Renforcer les liaisons entre les différents acteurs : maternité, néonatalogies, PMI et médecins généralistes. (13)

IV. DISCUSSION

IV.1 Discussion de la méthode

IV.1.1 Points forts

Pour dresser un état des lieux national, la méthode de la revue de la littérature paraissait la plus adaptée. Initialement, elle était celle d'une revue « systématique », standard des revues de la littérature scientifique. L'explicitation des critères d'éligibilité et des sources d'information, la stratégie de recherche automatisée sur plusieurs bases de données, le processus de sélection des études et l'extraction des données par grilles de lecture répondaient aux critères de qualité PRISMA d'une revue systématique (34). La présentation des résultats via le diagramme de flux et la discussion des biais des études incluses y correspondaient également. Néanmoins, la multiplicité des critères à respecter (notamment les recherches par deux chercheurs indépendants) a finalement conduit au format de la thèse dite « narrative ».

La formulation des équations de recherche a été optimisée avec l'aide d'un documentaliste spécialisé de la Bibliothèque Universitaire et la bibliographie des études incluses a été étudiée (recherche dite « de proche en proche »).

Le biais de publication a été limité en recherchant dans la littérature grise. Cette revue confirme d'ailleurs l'intérêt de travailler sur des textes non publiés comme les thèses et les mémoires.

La diversité géographique des travaux inclus a permis d'étudier des populations réparties sur le territoire.

La variété des méthodes utilisées encourageait la liberté d'expression : les études qualitatives par *focus groups* libéraient la parole grâce à la dynamique collective, alors que les entretiens individuels donnaient la possibilité d'aborder certains thèmes sans la pression du groupe.

IV.1.2 Points faibles

Concernant la méthode de recherche, la bibliographie automatisée, l'extraction des données de lecture et leur analyse par un chercheur constituaient un biais d'information.

La date d'inclusion maximale fixée à 2009 peut être discutée.

L'idée d'un état des lieux des relations peut, *a posteriori*, sembler être une trop vaste entreprise. Les déterminants étaient nombreux et la clarté de l'exposé des résultats est critiquable. La question de recherche aurait pu être plus fermée, plus précise.

A propos des résultats de nos recherches, un certain nombre de textes éligibles étaient inaccessibles à la lecture soit parce qu'ils étaient payants, soit parce qu'ils se présentaient sous forme de documents papier. Ceci exposait au biais de publication. Au total, peu d'études étaient disponibles et aucun regard international n'a été porté sur le sujet.

La synthèse descriptive de ce travail ne se voulait pas exhaustive : des points pertinents ont pu être omis. *A contrario*, certains thèmes d'intérêt pour le chercheur ont pu être mis en avant inconsciemment. Les biais de citation par amplification⁶ ou par omission⁷ étaient donc possibles.

Les biais de ce travail intégraient les biais inhérents aux textes inclus. La méthode de la revue narrative de la littérature n'imposait pas l'utilisation de grilles pour évaluer la qualité des études choisies. Elle était donc variable. L'exclusion des travaux de qualité méthodologique contestable n'était pas imposée.

Les textes inclus n'étaient quasiment que des thèses, en majorité qualitatives. Elles ne se voulaient donc pas représentatives de la population cible.

⁶ Consiste à exagérer les résultats d'une étude

⁷ Fait référence au fait qu'un auteur peut oublier ou négliger de citer les travaux qui vont à l'encontre de son objectif

Un biais de sélection se produisait lorsque la constitution de l'échantillon de sujets interrogés se faisait au sein d'un réseau de connaissances.

Plus spécifiquement, il s'agissait d'un biais dit « d'auto-sélection » quand le recrutement reposait sur le volontariat et que de nombreux refus de participer étaient enregistrés. La participation des sujets à l'étude pouvait alors être liée à un intérêt particulier pour le thème.

Dans certains textes, une surreprésentation de MSU était notable.

Dans les enquêtes qualitatives, le seuil de saturation n'était pas toujours discuté ou atteint.

L'hétérogénéité des critères de recherche dans les études était remarquable. La majorité des textes étudiait le point de vue des médecins généralistes. Les représentations, les difficultés et les propositions d'amélioration des professionnels de la PMI ont difficilement pu être explorées.

Les objectifs de recherche des thèses étaient variés : certains abordaient directement la relation médecins généralistes-PMI alors que d'autres s'intéressaient à une prise en charge particulière (la maltraitance infantile, la carence affective, le dépistage des troubles du langage...).

Parmi les biais de classement, le biais lié à l'investigateur était le plus important : tous les travaux inclus ont été réalisés par des professionnels de santé.

Les médecins interrogés étaient parfois prévenus du thème de l'étude, occasionnant un biais d'information. Ils relataient des expériences parfois anciennes exposant au biais de mémoire.

Dans les *focus groups*, les discussions autour de sujets tabous impliquaient le biais de déclaration ou biais de suggestibilité : le professionnel risquait d'orienter ses réponses pour « plaire » et répondre aux normes sociales. Les comportements répréhensibles pouvaient être sous-déclarés.

Il existait un biais de subjectivité lorsque les propositions aux questionnaires quantitatifs utilisaient les adverbes « souvent », « très souvent », etc...

Lors de l'analyse des données, un biais d'interprétation des résultats était possible si la triangulation n'était pas utilisée.

IV.2 Discussion des résultats : la collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle dans les soins de premier recours a été étudiée par Danièle d'Amour, au Canada, en 1999. Elle l'a définie comme un « ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci ».

L'importance de cette collaboration était justifiée : « nous reconnaissons l'utilité de la collaboration interprofessionnelle (...). Les besoins de santé de la clientèle sont de plus en plus complexes, les problèmes sont souvent chroniques et comportent des dimensions socio-économiques importantes. Aucun professionnel ne possède à lui seul l'expertise nécessaire. » (35)

Depuis, le rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de 2019 confirmait qu'une « meilleure coordination entre les acteurs est un levier indispensable pour améliorer la qualité globale des interventions ». (36)

Le travail préliminaire de D. D'Amour sur le sujet rappelait trois déterminants à la collaboration : le système professionnel, les déterminants interactionnels et les déterminants organisationnels.

La discussion suivante reprend les principaux résultats de la revue de la littérature en s'articulant autour de ces trois axes.

L'exposé « constat-propositions » pourra sembler manichéen. Les propositions faites n'ont par ailleurs pas la prétention de donner la solution aux problèmes actuels mais reprennent des suggestions auxquelles les décideurs auront peut-être recours.

IV.2.1 Le système professionnel

IV.2.1.1 Le constat

« Il semble que, par nature, le système professionnel s'oppose à la logique de la collaboration » selon D. D'Amour. La logique de professionnalisation et celle de collaboration sont deux pôles entre lesquels les professionnels naviguent selon les circonstances.

La collaboration évoque « un espace commun entre les savoirs, une vision humaniste de la personne, une autonomisation du patient et un partenariat interactif ». Alors que le système professionnel engage dans l'expertise, « la taxonomie rigide » et les relations cumulatives, non-interactives. La vision y est plus mécaniste. (35)

Les médecins, de par leur formation, ont donc des pratiques relativement rigides et cloisonnées. Tout au long de leur apprentissage, ils ne sont peu ou pas confrontés aux autres catégories de professionnels et, par conséquent, ne connaissent ni leurs pratiques ni leurs expertises.

- La formation

Au cours du deuxième cycle des études médicales, la préparation à l'Examen Classant National comporte quatre items sensibilisant au suivi médicosocial de l'enfant (sur les 362 existants) : l'item 44 « suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal », l'item 53 « développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant », l'item 54 « l'enfant handicapé » et l'item 55 « maltraitance et enfants en danger ». A titre informatif, deux référentiels traitent ces thèmes : la PMI n'est pas évoquée dans celui du Collège de psychiatrie⁸ et n'est citée qu'une fois dans celui du Collège de Pédiatrie⁹ (à propos de la protection de l'enfance).

L'enseignement théorique comporte « un nombre d'heures généralement très faible et très variable d'une faculté de médecine à l'autre » selon un rapport parlementaire

⁸ 2014, Éditions Presses Universitaires François Rabelais

⁹ 6^e édition, 2014, Éditions Elsevier-Masson

de 2014 (37). Le socle de connaissances concernant la PMI et plus largement la petite enfance paraît donc fragile à l'aube de l'internat.

Au cours du troisième cycle des études médicales, et suite à l'arrêté du 10 août 2010 (38), l'obligation d'un semestre de « pédiatrie et/ou gynécologie » au cours du DES de médecine générale est étendue à l'ensemble du territoire. Le stage peut être ambulatoire chez des médecins généralistes ayant une forte activité pédiatrique, en PMI ou à l'hôpital. Le stage en PMI n'est donc pas imposé par la loi. Néanmoins à l'échelle locale, à Rouen, huit demi-journées de stage en PMI sont obligatoires.

A propos du stage en PMI, la revue de la littérature a retrouvé un impact positif sur le niveau de connaissances, et ce quelle que soit sa durée. (20)

G. Poulat s'est intéressé à la pratique clinique en pédiatrie des internes de médecine générale. Selon lui, la force du stage en PMI est de « confronter l'interne à d'autres professionnels de santé et à une vision globale interdisciplinaire de la prise en charge ambulatoire des enfants », vision que l'interne n'a pas ou peu en fin de stage de gynéco-pédiatrie. Il considère aussi que le stage en PMI est très formateur pour « le savoir être » avec le nourrisson, la prévention, les problématiques médicales aiguës, les troubles de la relation mère-enfant et la protection de l'enfance. L'auteur propose de multiplier les terrains de stages dans les CMP, CMPP ou centres pour enfants obèses afin de sensibiliser à l'action des réseaux. (39)

L'intérêt du stage en PMI est aussi confirmé par E. Prévost : « la problématique sociale découverte en PMI auprès des paramédicaux est très enrichissante ». (29)

La revue de la littérature confirmait un manque de formation des médecins généralistes patent dans différents domaines du développement psychomoteur et de la protection de l'enfance.

Ailleurs, les constats sont similaires. Les jeunes médecins jugent leur formation initiale « insuffisante, trop axée sur l'hospitalier au détriment de l'ambulatoire » dans la thèse de M. Denni dédiée à la formation des internes à Strasbourg (40). Dans le Finistère, A. Dauchy conclue que « les connaissances sont insuffisantes », que « les attentes de formation des médecins généralistes sont fortes », et qu'il est nécessaire de « lever

leur isolement » (41). Un médecin généralistes rappelait à M. Kiener : « les réseaux c'est une chose que l'on ne nous apprend pas » (11).

- Le cloisonnement et l'étude des réseaux de soins informels

Ce qui ressort de la revue de la littérature, c'est l'absence de partenariat, le cloisonnement entre les acteurs. Ils étaient sept médecins généralistes sur dix à s'en plaindre auprès d'O. Simsek Arslan en Moselle (12).

Pour exemple, à propos de la carence affective, L. Moulaire montrait que les connaissances des médecins généralistes étaient partielles. Le seul médecin généraliste de l'étude à faire les dépistages précoces de carence affective exerçait à temps partiel en PMI. Ce n'était pas anodin : il était le mieux informé sur le sujet. Le manque de formation des autres médecins risquait d'entraîner des retards de prise en charge. Tout ceci indiquait que le médecin généraliste « ne peut organiser seul la prise en charge d'un enfant souffrant de carence affective. (...) Mais il peut l'orienter vers une structure référente (...) Il devrait s'adresser au centre de PMI de son secteur ». Pourtant ils n'étaient que trois sur dix à solliciter la PMI dans cette situation de doute. (23)

Le problème du cloisonnement entre la PMI et les médecins généraliste était soulevé par L. Dufour : « le médecin généraliste doit s'ouvrir au travail en équipe ». (13)

Déjà en 2008 une enquête réalisée par l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire montre que le médecin de PMI est l'un des professionnels avec lesquels les médecins généralistes échangent le moins : moins de 5% des généralistes avaient eu des contacts avec un médecin de PMI au sujet d'un patient au cours des 15 jours précédant l'enquête. (42)

La notion de réseau de soins informels était récurrente dans les thèses incluses. Selon R. Ourabah, « c'est ce réseau informel, à côté des autres systèmes de structures institutionnalisées, qui fait la qualité et l'originalité d'exercice de chaque praticien ». (43)

Une enquête de terrain de 2004 en région Provence-Alpes-Côte-D'azur décrit les réseaux de soins informels autour des médecins généralistes. L'étude montre « qu'aucun professionnel n'a de vision transversale de la prise en charge du malade du fait de la méconnaissance du travail de l'autre, des cloisonnements symboliques entre groupes professionnels, et des difficultés rencontrées (charges de travail en particulier) ». (44)

Pour modérer le propos, il faut admettre que le médecin généraliste travaille avec ses réseaux depuis l'instauration du rôle de médecin traitant. Il collabore avec les spécialistes, les services d'urgences, les infirmiers libéraux, les pharmaciens... (42)

De son côté, « le médecin de PMI entretient un dialogue important avec la plupart de ses partenaires (les maternités, les services de pédiatrie hospitalière, les réseaux périnatalité, les CAMSP) ». Pourtant, « le dialogue avec les médecins généralistes apparaît en contraste bien insuffisant, voire quasi inexistant, le médecin de PMI étant parfois l'acteur de soins avec lequel les généralistes ont les contacts les moins fréquents ». (13) Pourquoi cette collaboration est particulièrement difficile ?

IV.2.1.2 Les propositions

L'enquête de terrain en région PACA de 2004 sur les réseaux de soins informels conclue que « l'amélioration de la communication entre les acteurs (...) doit reposer sur des processus de décroisonnements ». Cela implique que « chaque acteur connaisse le travail effectué par l'autre et reconnaisse son utilité dans la chaîne des soins ». (44)

Le rapport parlementaire de 2014 confirme la nécessité d'une « mise en synergie des compétences professionnelles » et propose des « rencontres interdisciplinaires dans les formations initiales ». (37)

Plus récemment, en 2019, le rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans réaffirme encore la nécessité du décroisonnement via la formation des professionnels : « les échanges de savoirs et l'harmonisation des pratiques (...) sont des préalables à la construction d'un parcours coordonné de l'enfant ».

« Développer les coopérations pluri-professionnelles de santé » fait aussi partie de leurs propositions. Concrètement il s'agit de déléguer aux puéricultrices certains actes médicaux, comme la vaccination ou les bilans obligatoires. L'idée est de répartir les tâches au sein des réseaux de soins informels. (36) Dans son rapport de 2016, le HCSP avait déjà encouragé la délégation de certains actes aux puéricultrices.

Formation et décloisonnement sont interdépendants. En pratique, les aménagements suivants sont proposés :

- Au cours du deuxième cycle des études médicales, intégrer un enseignement d'un volume horaire proportionné à la problématique de la petite enfance ;
- Au cours du troisième cycle des études médicales, rendre effectives les sessions de formation partagées interdisciplinaires imposées par l'article D. 542-1 du code de l'éducation. A l'échelle locale à Rouen, à l'image du séminaire existant avec les infirmiers, une journée de formation dédiée au réseau de la petite enfance en présence de personnels de la PMI, de la CRIP, du CAMSP ou encore des CMP serait la bienvenue ;
- Rendre obligatoire les stages en PMI, même de courte durée, partout en France. La démographie des médecins de PMI¹⁰ ne rendra pas leur organisation facile mais c'est en partie en attirant les jeunes médecins que la structure trouvera ses successeurs ;
- Développer les séminaires de FMC à destination des médecins généralistes autour des problématiques de l'enfance : développement normal de l'enfant, dépistage précoce des troubles neurosensoriels, enfance en danger ou encore aide à la parentalité. Y favoriser les rencontres pluridisciplinaires médicales et paramédicales ;
- Favoriser à l'échelle locale une coopération informelle entre puéricultrices de la PMI et les médecins généralistes libéraux.

¹⁰ « En 2020, les deux tiers des médecins généralistes qui exerçaient à temps plein en 2006 seront à la retraite », Dr Pierre Suesser, lequotidiendumedecin.fr, novembre 2014

IV.2.2 Les déterminants interactionnels : cohésion, confiance et communication

IV.2.2.1 Le constat

- Cohésion, confiance

Selon D. D'Amour, les déterminants interactionnels les plus importants sont la cohésion et la confiance. « La cohésion est reliée au degré d'affinité entre les membres, à la motivation et l'engagement des membres envers le groupe » explique-t-elle. Dans la revue de la littérature, même si la collaboration entre médecins généralistes et PMI était jugée utile (12,13,18) certains soulignaient un manque d'intérêt et d'implication des médecins généralistes (13,21).

L'analyse des textes inclus montrait que le médecin généraliste faisait confiance à la PMI (11,16,18,19,22,23). Mais la question du secret médical partagé entre médecins, et entre médecins et administration venait parfois assombrir les relations. C'est un facteur contribuant au cloisonnement des acteurs. Le partage du secret médical au sein des équipes médicosociales, et entre le médecin généraliste et les structures de la petite enfance est un déterminant majeur de la collaboration. De façon générale, c'est l'article R4127-4 du code de la santé publique qui encadre les applications du secret médical : « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin (...). Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » Concernant le secret médical partagé, à la lecture de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, deux points paraissent importants :

- « Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à une même personne prise en charge à la condition que celle-ci ne se soit pas opposée à cet échange » ;
- « Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ». Les équipes médicales,

paramédicales, éducatives et sociales sont concernées. A ce titre, « le partage d'informations à caractère secret peut se faire entre professionnels de la protection de l'enfance » (article L226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles).

En cas de danger imminent pour l'enfant, l'article 223-6 du code pénal oblige toute personne à intervenir pour protéger le mineur, sans pouvoir se retrancher derrière le secret professionnel¹¹.

- Communication

Un frein rapporté par les médecins généralistes à leur collaboration avec la PMI était le manque de retours d'informations (21-24). Au-delà des préjudices pour la prise en charge de l'enfant, ces non-réponses nuisent à la formation continue du médecin généraliste.

La problématique est en partie celle du « feedback ciblé ». Il s'agit d'un retour d'informations, à propos d'une tâche réalisée ou d'une compétence menée dans une situation donnée. Son but est « d'encourager une manière de réagir dans une situation similaire ». Le feedback s'inscrit dans un processus d'apprentissage, d'amélioration de la performance individuelle et collective. (45)

Le retour d'informations est une théorie fondamentale de la pédagogie en DES de médecine générale avec l'utilisation du portfolio et du journal de bord (46). A la fin des études, ce feedback doit perdurer sous d'autres formes. Les échanges avec les confrères experts y contribuent.

Le manque de retours était parfois expliqué par l'utilisation perfectible des outils de communication existants.

Si le carnet de santé était jugé « précieux » et utile, il n'était pas toujours bien utilisé (11,14). En 2016, le HCSP en 2016 confirme son mésusage : « les familles ne s'approprient pas de manière suffisante ce document (...) et son utilisation par les professionnels de santé n'est pas optimale ». (47)

¹¹ En 2013, la Cour de Cassation a d'ailleurs déjà eu l'occasion de préciser qu'un professionnel ne pouvait s'abriter derrière le respect du secret professionnel pour échapper à une condamnation.

IV.2.2.2 Les propositions

Afin de renforcer la cohésion et de susciter l'intérêt des médecins généralistes sur les problématiques de la petite enfance, des rencontres étaient réclamées par les professionnels. L'idée d'un séminaire interprofessionnel au cours du DES de médecine générale paraît donc appropriée. Des journées portes ouvertes en PMI pourraient aussi être organisées localement.

Pour limiter les effets « pervers » du secret médical et en connaître le cadre législatif réel, un module de formation initiale pour apprendre à dialoguer en respectant le secret et un entretien des connaissances par des FMC pourraient être institués.

La réflexion sur les outils de liaison partagés entre professionnels est détaillée par S. Rist et de M-S. Barthet-Derrien dans leur rapport de 2019. Elles proposent de « renforcer l'utilisation du carnet de santé » et invitent à « des formations communes qui devraient comporter un volet dédié à l'utilisation du carnet de santé et à son remplissage ».

A l'heure du numérique et de la dématérialisation des échanges, elles demandent aussi à ce que « le chantier du DMP de l'enfant et de son applicabilité » soit relancé. (36)

IV.2.3 Les déterminants organisationnels : les difficultés pratiques

IV.2.3.1 Le constat

Les difficultés pratiques dont se plaignaient les médecins généralistes étaient nombreuses. Concernant le dépistage des troubles psychomoteurs, ils avouaient à S. Layssac « qu'ils ne possédaient pas le matériel adapté pour le dépistage des troubles auditifs et visuels » (21). Avec E. Dutel, certains disaient « ne pas connaître les outils standardisés de dépistage » ou les connaître mais ne pas les utiliser (14).

Déjà en 2008, une enquête souligne que les facteurs de risque sont recherchés « de façon incomplète », « l'examen clinique reste sommaire » et que « cela peut être préjudiciable à la bonne prise en charge des déficits sensoriels ». (48)

En 2011, une thèse faisant l'inventaire des outils standardisés à la disposition des médecins généralistes en Languedoc-Roussillon montre que l'ensemble des médecins sont équipés pour explorer les troubles de l'audition, mais que seulement 10% le sont pour les troubles envahissants du développement ou les tests de vision stéréoscopique. (49)

Ces difficultés pratiques dans le dépistage sont à nouveau confirmées par J. Beaumont en 2018 à Caen : « la plupart des médecins utilisent peu d'outils car ils les considèrent trop onéreux ou qu'ils manquent de temps pour les utiliser ». (50)

La problématique des consultations courtes des médecins généralistes était soulevée avec L. Dufour : « les consultations sont en moyenne plus courtes que celles des adultes (...) la prévention et le dépistage font l'objet d'une consultation sur huit ». (13). La thèse de J. Beaumont confirme : « la plupart des médecins interrogés semblaient intéressés (...) Leur enthousiasme était freiné par le temps et la disponibilité à accorder pour réaliser les tests ». (50)

Pour mémoire, en France, la consultation de médecine générale (tous âges confondus) dure en moyenne 16,4 minutes (versus 10,7 minutes en Europe). (51)

On ne peut omettre la question moins matérielle et plus pécuniaire de la valorisation des actes et de la reconnaissance du temps de coordination. Elle est soulevée dans la thèse de S. Layssac où un médecin généraliste témoignait : « il faudrait que ce soit considéré comme du travail. Tandis que moi, quand je fais ça je suis bénévole (...) Parce que c'est du travail en plus qui n'est pas pris en compte, ni pris en considération, ni valorisé ». (21) Avec J. Beaumont, les médecins généralistes demandent aussi à « une rémunération spécifique » et l'auteur confirme que « la valorisation des compétences (...) est un véritable levier » au suivi des enfants de zéro à six ans. (50)

Pourtant, des consultations dédiées avec une cotation spécifique existent. Elles sont possiblement méconnues ou jugées insuffisantes. Par exemple :

- La cotation COE (46€) s'applique aux consultations obligatoires du nourrisson (8 jours suivants la naissance, 9^e mois et 24^e mois) ;

- L'épreuve de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans est cotée 48,51€. Si on y ajoute le test de Lang (possible avec la mallette *Sensory baby test* – annexe 10), la cotation est alors de 61,17€ ;
- Les consultations de coordination de l'obésité entre 3 et 12 ans sont valorisées 46€.

Le lien entre difficultés pratiques et collaboration n'est pas manifeste. Le principe de la collaboration est qu'elle se joue à deux : elle est en partie conditionnée par le besoin que l'un éprouve pour l'autre. Or si les médecins généralistes ne sont pas assez bien formés aux dépistages, s'ils y accordent peu d'intérêt, s'ils n'ont pas le matériel nécessaire, s'ils n'ont pas assez de temps ou la rémunération adéquate, alors ils ne peuvent pas diagnostiquer ni adresser à la PMI.

Certains ne semblaient même pas toujours réaliser que les retards de prise en charge étaient néfastes à l'enfant. (14)

IV.2.3.2 Les propositions

Pour pallier les difficultés matérielles, la mise à disposition plus facile et moins onéreuse des mallettes pédiatriques de dépistage type *Sensory baby test* (à 515€ actuellement) ou du test auditif de Moatti (vendu 80€) pourrait être une piste. Leur acquisition systématique par les MSU de stage ambulatoire de niveau 1 comme de SASPAS pourrait favoriser leur utilisation ultérieure par les jeunes médecins généralistes.

En parallèle, imaginer des sessions de formations à la bonne utilisation de ces outils.

Les cotations des actes de dépistage méritent d'être mieux connues des médecins. Elles permettraient d'inciter les professionnels à utiliser leurs outils et à allonger leur temps de consultation. Le stage ambulatoire de niveau 1 et le SASPAS doivent être l'occasion de mieux faire connaître ces cotations et les cotations en général.

IV.2.4 Les déterminants organisationnels : l'appui institutionnel

Troisième déterminant de la collaboration selon D. D'Amour, l'appui institutionnel doit permettre aux professionnels d'être « reconnus comme une entité possédant une structure, une définition, une direction, une synergie ». (35)
Il s'agit ici de discuter des réseaux de soins « formels ».

IV.2.4.1 Le constat

La revue de la littérature suggérait que la PMI collaborait bien au sein du réseau de périnatalité (13) et le rapport de S. Rist et M-S. Barthet-Derrien le confirme en 2019 (« les réseaux de périnatalité fonctionnent de manière structurée »)(36).

En revanche, la capacité de travail en équipe du médecin généraliste semblait remise en question dans les thèses incluses. Il est pourtant placé au cœur du système de santé depuis la loi du 13 août 2004 et l'instauration du rôle de médecin traitant lui permet de coordonner les soins du patient en participant à des réseaux de santé : quarante-cinq pour cent des médecins généralistes bretons, bas-normands et bourguignons adhèrent par exemple au réseau diabète¹². (42)
Chacun a ses réseaux et ses occasions de collaboration, mais aucune organisation ne semble les réunir.

En pratique, concernant l'enfant, le rapport de S. Rist et M-S. Barthet-Derrien de 2019 relève « un nombre élevé d'intervenants en santé sans réelle coordination ni transmission d'informations ». « Ce foisonnement des acteurs a pour corollaire une difficulté de pilotage » remarquait déjà L. Dufour en 2014.

L'avis est amèrement partagé par le SNMPMI : « quels sont les constats aujourd'hui ? L'émiettement, le cloisonnement et la spécialisation des actions, la démultiplication non coordonnée d'acteurs ». (52)

¹² Les réseaux diabète organisent des actions de formation envers les professionnels, coordonnent le parcours de soins des patients, favorisent la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique et l'accès à certains soins (consultations de diététicien, de pédicure-podologue).

De plus, les réseaux informels détaillés précédemment, même s'ils sont les témoins d'une prise de conscience, révèlent « une très forte hétérogénéité ». (36)
En conclusion, il y a une nécessité de structuration et d'homogénéisation.

La conséquence la plus préjudiciable de ces carences dans le système de soins est le manque de lisibilité, pour les médecins traitants comme pour les familles. Il induit un nomadisme médical, un allongement des délais d'attente¹³, une errance diagnostique et donc des retards de prise en charge.

IV.2.4.2 Les propositions

Face à ce bilan, il paraissait nécessaire à L. Dufour de redéfinir les réseaux de coordination notamment grâce aux ARS (13). La proposition est aussi formulée par les rapporteuses Rist et Barthet-Derrien : il faut « structurer une gouvernance territoriale du parcours santé » de l'enfant.

Le succès du réseau de périnatalité doit « constituer un point d'appui » (36) : la PMI doit servir de relai pour « fluidifier l'articulation entre la ville et l'hôpital (...) afin d'éviter les ruptures de parcours ». (53)

Au niveau national, la gouvernance est proposée par le Dr Suesser, président du SNMPMI, à travers la création « d'un conseil national réunissant les acteurs de la protection de la santé familiale pour favoriser l'impulsion d'une politique nationale de la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille ». (54)

Un rapport d'expertise de l'Inserm de 2009 décrit la « charte » du réseau de santé (55) :

- « Le réseau a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge quels que soient les champs d'action concernés » ;
- « Les membres du réseau sont multiples : médecins généralistes, pédiatres libéraux et hospitaliers, pédopsychiatres, psychologues libéraux,

¹³ Un rapport de l'IGAS de 2018 fait état de délais d'attente moyens de 7,3 mois concernant les CMPP et de 4,3 mois pour les CAMSP.

établissements de santé, centres de PMI et services de médecine scolaire, professionnels de santé paramédicaux, structures médico-sociales » ;

- « Le réseau définit les principes organisationnels et les protocoles de prise en charge » ;
- « Les membres du réseau (...) s'engagent à suivre les formations proposées par le réseau et à respecter les modalités prévues tant pour le partage des données médicales du patient que pour l'évaluation des actions ainsi menées. »

Le rapport détaille aussi les modalités pratiques de la coordination des acteurs de la santé de l'enfant et de l'adolescent (55) :

- « L'information régulière et réciproque des médecins de ville et hospitaliers, par l'envoi de courriers » ;
- « La participation des médecins libéraux et des médecins de PMI aux discussions cliniques, réunions de synthèse et formations proposées par les équipes médicales des établissements de santé » ;
- « La participation des professionnels à la commission régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents et à la commission régionale de la naissance ».

La nomination d'un médecin référent est essentielle. Son rôle est, entres autres, de « veiller à la réalisation des dépistages aux âges clés », de « garantir une fluidité du parcours de chaque enfant », « d'assurer un rôle de coupe-file pour les situations qui le nécessitent » et « d'organiser des temps de concertation entre professionnels sur les situations complexes ». (36)

Le chantier des 1000 premiers jours de l'enfant porté par A. Taquet confirme cette volonté avec la nomination d'un « Référent Parcours 1000 jours ». (56)

Médecin généraliste, médecin de PMI, pédiatre, infirmière de pratiques avancées : ce choix doit indéniablement demeurer celui des parents.

D'autres améliorations du système institutionnel peuvent être proposées :

- Augmenter l'attractivité des services de PMI (proposition n°10 du rapport sénatorial de 2014) : « par la mise en œuvre d'un plan d'adaptation de la

démographie des professionnels de la PMI : formation initiale et continue, reconnaissance des diplômes, recrutements, statuts et conditions de rémunérations » (37) ;

- Avec pour corollaire l'augmentation des moyens financiers accordés à la structure (17,18). Le président de SNMPMI, le Dr Suesser, estime notamment que « les ARS pourraient ouvrir aux conseils généraux l'enveloppe spécifique consacrée à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins ». (54) La décision est, à l'échelle nationale comme locale, éminemment politique. Les mesures annoncées par A. Taquet en faveur des 1000 premiers jours de l'enfant devraient y contribuer : « ce sont 35 millions d'euros qui seront consacrés au total en 2021 au renforcement des PMI dans 70 départements. Cet investissement doit permettre aux PMI de recruter du personnel ». (56)

CONCLUSION

Les médecins généralistes et la PMI ont tous les deux un rôle important à jouer dans le parcours de soins de l'enfant, particulièrement en termes de prévention et de la promotion de la santé. Alors que plusieurs recommandations ont vu le jour depuis plus de 15 ans concernant le dépistage précoce des troubles du développement de l'enfant et des maltraitances, en pratique, ces professionnels collaborent peu.

L'analyse des résultats de la revue narrative de la littérature a confirmé cela. Les interactions étaient globalement pauvres. Il était intéressant d'en examiner les raisons : méconnaissance théorique des médecins généralistes à propos des missions et du fonctionnement de la PMI, représentations négatives mutuelles, manque de temps et de moments de rencontres, retours d'informations insuffisants et outils de communication imparfaits. Il paraissait tout aussi pertinent d'en analyser les conséquences, souvent délétères pour l'enfant et sa famille, notamment en cas de retard de dépistage et de prise en charge des troubles du développement ou de la maltraitance.

Les ressentis quant à la qualité de la collaboration et la fréquence des échanges divergeaient selon les professionnels interrogés.

La formation initiale et continue des médecins généralistes ainsi que les rencontres physiques constituaient à la fois les principaux leviers de leur relation et leurs propositions d'amélioration.

La prévention primaire, secondaire et tertiaire sont des notions essentielles dans l'activité du médecin généraliste contemporain et un des ancrages forts de la PMI. Le mariage des deux acteurs au sein du parcours de soins de l'enfant nécessite de poursuivre une transition vers le *care*¹⁴ sans pour autant s'opposer ni abandonner la notion de *cure*¹⁵.

¹⁴ Soins au sens de « prendre soin de la personne »

¹⁵ Soins au sens de « soigner une maladie »

Partant de ces constats, un travail plus global sur la politique du parcours coordonné de santé de l'enfant de zéro à six ans a été détaillé. Il invite à un ajustement de la formation des médecins généralistes, au décroisement des pratiques au sein des réseaux de soins informels et à la création de réseaux institutionnels impulsée par une véritable politique nationale de la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille.

BIBLIOGRAPHIE

1. La santé en France. Haut Conseil de la Santé Publique ; 1997.
2. Jourdain-Menninger D, Roussille B, Vienne P, Lannelongue C. Etude sur la protection maternelle et infantile en France, rapport de synthèse. IGAS ; 2006.
3. Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et modes d'accueil. DGCS ; 2016.
4. Basset C. La protection maternelle et infantile. CESE (Conseil économique social et environnemental) ; 2014.
5. Schéma départemental des services aux familles [Internet]. Disponible sur : <https://www.seine-maritime.gouv.fr/content/download/18853/141796/file/Sch%C3%A9ma.pdf>
6. Organigramme au 27 novembre 2020 bd.pdf [Internet]. Disponible sur : <https://www.seinemaritime.fr/docs/Organigramme%20au%2027%20novembre%202020%20bd.pdf>
7. DREES. La protection maternelle et infantile (PMI) : données départementales sur les personnels 2007 à 2017 [Internet]. 2019. Disponible sur : https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/4041_la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/information/
8. The European definition of general practice / family medicine [Internet]. EURACT - WONCA Europe ; 2005. Disponible sur : <https://www.woncaeurope.org/file/3b13bee8-5891-455e-a4cb-a670d7bfdca2/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011.pdf>
9. Atlas de la démographie médicale en France. 2021.
10. Saracci C, Mahamat M, Jacquérior F. Comment rédiger un article -scientifique de type revue narrative de la littérature ? REVUE MÉDICALE SUISSE. 2019 ;
11. Kiener M. Collaboration entre médecins généralistes et médecins de PMI : enquête qualitative par focus group dans la Vienne [Internet]. Poitiers ; 2015. Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/34c136ac-c2dd-4214-8204-a93557ac998e>
12. Simsek Arslan OC. Les freins à la collaboration entre le médecin généraliste et le service de Protection Maternelle et Infantile : étude qualitative réalisée dans le Haut-Rhin. Strasbourg ; 2014.
13. Dufour L. Collaboration entre le service de Protection Maternelle et Infantile et les Médecins Généralistes dans la prise en charge de l'enfant de moins de six ans : enquête qualitative croisée auprès de médecins de PMI et de médecins généralistes installés en Gironde [Internet]. Bordeaux ; 2014. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas->

01096555/document

14. Dutel E. Attitude des médecins généralistes face à un retard de développement psychomoteur chez l'enfant : étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes [Internet]. Lyon I ; 2015. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=184265983&COOKIE=U10178,Klecteurweb,D2.1,E7f1d2df7-86,l250,B341720009+,SY,QDEF,A%5C9008+1,,J,H2-26,,29,,34,,39,,44,,49-50,,53-78,,80-87,NLECTEUR+PSI,R89.80.230.150,FN#:~:text=%C2%A0-Acc%C3%A8s%20en%20ligne,-http%3A/n2t.net>
15. Maurin M. Représentations des médecins généralistes de leur mission de Protection Maternelle et Infantile : étude qualitative. Marseille ; 2015.
16. Puech C. Dépistage des troubles du langage oral organisé par la PMI en école maternelle : à propos du suivi en milieu libéral de 72 enfants dépistés par le test ERTL4 en Haute-Garonne. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2014.
17. Abdel Aal K. Quelles sont les modalités de repérage et de prise en charge de la maltraitance infantile employées par les médecins généralistes depuis les recommandations de 2014 de la HAS ? [Internet]. Créteil ; 2017. Disponible sur : https://athena.univ-lille.fr/view/delivery/33BUCRET_INST/1294098710004611
18. Delannoy-Pernin E. Perception de la Protection Maternelle et Infantile par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés en Moselle. [Internet]. Nancy ; 2011. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733939/document>
19. Font J, Point-Rabiller C. Vécu des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, face à l'enfance en danger : étude qualitative auprès de 7 médecins [Internet]. Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2016. Disponible sur : <http://thesesante.upsc-tlse.fr/1449/1/2016TOU31087-1088.pdf>
20. Plouvier M-S. Connaissance des missions des médecins de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Haute-Vienne par les médecins généralistes, maîtres de stage de ce même département et impact d'une fiche informative sur cette connaissance [Internet]. Limoges ; 2020. Disponible sur : <http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/2fd34954-6305-41d6-afb3-8ec997f74396/blobholder:0/M20203101.pdf>
21. Layssac S. Déterminants de la communication entre médecins généralistes et Protection Maternelle et Infantile : enquête qualitative auprès des médecins généralistes de l'Hérault. Toulouse ; 2014.
22. Grégoire L. Vécu du médecin généraliste suite à la transmission d'une information préoccupante à la CRIP 76 entre 2018 et 2019 [Internet]. 2021. Disponible sur :

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182199/document>

23. Moulaire L. Diagnostic et prévention des carences affectives chez le nourrisson [Internet]. Nantes ; 2011. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=8b80e39d-029f-4e28-a022-d14a3cc014a0>
24. Dutel E. Attitude des médecins généralistes face à un retard de développement psychomoteur chez l'enfant [Internet]. Lyon ; 2014. Disponible sur : http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/DUTEL_Elsa.pdf
25. Cassagnes L, Delabarre M. Maltraitance infantile : les liens entre les médecins généralistes et les autres acteurs de la protection de l'enfance en Ariège [Internet]. Toulouse ; 2019. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2607/1/2019TOU31024-1025.pdf>
26. Bausière C. Protection de l'enfance : comment répondre aux besoins de formation des médecins généralistes ? Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes havrais [Internet]. Rouen ; 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01501405/document>
27. Bretonnière C. Déterminants de la relation entre médecins généralistes et services de Protection Maternelle et Infantile : étude quantitative auprès des médecins généralistes de Vendée [Internet]. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=b990d652-6087-4f17-adbc-56aa1594ecaa>
28. Mataigne Weisse E. Mineurs en danger en France : place du médecin généraliste dans le dispositif de prise en charge. A propos d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes lorrains [Internet]. Nancy ; 2013. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734227/document>
29. Prevost-Vanpouille E. Enfance en danger : comment faciliter la transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes ? [Internet]. Lille ; 2019. Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/01282605-3bee-4758-9890-6dcd956f4983>
30. Michaud E. Évaluation d'un outil spécifique sur l'information préoccupante pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique. Août 2017 ; Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0929693X17303445>
31. Balençon M, Arrieta A, You CA, Brun J-F, Federico-Desgranges M, Roussey M. Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ile-et-Vilaine. Archives de Pédiatrie. 2016 ;23(1) :21-6.
32. Bontil L. Aide au diagnostic et conduite à tenir devant une suspicion de maltraitance de l'enfant en médecine générale dans le département de Seine-Maritime [Internet]. Rouen ; 2020. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03016393/document>
33. Martin A. Parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance des

Bouches-du-Rhône. 2017 ; Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-5-page-665.htm>

34. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 janv. 2015 ;15(157) :39-44.

35. D'Amour D. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé [Internet]. 1999. Disponible sur :

https://www.persee.fr/doc/AsPDF/sosan_0294-0337_1999_num_17_3_1468.pdf

36. Rist S, Barthet-Derrien M-S. Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans [Internet]. 2019 mars. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_27_mars_stephanie_rist.pdf

37. Dini M, Meunier M. Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant [Internet]. 2014 juin. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6553.html>

38. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et des sports, Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. JO n°0199 aout, 2010.

39. Poulat G. Pratique clinique en pédiatrie des internes de médecine générale lors du stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie à la PMI en Midi-Pyrénées. Toulouse III ; 2015.

40. Denni M. Exercice de la pédiatrie en médecine générale : ressenti des jeunes médecins, difficultés rencontrées et attentes de formation. Strasbourg ; 2019.

41. Dauchy A, Vic P. Connaissances et attentes des médecins généralistes du Finistère en matière de protection de l'enfance. 2019 ;

42. Bournot M-C. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. DREES ; 2008.

43. Ourabah R. Les réseaux de soins informels. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 2016 ;200(4-5) :771-4.

44. Sarradon-Eck A, Vega A. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* [Internet]. févr. 2008 ; Disponible sur :

https://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=6138&titre=creer-des-liens--les-relations-soignants-soignants-dans-les-reseaux-de-soins-informels&debut=#:~:text=http%3A//hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/...

45. « L'objectif du feedback est d'encourager une manière de réagir dans une situation similaire » [Internet]. *topformation.fr*. Disponible sur :

<https://www.topformation.fr/guide/articles/feedback-en-entreprise-14552>

46. Missions pédagogiques du DMG | Département Médecine Générale - Université de

Rouen [Internet]. Disponible sur : <https://dumg-rouen.fr/c/pedagogie>

47. Avis relatif à la refonte du carnet de santé de l'enfant. HCSP ; 2016 mai.

48. Colineau-Méneau A, Neveur M-A, Beucher A, Hitoto H, Dagorne C, Dubin J, et al. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant. Application des recommandations chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire. Sante Publique. 2008 ; Vol. 20 :259-68.

49. Brun A. Inventaire des outils standardisés de dépistage des anomalies du développement psychomoteur des enfants de moins de cinq ans (enquête descriptive auprès des médecins généralistes du Languedoc Roussillon) [Internet]. 2011. Disponible sur : <http://www.opengrey.eu/item/display/10068/866065>

50. Beaumont J. Freins et leviers des consultations de suivi des enfants de 0 à 6 ans par les médecins généralistes de l'agglomération caennaise. Caen ; 2018.

51. Amalberti R. La durée de consultation en médecine générale [Internet]. prevention-medicale.org. 2017. Disponible sur : <https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/medecin/duree-consultation-medecine-generale>, <http://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/medecin/duree-consultation-medecine-generale>

52. Assurer l'avenir de la PMI [Internet]. 2011. Disponible sur : <https://www.ansft.org/documents/assurer-lavenir-de-la-pmi.pdf>

53. Parvais A. Adrien Taquet présente les recommandations de la Commission sur les 1000 premiers jours de l'enfant [Internet]. Infirmiers.com. 2021. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/puericultrice/developpement-de-l-enfant-les-recommandations-de-la-commission-1000-premiers-jours.html>

54. Suesser P. « Les médecins de PMI n'apparaissent pas dans la loi » [Internet]. Le Quotidien du médecin. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/dr-pierre-suesser-snpmi-les-medecins-de-pmi-napparaissent-pas-dans-la-loi>

55. Bailly D. Santé de l'enfant – Propositions pour un meilleur suivi [Internet]. INSERM ; 2009. Disponible sur : <https://www.hal.inserm.fr/inserm-02101423/document>

56. Discours d'Adrien Taquet - Annonces des mesures en faveur des 1000 premiers jours de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-adrien-taquet-annonces-des-mesures-en-faveur-des-1000-premiers-jours>

ABRÉVIATIONS

AME : Aide médicale d'État

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMS : Centre médico-social

CMU : Couverture maladie universelle

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CRIP : Cellule de recueil des informations préoccupantes

CSP : Code de la santé publique

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DES : Diplôme d'études spécialisées

DMP : Dossier médical partagé

FMC : Formation médicale continue

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

HPST : Hôpital patient santé territoire

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IP : Information préoccupante

MG : Médecin généraliste

MSU : Maître de stage des universités

PMI : Protection maternelle et infantile

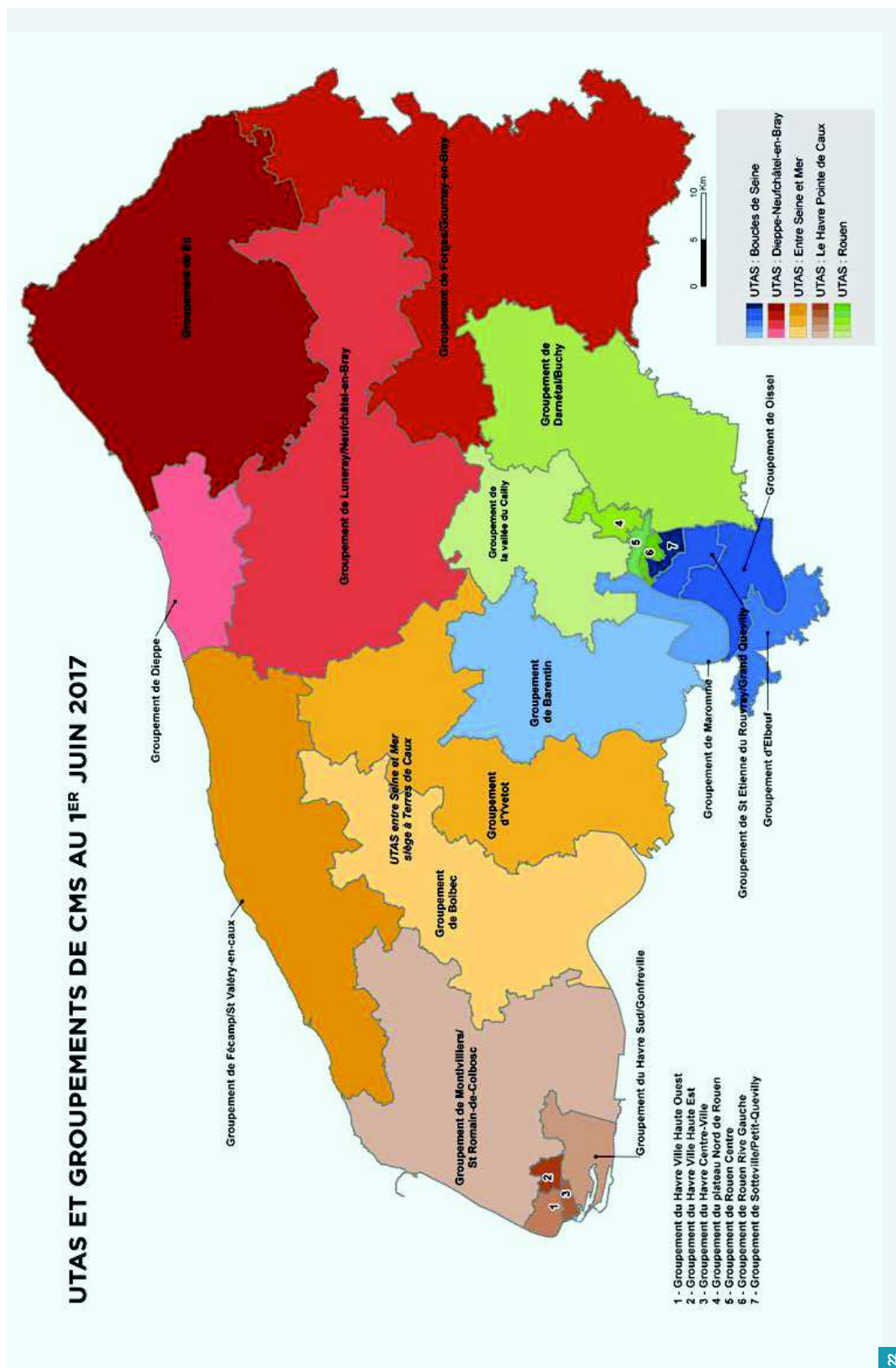
SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SNMPMI : Syndicat national des médecins de PMI

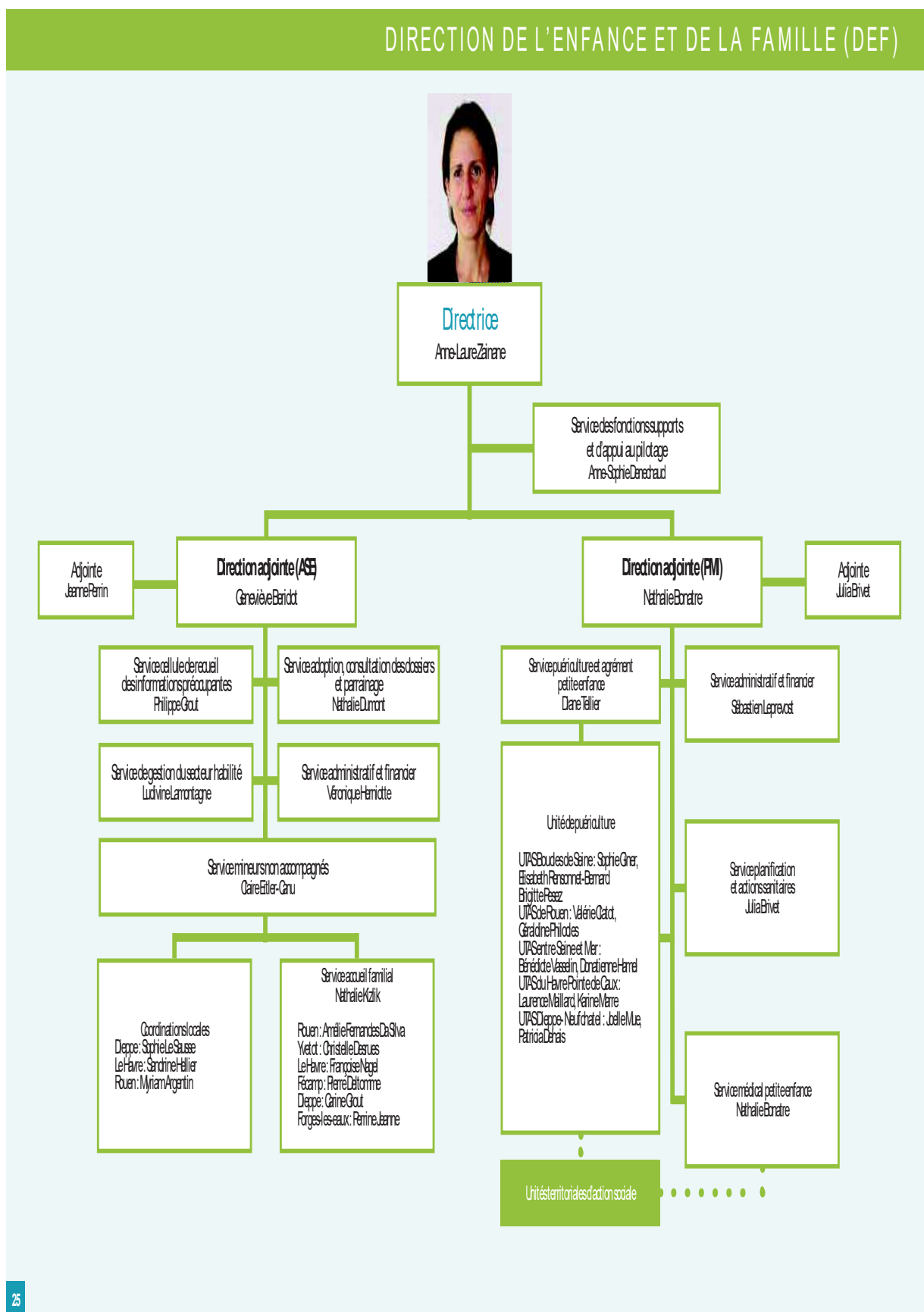
UTAS : Unité territoriale d'action sociale

ANNEXES

1. Carte des cinq UTAS de Seine-Maritime



2. Organigramme départemental de la direction de l'enfance et de la famille en Seine-Maritime, septembre 2020



3. Plaquette d'informations de la PMI de Seine-Maritime



LES CENTRES MÉDICO-SOCIAUX (CMS)

Vous vous posez des questions concernant votre grossesse, la naissance de votre bébé, son évolution, votre rôle de parent ? Vous recherchez des conseils sur le suivi de votre grossesse, la préparation à la naissance, l'allaitement, la contraception ? Vous souhaitez des réponses sur la prise en charge de votre bébé, ses besoins, son éveil et son futur mode d'accueil ?

Le Département met à votre disposition des professionnels qualifiés dans le domaine de la maternité et de la petite enfance qui vous proposent :

- ▲ des consultations prénatales et postnatales,
- ▲ des entretiens individuels, ou en couple, à partir du 4^e mois de grossesse,
- ▲ des séances de préparation à la naissance et à l'allaitement,
- ▲ des visites à domicile pour les futures mamans,
- ▲ des permanences d'infirmières puéricultrices,
- ▲ des visites à domicile après la naissance,
- ▲ des consultations médicales pour les enfants de 0 à 6 ans,
- ▲ des consultations de planification familiale (contraception),
- ▲ des séances d'éveil du tout-petit,
- ▲ des lieux d'accueil parents-enfants.

LES AUTRES MISSIONS DE LA PMI

- ▲ les bilans de santé des enfants en écoles maternelles,
- ▲ le dépistage précoce des handicaps et l'accompagnement des familles concernées,
- ▲ l'agrément et le suivi des assistantes maternelles,
- ▲ les autorisations, les avis et le suivi des modes d'accueil,
- ▲ des actions de promotion et d'éducation à la santé,
- ▲ la protection de l'enfance.



4. Équations de recherche

PubMed

("general practitioners"[Mesh] OR "general practitioners" OR "general practice"[Mesh] OR "general practice" OR "family practice"[Mesh] OR "family practice" OR "physicians, family"[Mesh] "family physician" OR "physicians, primary care"[Mesh] OR "primary care")

AND

("Child Protective Services"[Mesh] OR "Child Protective Services" OR "mother and infant welfare service" OR "mother and child welfare" OR "maternal and child protection doctor")

LISSA

("protection maternelle infantile" OU PMI) ET (medecin* general* OU medecin* traitant OU "medecin* de famille")

CISMeF

PMI et généraliste

SUDOC

("protection maternelle infantile" OU PMI) ET (medecin* general* OU medecin* traitant OU "medecin* de famille")

BDSP

("protection maternelle infantile" OR PMI) AND ("medecin* general*" OR "medecin* traitant" OR "medecin* de famille")

Science Direct

(Protection maternelle et infantile) et médecin généraliste

Google Scholar

("PMI" ou "protection maternelle et infantile") et ("médecin généraliste")

5. Liste non exhaustive des études exclues et justifications

Consultation du nourrisson en PMI : enquête auprès des usagers et des professionnels d'un département français, Serge Fanello, 2007

- Méthode : double enquête qualitative auprès des usagers et des professionnels de PMI
- Résultats : 2/3 des professionnels pensent que les relations avec les MG sont insuffisantes et que cela est lié à l'ignorance des missions de PMI et peut-être à une certaine rivalité. Les relations entre MG et PMI sont quasi inexistantes, ce que déplorent les usagers et les professionnels.
- Conclusion : la majorité des familles entretiennent un suivi conjoint avec, le plus souvent, un médecin généraliste, avec lequel la PMI a très peu de contact. La perspective d'une amélioration des échanges pour une gestion plus cohérente et globale des soins semblerait être une voie d'avenir compte-tenu de la démographie médicale.
- Raisons de l'exclusion : date antérieure à 2009.

Connaissances et attentes des médecins généralistes du Finistère en matière de protection de l'enfance, A. Dauchy, 2019

- Méthode : étude transversale descriptive par envoi de questionnaires aux MG
- Résultats : les MG manquent de formation, éprouvent des difficultés à formaliser leurs écrits (IP/signalement), souhaitent un accès direct à un médecin nommé référent en protection de l'enfance, demandent plus de retours d'informations sur le devenir de leurs actions.
- Conclusion : sortir les MG de l'isolement, leur proposer des formations pluridisciplinaires
- Raisons de l'exclusion : évoque le système de protection de l'enfance sans nommer les structures (PMI ? CRIP ? CHU ?)

Place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant, Cléo Bergeron, 2019

- Méthode : Entretiens semi-dirigés auprès des parents d'enfants de 0 à 6 ans
- Résultats : le MG est considéré comme compétent pour les situations aiguës et est incompetent pour le dépistage des troubles neurosensoriels et psychomoteurs.
- Conclusion : il convient de redéfinir les rôles et missions des différents professionnels intervenant dans le suivi de l'enfant. Renforcer la collaboration MG-professionnels de l'enfance pour améliorer la prise en charge ambulatoire.
- Raisons de l'exclusion : étudie exclusivement le rôle du pédiatre et ne cite pas la PMI.

Place du médecin généraliste dans le suivi des nourrissons, Laëtitia Delayac, 2016

- Méthode : enquête sur les attentes des femmes primipares
- Résultats : toutes étaient allées en PMI pour une pesée. Grande demande relationnelle envers le MG, important qu'il prenne son temps. Peut être estimé l'égal d'un pédiatre par les mères.
- Raisons de l'exclusion : avis des mères uniquement, n'explore pas la relation MG-PMI.

6. Références des 21 études incluses, par ordre alphabétique

Titre : **Aide au diagnostic et conduite à tenir devant une suspicion de maltraitance de l'enfant en médecine générale dans le département de Seine-Maritime.** 2020

Auteur : Laure Bontil

Directeur de thèse : Dr Nathalie Demarque

Université : Rouen

Titre : **Attitude des médecins généralistes face à un retard de développement psychomoteur chez l'enfant : enquête qualitative auprès de 12 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes,** 2015

Auteur : Elsa Dutel

Directeur de thèse : Dr C. Perdrix

Université : Lyon I

Titre : **Collaboration entre le service de Protection Maternelle et Infantile et les Médecins Généralistes dans la prise en charge de l'enfant de moins de six ans : enquête qualitative croisée auprès de médecins de PMI et de médecins généralistes installés en Gironde.** 2014

Auteur : Laurine Dufour

Directeurs de thèse : Dr Gérard Ducos, Dr Corinne Mayer

Université : Bordeaux II

Titre : **Collaboration entre médecins généralistes et médecins de PMI : enquête qualitative par focus group dans la Vienne.** 2015

Auteur : Maud Kiener

Directeur de thèse : Dr Alain QUAIS

Université : Poitiers

Titre : **Connaissance des missions des médecins de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Haute-Vienne par les médecins généralistes, maîtres de stage de ce même département et impact d'une fiche informative sur cette connaissance.** 2020

Auteur : Marie-Sarah Plouvier

Directeurs de thèse : Dr Pascale Naudin-Rousselle, Dr Marie-Paule Pautout-Guillaume

Université : Limoges

Titre : **Dépistage des troubles du langage oral organisé par la PMI en école maternelle : à propos du suivi en milieu libéral de 72 enfants dépistés par le test ERTL4 en Haute-Garonne.** 2014

Auteur : Claire Puech

Directeur de thèse : Dr Michel Bismuth

Université : Toulouse III

Titre : **Déterminants de la communication entre médecins généralistes et Protection Maternelle et Infantile : Enquête qualitative auprès de médecins généralistes de l'Hérault.** 2014

Auteur : Stanislas Layssac

Directeur de thèse : Dr Anne-Sophie Lacoste

Université : Montpellier I

Titre : **Déterminants de la relation entre médecins généralistes et services de Protection Maternelle et Infantile : étude quantitative auprès des médecins généralistes de Vendée.** 2017

Auteur : Claire Bretonnière

Directeur de thèse : Pr Christèle Gras-le Guen

Université : Nantes

Titre : **Diagnostic et prévention des carences affectives chez le nourrisson : une enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique.** 2011

Auteur : Lucie Moulair

Directeur de thèse : Dr Françoise Tendron

Université : Nantes

Titre : **Enfance en danger : comment faciliter la transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes ?** 2019

Auteur : Émeline Prevost-Vanpouille

Directeur de thèse : Dr Serron

Université : Lille

Titre : **Évaluation d'un outil spécifique sur l'information préoccupante pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique.** 2017

Auteurs : E. Michaud, J. Fleury, E. Launay, G. Pendezec, C. Gras-Le-Guen, N. Vabres

Titre : **Les freins à la collaboration entre le médecin généraliste et le service de Protection Maternelle et Infantile. Enquête qualitative réalisée dans le Haut-Rhin.** 2014

Auteur : Özlem Céline Simsek Arslan

Directeur de thèse : Dr Marie-Josée Leveque-Kubler

Université : Strasbourg

Titre : **Maltraitance infantile : les liens entre les médecins généralistes et les autres acteurs de la protection de l'enfance en Ariège. Étude recherche action sur le système de protection de l'enfance en Ariège.** 2019

Auteurs : Laura Cassagnes et Marine Delabarre

Directeur de thèse : Dr Brigitte Escourrou

Université : Toulouse III

Titre : **Mineurs en danger en France : place du médecin généraliste dans le dispositif de prise en charge. A propos d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes lorrains.** 2013

Auteur : Émilie Mataigne Weisse

Directeur de thèse : Dr Cavaré-Vigneron

Université : Nancy

Titre : **Parcours de santé des enfants confiés à l'ASE des Bouches-du-Rhône.** 2017

Auteurs : Anaïs Martin, Maeva Jego-Sablier, Johanne Prudhomme, Laurence Champsaur

Titre : **Perception de la Protection Maternelle et Infantile par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés en Moselle.** 2011

Auteur : Eulalie Delannoy-Pernin

Directeur de thèse : Dr Nelly Dequidt

Université : Nancy

Titre : **Protection de l'enfance : comment répondre aux besoins de formation des médecins généralistes ? Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes havrais.** 2016

Auteur : Céline Bausière

Directeur de thèse : Dr Elsa Fagot-Griffin

Université : Rouen

Titre : **Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ille-et-Vilaine.** 2015

Auteurs : M. Balencon, A. Arrieta, C.A. You, J.-F. Brun, M. Federico-Desgranges, M. Roussey

Titre : **Quelles sont les modalités de repérage et de prise en charge de la maltraitance infantile employées par les médecins généralistes depuis les recommandations de 2014 de la HAS ?** 2017

Auteur : Khaled Abdel Aal

Directeur de thèse : Dr Elias Ossam

Université : Créteil

Titre : **Vécu des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, face à l'enfance en danger : étude qualitative auprès de 7 Médecins.** 2016

Auteurs : Jennifer Font et Charlotte Point-Rabiller

Directeur de thèse : Dr Motoko Delahaye

Université : Toulouse III

Titre : **Vécu du médecin généraliste suite à la transmission d'une information préoccupante à la CRIP 76 entre 2018 et 2019.** 2021

Auteur : Lucie Grégoire

Directeur de thèse : Dr Émilie Pinon

Université : Rouen

7. Formulaire de synthèse de lecture

Titre	
Auteur(s)	
Année de l'étude	
Année de publication	
Région	
Type d'étude	
Objectif	
Méthode	
Résultats	
Discussion	
Biais et limites	

9. Descriptif de la mallette de dépistage pédiatrique *Sensory baby test*



Le S.B.T. est un « ensemble d'outils » qui permet de dépister la normalité des compétences motrices, visuelles et auditives du bébé (entre 6 et 36 mois). Ce n'est pas un test de diagnostic.

Le contrôle régulier et précis des possibilités auditives et visuelles du nourrisson est indispensable. Si les réponses au S.B.T. sont incomplètes, inadaptées, inconstantes... une approche diagnostique progressive des capacités auditives et/ou visuelles doit être réalisée auprès des différents spécialistes. En aucun cas ce test permet d'annoncer et d'affirmer aux parents une déficience sensorielle qu'elle soit auditive et/ou visuelle.

L'interprétation des résultats doit être intégrée à l'interrogatoire des parents (et principalement de la mère) et à l'approche clinique évaluative progressive. En cas de doute ou de réponses inadaptées, il est souhaitable de conseiller avec tact et prudence une évaluation plus précise et plus compétente des capacités sensorielles du bébé. Il est souhaitable :

- de toujours écouter et prendre en compte les observations et les « impressions » parentales.
- de contrôler très régulièrement les capacités sensorielles du nourrisson tout au long de son développement.
- de ne pas « rassurer » à tout prix et d'essayer de comprendre le comportement du bébé.

		9ème mois	24ème mois	36ème mois
VUE	Source lumineuse	+	+	+
	Œil de Bœuf	+	+	+
	Lunettes à secteur	+	+	+
	Lunettes à écran	+	+	+
	Test de Lang II (Option)	-	-	+
	Test DAVL	-	-	+
AUDITION - LANGAGE	Sensory Baby Test (Emission sonore 35 db)	+	+	+/-
	Imagier plastifié (16 images)	-	+	+
MOTRICITE	Bâton	+	-	-
	Balle	-	+	
	Flacon + pastille	-	+	+
	Cubes (8) 4 couleurs	-	+	+
Guide Méthodologique				

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RÉSUMÉ

Titre de thèse : Relations entre médecins généralistes et Protection maternelle et infantile en France dans le suivi médico-social de l'enfant : revue narrative de la littérature.

Contexte : Le médecin généraliste et la PMI sont complémentaires dans le parcours médico-social de l'enfant. Les propositions politiques réaffirment l'intérêt de leur collaboration. Pourtant, en pratique, elle semble défailante.

Objectif : Dresser l'état des lieux des relations entre les médecins généralistes et la PMI, en France, dans le suivi médico-social de l'enfant de 0 à 6 ans.
Secondairement, proposer des pistes d'amélioration.

Méthode : Revue narrative de la littérature au cours de laquelle six bases de données et la littérature grise ont été sondées via des équations de recherche.
L'extraction des données pertinentes a permis une synthèse descriptive thématique des résultats.

Résultats : 21 références ont été incluses. Les interactions étaient globalement pauvres. Plusieurs raisons étaient évoquées : méconnaissance théorique des médecins généralistes à propos de la PMI, représentations négatives mutuelles, manque de temps et de moments de rencontres, retours d'informations insuffisants et outils de communication imparfaits. Les conséquences étaient souvent délétères pour l'enfant et sa famille.
Les ressentis des professionnels quant à la fréquence et la qualité de leurs échanges divergeaient.

Conclusion : Les acteurs semblaient souhaiter davantage de collaboration. Un ajustement de la formation initiale et continue des médecins généralistes et des rencontres physiques étaient plébiscités. Un décloisonnement des pratiques au sein des réseaux de soins informels, la création de réseaux institutionnels impulsée par une véritable politique nationale de la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille sont essentiels.

MOTS-CLÉS

Revue de la littérature - Médecine générale – Protection Maternelle et Infantile - PMI -
Relation - Collaboration – Coopération – Communication