

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 26 juin 2015 à Poitiers
par **Mademoiselle Maud KIENER**

Collaboration entre médecins généralistes et médecins de PMI :

enquête qualitative par focus group dans la Vienne.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Denis ORIOT

Membres : Madame le Professeur France ROBLOT

Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Madame le Docteur Florence RETAUD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alain QUAIS

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 26 juin 2015 à Poitiers
par **Mademoiselle Maud KIENER**

Collaboration entre médecins généralistes et médecins de PMI :

enquête qualitative par focus group dans la Vienne.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Denis ORIOT

Membres : Madame le Professeur France ROBLOT

Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Madame le Docteur Florence RETAUD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alain QUAIS

Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie – radiothérapie (**en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014**)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Denis Oriot,

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse. J'ai été touchée par l'intérêt immédiat que vous avez porté à mon sujet et j'espère que mon étude sera à la hauteur de cet intérêt. Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Fabrice Pierre,

Vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur France Roblot,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'évaluer mon travail. Plus encore, je suis ravie que vous ayez suivi mon parcours et mon cheminement professionnel. Veuillez trouver ici, en retour, l'expression de mon respect le plus profond pour l'honneur que vous me faites.

A Madame le Docteur Florence Retaud,

Vous avez accepté de me guider dans ce travail de thèse et vous vous y êtes investie. Vous m'avez apporté votre aide et votre soutien pour améliorer mon travail. Merci pour votre confiance et pour m'avoir fait découvrir la PMI.

A Monsieur le Docteur Alain Quais,

Tu as accepté de diriger ce travail et je t'en suis reconnaissante. Tu as su me transmettre ta passion pour la médecine générale et ta rigueur de travail. Un grand merci pour ton accompagnement au décours de ce travail et dans ma formation de manière plus générale.

Aux médecins ayant participé aux focus groupes.

Je vous remercie profondément d'avoir accepté de prendre du temps pour vous déplacer et apporter vos connaissances aux entretiens collectifs.

A tous mes maîtres de stages hospitaliers et généralistes,

Je vous remercie pour toutes les connaissances et le savoir-faire que j'ai pu acquérir grâce à vous. Je pense particulièrement au Docteurs Fleurant, Frangeul et Fizelier pour mes stages en milieu ambulatoire.

A mes collègues,

Cindy, Nathalie, Lydia, Marie-Noëlle, je vous remercie pour votre confiance et espère avoir bien pris soins de vos patients. A François également, travailler à tes côtés est un plaisir. Un grand merci aussi de me faire partager vos expériences et vos connaissances, nos « RCP-café » sont une richesse.

A ma famille,

A mes parents, les mots ne suffiront pas pour vous remercier d'avoir toujours été là pour moi, pour me soutenir dans mes projets, pour vos conseils, pour tout ce que vous m'avez transmis.

A ma sœur, Elodie, ton soutien m'a été indispensable, ton coaching (pour les micro-pauses) implacable ! Que notre belle complicité reste la même.

A mon fils, Elie, ma bouillette, tu es mon rayon de soleil. Merci de m'encourager chaque jour par ton humour et ta joie de vivre.

A Mikael, merci pour ton soutien malgré mes exigences, nous avons tant de nouveaux beaux projets à réaliser.

A mes grands-parents, vous m'avez toujours soutenue, votre dynamisme est inébranlable. Merci pour votre bienveillance.

A mes amis,

A Angie, à tous nos fous-rires partagés et notre soutien dans les moments moins gais. Je ne te remercierai jamais assez pour ton optimisme légendaire et toute l'aide que tu m'as apportée sur le plan personnel.

A Flo, même si nos routes se sont un peu écartées, notre amitié a été tellement fusionnelle, que tu es toujours près de moi dans les grands moments.

A Mémé, Mathilde, Jess, Diane, Nico, Alvaro, Fanta, Guillaume, Alex, Jéré pour votre amitié sincère et tous ces bons moments partagés.

A Auré, Elise R, Elise C, Pierrick, Paulo, Bobby, Pô, Jeff, Pug, Bobitch, Elsa, Gégé, Simon, Clément, Vincent, Souad, Marion, Manue et tous les autres pour toutes ces années de complicité.

A Virginie, Vanessa et Anne So, depuis la P1 et ses tablettes de chocolats, à nos soirées « Urgences », les petits mouchoirs, l'aventure Laafi bala, à de mémorables soirées et à tous nos bons moments partagés. Vivi et Vaness, un grand merci pour votre aide dans ce travail, vous êtes de super modératrices.

A Marie, merci pour toutes ces soirées à refaire le monde, plutôt que réviser... Tes répliques improbables et ton humour si personnel nous ont permis d'avancer.

A mes co-internes, MEG, Odile, « mini-mir ». Tellement de bonne humeur pour ce premier semestre à vos côtés. Une belle amitié est née.

*« Nous pouvons avoir tous les moyens de communication du monde, mais rien,
absolument rien, ne remplace le regard de l'être humain. »*

Paulo Coelho

*« La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose qu'une pierre.
Mais, de collaborer, elle s'assemble et devient temple. »*

Antoine de Saint-Exupéry

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	15
GLOSSAIRE	16
1 INTRODUCTION.....	18
2 PRESENTATION DE LA MEDECINE GENERALE ET DES SERVICES DE PMI	19
2.1 LA MEDECINE GENERALE	19
<hr/>	
2.1.1 Rôles et missions du médecin généraliste	19
2.1.1.1 Caractéristiques de la médecine générale	19
2.1.1.2 Spécificité des rôles du médecin généraliste auprès des parents et des jeunes enfants	21
2.1.1.2.1 Concernant les enfants	21
2.1.1.2.2 Concernant le suivi des femmes	21
2.1.1.2.3 Concernant les futurs parents.....	22
2.1.1.2.4 Concernant la vigilance épidémiologique	22
2.1.2 Evolution actuelle de la médecine générale : aspects positifs et négatifs	22
2.1.2.1 La démographie médicale	22
2.1.2.1.1 Désaffection de la médecine générale.....	23
2.1.2.1.2 Concernant l'âge des médecins	23
2.1.2.1.3 La féminisation	23
2.1.2.1.4 Inégalités selon le territoire	24
2.1.2.2 La formation	24
2.1.2.3 Le temps	25

2.1.2.4	Economie	25
2.1.2.5	Collaboration	25

2.2 LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE 27

2.2.1 Historique27

2.2.2 Organisation29

2.2.3 Rôles30

2.2.3.1 Concernant les futurs parents et les jeunes mères..... 30

2.2.3.1.1 Centre de planification familiale et d'éducation familiale (CPEF) 30

2.2.3.1.2 Périnatalité 31

2.2.3.1.3 L'aide aux familles en difficulté..... 31

2.2.3.2 Concernant les enfants..... 32

2.2.3.2.1 Le carnet de santé de l'enfant..... 32

2.2.3.2.2 Les consultations pédiatriques..... 32

2.2.3.2.3 Le bilan de santé des 3-4 ans 32

2.2.3.2.4 L'enfant handicapé, vulnérable..... 33

2.2.3.2.5 La maltraitance..... 34

2.2.3.3 Concernant l'accueil des enfants..... 34

2.2.3.3.1 Les assistantes maternelles et familiales 34

2.2.3.3.2 Etablissements d'accueil des jeunes enfants..... 35

2.2.3.4 Concernant la surveillance épidémiologique 35

3 ENQUETE :

RELATIONS ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET MEDECINS DE PMI AUTOUR DES FUTURS PARENTS, DE LA PERINATALITE ET DE LA PETITE ENFANCE DANS LA VIENNE : ETUDE QUALITATIVE PAR LA METHODE DES FOCUS GROUPES. 37

3.1 MATERIELS ET METHODES 37

3.1.1 Choix d'une approche qualitative.....37

3.1.2 Réalisation des entretiens collectifs semi-dirigés38

3.1.2.1	Groupe de travail	38
3.1.2.2	Critères d'inclusion	38
3.1.2.3	Recrutement des participants	38
3.1.2.4	Elaboration du guide d'entretien qualitatif.....	39
3.1.2.5	Elaboration du questionnaire quantitatif.....	40
3.1.2.6	Déroulement des entretiens collectifs ou focus group	40
3.1.2.6.1	Lieu de la réunion	40
3.1.2.6.2	Date et horaire	40
3.1.2.6.3	Enregistrement des entretiens.....	40
3.1.2.6.4	Animation des entretiens.....	41
3.1.2.6.5	Nombre d'entretiens.....	41
3.1.3	Analyse du contenu	41
3.1.3.1	Transcription des entretiens enregistrés.....	41
3.1.3.2	Analyse de données.....	42
3.2	RESULTATS	43
3.2.1	Données générales et quantitatives	43
3.2.1.1	Caractéristiques générales d'organisation des focus groupes.....	43
3.2.1.2	Caractéristiques de l'échantillon	43
3.2.1.2.1	Age et sexe des participants.....	44
3.2.1.2.2	Expérience professionnelle	44
3.2.1.2.3	Lieu d'exercice.....	45
3.2.1.2.4	Niveau social de la patientèle	46
3.2.2	Analyse thématique transversale des entretiens.....	47
3.2.2.1	Les rôles des médecins généralistes et des médecins de PMI.....	48
3.2.2.1.1	Rôles des médecins généralistes.....	49
3.2.2.1.1.1	Après des futurs parents et des parents	49
3.2.2.1.1.2	Autour de la périnatalité	51
3.2.2.1.1.3	Autour de la petite enfance.....	52
3.2.2.1.2	Rôles des médecins de PMI.....	53
3.2.2.1.2.1	Après des futurs parents et des parents	53

3.2.2.1.2.2	Autour de la périnatalité	56
3.2.2.1.2.3	Autour des jeunes enfants.....	57
3.2.2.2	Les échanges entre médecins généralistes et médecins de PMI.	61
3.2.2.2.1	Situations pour lesquelles les médecins généralistes font appel aux médecins de PMI.....	61
3.2.2.2.2	Situations pour lesquelles les médecins de PMI font appel aux médecins généralistes	66
3.2.2.3	Les difficultés et obstacles pour échanger	69
3.2.2.3.1	Méconnaissance ou défaut de connaissance.....	69
3.2.2.3.2	Méconnaissance physique de son interlocuteur	73
3.2.2.3.3	Conditions d'exercice	73
3.2.2.3.4	Représentations sociales de la PMI.....	77
3.2.2.3.5	Ethique	80
3.2.2.4	Les éléments d'amélioration de la communication	82
3.2.2.4.1	Aspects pratiques	82
3.2.2.4.2	Aspects conceptuels.....	85
3.2.2.5	Les moyens de communication	88
3.2.2.5.1	Moyens de communication à optimiser	89
3.2.2.5.2	Moyens de communication à créer	95

3.3 DISCUSSION 100

3.3.1 La méthode.....100

3.3.1.1	Choix d'une étude qualitative	100
3.3.1.2	Recueil de données.....	101
3.3.1.3	Echantillon	101
3.3.1.3.1	Nombre de participants	101
3.3.1.3.2	Recrutement.....	102
3.3.1.3.3	Représentativité des participants	103
3.3.1.3.4	Réalisation des entretiens.....	103
3.3.1.3.4.1	Le lieu.....	103
3.3.1.3.4.2	Le temps	103
3.3.1.3.4.3	L'enregistrement	104

3.3.1.3.4.4	L'enquêteur ou modérateur	104
3.3.1.3.4.5	La réalisation du guide d'entretien.....	104
3.3.1.3.5	Analyse des données.....	105
3.3.1.3.5.1	La retranscription	105
3.3.1.3.5.2	La saturation	105
3.3.1.3.5.3	L'analyse	105
3.3.1.3.5.4	La triangulation.....	106
3.3.2	Les résultats.....	106
3.3.2.1	Place de chaque protagoniste dans la collaboration entre médecins généralistes et médecins de PMI : rappel des rôles.	106
3.3.2.1.1	Rôles conjoints	106
3.3.2.1.2	Cadre d'intervention	106
3.3.2.1.3	Rôles spécifiques	107
3.3.2.2	Mise au point sur les échanges actuels pour soulever les obstacles existants et en rechercher les causes.	107
3.3.2.2.1	Situations communes.....	107
3.3.2.2.2	Les médecins généralistes peuvent interpeller la PMI	107
3.3.2.2.3	Les médecins de PMI peuvent interpeller les généralistes.....	108
3.3.2.2.4	Rareté, utilité, nécessité des échanges.....	108
3.3.2.2.5	Les entraves.....	108
3.3.2.3	Les solutions envisagées et les outils pertinents pour améliorer la communication.....	109
3.3.2.3.1	Les solutions évoquées pour pallier à ce défaut de communication passent par une optimisation des moyens déjà utilisés.....	110
3.3.2.3.2	D'autres solutions pour améliorer la communication sont novatrices .	111
3.3.2.4	Perspectives.....	111
4	CONCLUSION	113
	BIBLIOGRAPHIE	114
	ANNEXES	119
	Annexe 1 : plaquette de la PMI du Conseil Général de la Vienne	119

Annexe 2 : guide d'entretien.....	121
Annexe 3 : questionnaire quantitatif.....	122
Annexe 4 : lettre d'invitation aux focus groupes	123
Annexe 5 : transcription intégrale des entretiens (sur CD)	124
RESUME ET MOTS-CLES	125
ABSTRACT AND KEYWORDS	126
SERMENT.....	127

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I : Caractéristiques des focus groupes.

Tableau II : Diplômes obtenus des participants.

Figure 1 : Age et sexe des participants.

Figure 2 : Durée de l'expérience professionnelle des participants.

Figure 3 : Lieux d'activité des médecins.

Figure 4 : Niveau social de la patientèle des médecins généralistes et des médecins de PMI.

Figure 5 : Carte conceptuelle des relations entre médecins généralistes et médecins de PMI.

Figure 6 : Carte conceptuelle des rôles des médecins généralistes et des médecins de PMI.

Figure 7 : Carte conceptuelle des échanges entre médecins généralistes et médecins de PMI.

Figure 8 : Carte conceptuelle des difficultés et obstacles pour échanger.

Figure 9 : Carte conceptuelle des éléments d'amélioration de la communication.

Figure 10 : Carte conceptuelle des moyens de communication.

GLOSSAIRE

ALD : Affection de Longue Durée

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAF : Caisse d'Allocations familiales

CAMPS : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CSP: Code de Santé Publique

CMU : Couverture Médicale Universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence Based Medecine

ECA : Enseignant Clinicien Ambulatoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RAM : Relais des Assistantes Maternelles

USB : Universal Serial Bus

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

1 INTRODUCTION

Depuis une trentaine d'années, la prévention a fait de nombreux progrès grâce à l'épidémiologie, permettant de déterminer des situations à risque pour la santé. La prévention est une forme du soin qui a trois dimensions : technique, relationnelle et de santé publique.

A l'heure du travail en réseaux de soins, certains sont encore à parfaire et à développer, afin d'améliorer une prise en charge globale centrée sur le patient(1). La médecine de parcours et la pluridisciplinarité sont promues et imposent une communication efficiente. La communication professionnelle en santé est basée sur des principes (cadre conceptuel de l'approche Calgary-Cambridge) pour favoriser une collaboration efficace.

Dans les domaines de la périnatalité, de la famille et de la petite enfance, de nombreux acteurs participent, notamment dans le domaine de la prévention, mais il n'existe pas de franche continuité des soins. Différents travaux de recherche soulignent ce manque de continuité, en partie lié au manque de communication entre les différents intervenants. Les travaux de thèse de J. Fresson(2), D. Elchardus(3) et E. Delannoy-Pernin(4) évoquent les difficultés relationnelles entre médecins généralistes et médecins de PMI. Des solutions pour améliorer la communication ont été proposées. Les patients eux-mêmes, ont le sentiment qu'il n'existe aucun contact entre médecin de PMI et médecin généraliste, alors qu'ils considèrent ce lien utile(5).

Les stages réalisés au sein de cabinets de médecine générale et les consultations de PMI auxquelles j'ai pu assister dans le département de la Vienne, m'ont montré que ces échanges directs entre médecins généralistes et PMI semblent rares.

Dans la Vienne, le conseil général a défini dans ses objectifs opérationnels du schéma de la petite enfance 2010-2014 « d'améliorer les liens et les échanges avec les partenaires dans le domaine de la santé »(6). Malheureusement cet objectif n'a encore pu à être développé que partiellement.

Il me semble important de faire le point sur les entraves au bon fonctionnement de ce réseau et de chercher quelles en sont les causes. Afin qu'un réseau fonctionne de manière pérenne, il est important de définir les besoins de chaque partenaire.

Notre objectif est donc d'approfondir cette recherche en examinant les attentes des médecins généralistes et des médecins de PMI à propos de leur collaboration dans la prise en charge des futurs parents, de la périnatalité et de la petite enfance.

Les objectifs qui s'en dégagent sont donc :

-objectif principal : confronter les attentes des médecins généralistes et des médecins de PMI quant à leur collaboration.

-objectif secondaire : proposer des éléments d'amélioration de cette collaboration en lien direct avec leurs attentes, en particulier en terme de communication.

2 PRESENTATION DE LA MEDECINE GENERALE ET DES SERVICES DE PMI

2.1 LA MEDECINE GENERALE

La médecine générale, comme médecine de premier recours, dévolue au médecin généraliste un rôle essentiel de coordinateur entre ses patients et les autres professionnels de santé, et ce grâce à la proximité dont il bénéficie auprès de la population dont il a la charge.

2.1.1 Rôles et missions du médecin généraliste

Le système de soins français est en perpétuelle adaptation, la coordination des soins étant primordiale. Les rôles du médecin généraliste sont bien définis, plaçant cet acteur de soins primaires au centre du système de soins. A l'échelle européenne et mondiale, la spécialité de médecine générale a également été redéfinie au cours des quinze dernières années.

2.1.1.1 Caractéristiques de la médecine générale

Le WONCA Europe (World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Association of Practitioners/Family Practicians) branche de l'organisation mondiale des médecins de famille a défini la discipline de médecine générale en 2002 (7): « *c'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.* » Ses spécificités sont rappelées :

-c'est la discipline de premier contact avec le système de soins, ouverte à tous.

-Ayant pour objectif de coordonner les soins et d'assurer leur continuité,

-dans une approche centrée sur la personne.

Les principes également soulignés sont :

-construire la relation médecin-patient sur une communication appropriée ;

-argumenter et hiérarchiser ses décisions selon les spécificités des soins primaires ;

-privilégier la prévention et l'éducation et intervenir à un stade précoce de la maladie ;

-prendre en charge le problème de santé dans toutes ses dimensions.

A l'échelle nationale, la loi (8) rappelle la place de premier recours du médecin généraliste (article L1411-11 du CSP) dont les fonctions sont définies comme :

-la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

-la dispensation et l'administration de médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

-l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

-l'éducation pour la santé.

L'OMS Europe (9) rappelait déjà en 1998 que la médecine générale « a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ». Sa position centrale au cœur du système de soins lui confère un impact privilégié dans le domaine de la prévention, du fait de ses spécificités d'être à la fois :

-générale : les soins administrés par les médecins de famille s'adressent à tout le monde, sans restriction d'âge, de sexe, de milieu social, d'ethnie ni de religion. En médecine de famille, aucune catégorie de plainte ni de problème liés à la santé n'est exclue. Elle doit être accessible dans un délai bref. L'accès n'est pas limité par des barrières géographiques, culturelles, administratives ou financières.

-continue : la médecine générale est d'abord centrée sur la personne, avant d'être centrée sur la maladie. Elle est basée sur des relations personnelles durables entre le patient et le médecin. Elle englobe la santé de l'individu de manière longitudinale et s'étend sur des périodes importantes de leur vie, sans se limiter à un épisode de recours au soin.

-globale : la médecine générale comprend les soins préventifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs, ainsi que l'éducation pour la santé, en intégrant les domaines biomédicaux, psychologiques et sociaux.

-coordonnée : lorsque cela est nécessaire, le médecin de famille oriente le patient vers un spécialiste ou un autre professionnel de santé, il informe le patient sur les services proposés et les meilleurs moyens de les utiliser. Il a donc un rôle de conseiller et de soutien moral. Il est responsable de la coordination des soins.

-collaboratrice : le médecin généraliste se doit de travailler avec les autres professionnels de santé et les acteurs sociaux. Il fait donc partie d'une équipe multidisciplinaire.

-orientée vers la famille : les problèmes du patient doivent être considérés dans leur contexte communautaire. Le médecin généraliste doit évaluer les besoins de la communauté concernée en matière de santé afin d'améliorer les problèmes sanitaires locaux.

En résumé, le médecin généraliste est aujourd'hui considéré comme le pivot des systèmes de soins du fait de ses qualités de premier recours, d'empathie, d'accessibilité, de stabilité et de confiance.

2.1.1.2 Spécificité des rôles du médecin généraliste auprès des parents et des jeunes enfants

Médecin de famille, le médecin généraliste assure le suivi des futurs parents, des parents, des enfants et peut connaître deux à trois générations d'une même famille.

2.1.1.2.1 Concernant les enfants

En août 2007, la DREES publiait ses résultats quant à la prise en charge des enfants en médecine générale (10). Les séances consacrées aux enfants concernent 13% des consultations ou visites. Les activités de prévention de routine des médecins généralistes correspondent environ à 13% des séances. Ces séances, quasiment toujours non urgentes et réalisées au cabinet, sont particulièrement courtes puisque 41% d'entre elles durent moins de dix minutes. Pour 60% d'entre elles, elles ne donnent pas lieu à une prescription.

Parmi les moins de 6 ans, près d'un enfant sur deux (44%) vu dans le cadre d'une consultation de prévention est âgé de moins de 4 ans. Les enfants examinés au cours de ces consultations de prévention sont le plus souvent couverts par une assurance maladie complémentaire (81%) acquise à titre privé (hors CMU) contre 75% pour l'ensemble. Ceci confirme les conclusions de Dumesnil et Lefur (2003) selon lesquelles les enfants issus de familles défavorisées consultent significativement moins pour des motifs de prévention (11).

Les rôles de prévention du médecin généraliste auprès des jeunes enfants sont (12):

- la vaccination,
- l'hygiène, la diététique,
- le dépistage des troubles psychomoteurs,
- le dépistage des troubles de l'apprentissage scolaire.

2.1.1.2.2 Concernant le suivi des femmes

L'étude « OpinionWay » (13) a été réalisée en 2010. Elle met en évidence que 68% des patientes ont un suivi gynécologique régulier dont 12% par un médecin généraliste.

En 2002, Gwénola Levasseur, dans son travail de thèse « l'activité des médecins généralistes en Bretagne » (14) met en évidence que les trois principaux motifs de consultation en gynécologie étaient : la contraception (64%), les traitements hormonaux substitutifs (18.4%) et les infections de

l'appareil génital (9.2%). Plus de 90% des répondants pratiquaient plus de quatre actes de gynécologie par semaine. Il n'était pas noté de différence de pratique entre les deux sexes.

En 2010, Sabine Dias réalisait une thèse sur la pratique de la gynécologie-obstétrique chez le médecin généraliste en Ile de France (15) et mettait en évidence une disparité : les femmes réalisent environ trois fois plus d'actes de gynécologie que les hommes. Les principaux motifs de consultation étaient : la contraception, les douleurs pelviennes et la prise en charge de pathologies infectieuses.

Une enquête lyonnaise (16) en 2005 montre que 30% des patientes ont fait suivre leur grossesse par leur médecin généraliste les premiers mois. Elles étaient satisfaites pour 82% d'entre elles. Les recommandations de l'HAS de mai 2007 (17) rappellent qu'il est recommandé que les médecins généralistes, comme tous les professionnels impliqués dans le suivi de la femme enceinte, bénéficient d'une formation théorique et pratique adaptée et qu'ils exercent dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité.

2.1.1.2.3 Concernant les futurs parents

En matière de prévention auprès des futurs parents, il existait le certificat prénuptial dont l'intérêt était triple : un bilan médical, la prévention obstétricale et l'information des futurs époux (grossesse, contraception, maladies sexuellement transmissibles, hygiène de vie). Il avait été institué par la loi du 16 décembre 1942. Depuis le 1^{er} janvier 2008 il n'est plus obligatoire (loi n°2007-1787 du 20 décembre 2007) (18).

2.1.1.2.4 Concernant la vigilance épidémiologique

Les médecins généralistes sont des acteurs essentiels de la veille sanitaire régionale et nationale. Leurs fonctions sont multiples : surveillance de la grippe, déclarations obligatoires, pharmacovigilance, etc... Malheureusement, ces activités sont chronophages et non rémunérées. Elles mériteraient d'être reconnues pour assurer leur pérennisation et leur extension (19).

2.1.2 Evolution actuelle de la médecine générale : aspects positifs et négatifs

2.1.2.1 La démographie médicale

Sur le plan national, au 1^{er} janvier 2014, on dénombrait 90630 médecins généralistes, soit une densité moyenne de 134,5 pour 100 000 habitants. Il est mis en évidence une diminution des effectifs d'environ 1% sur 1 an et de 6,6% depuis 2007 (20).

Au niveau du Poitou-Charentes, selon les chiffres du CNOM (21), 1787 médecins généralistes sont recensés en 2013 dont 419 dans la Vienne (soit 23.44%).

2.1.2.1.1 Désaffection de la médecine générale

Malgré sa reconnaissance comme spécialité, la médecine générale n'attire plus les étudiants de second cycle (22). Selon les chiffres du Ministère de la Santé en 2011 (23), seuls 84% des postes de médecine générale sont pourvus. On note une amélioration en 2012 avec 95% des postes pourvus. Les raisons de sa désaffection sont multiples :

- manque de reconnaissance, dévalorisation au cours des études ;
- méconnaissance de la spécialité (améliorée dorénavant par la réalisation d'un stage obligatoire au cours du 2^{ème} cycle) ;
- conditions de travail difficiles ;
- horaires illimités ;
- faible rémunération ;
- perte d'autonomie professionnelle.

2.1.2.1.2 Concernant l'âge des médecins

En France, la moyenne d'âge des médecins est de 53 ans, 52 ans dans la Vienne (21). Les départs en retraite augmentent, ce qui va engendrer une baisse de la démographie par manque d'adéquation avec le nombre de nouveaux inscrits.

Selon la DRESS, 34.2% des médecins de plus de 50 ans consacrent plus de 10% de leur activité aux enfants, contre 52.2% chez les médecins plus jeunes (10). En matière de suivi gynécologique, dans les Deux-Sèvres, Rémi Champeaux montre que 67.7% des médecins de moins de 50 ans effectuent moins de 10% de consultations de gynécologie-obstétrique par semaine contre 52.8% des répondants de plus de 50 ans (24).

2.1.2.1.3 La féminisation

Actuellement dans la Vienne, 41% des médecins généralistes sont des femmes, reflet de la situation française où 43% des médecins généralistes sont des femmes (20). La profession ne cesse de se féminiser ce qui amène à des changements de mode d'exercice (statut salarié, lieu d'installation urbain) et dans l'organisation du travail au quotidien (articulation des vies professionnelles et familiales, régulation collective des gardes, cabinets de groupe).

Cette féminisation est un aspect positif dans le suivi des enfants et des femmes en médecine générale puisque 61% des femmes consacrent plus de 10% de leur activité aux enfants contre 41% des hommes (10). De même, Rémi Champeaux met en évidence dans les Deux-Sèvres que la majorité des hommes (61.7%) ont une activité inférieure à 10% d'actes de gynécologie-obstétrique alors que les femmes sont à 50% (24).

2.1.2.1.4 Inégalités selon le territoire

L'inégalité de l'offre de soins résulte de la baisse de la démographie médicale, mais également de la différence de densité médicale selon les régions. La densité moyenne est 134,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants, et sur l'ensemble du pays elle varie de 101 à 207 pour 100 000 habitants (20).

Le lieu d'activité influe sur les pratiques. Si on se base sur le lieu d'exercice, un peu plus de la moitié des médecins exerçant dans des agglomérations de moins de 5000 habitants consacrent plus de 10% de leur activité aux enfants contre 40% dans les zones de plus de 5000 habitants (10). L'article 118 de la loi HPST (25) précise le schéma régional d'organisation de soins, dont l'objectif est de répondre aux besoins de santé en adaptant l'offre de soins, notamment en favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé.

2.1.2.2 La formation

Comme nous l'avons vu précédemment, la médecine générale est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. La formation des internes de médecine générale répond à cet objectif.

Néanmoins, la formation des médecins généralistes dans le domaine de la pédiatrie et de la gynécologie-obstétrique semble insuffisante. Comme en témoigne le travail de Rémy Belkebir en 2012 (26), seule la moitié des internes de médecine générale de Poitiers effectue un stage en service de gynécologie-obstétrique par manque de disponibilité de postes. Au final, une majorité des internes de médecine générale regrette leur méconnaissance de cette discipline et nombreux sont ceux à n'avoir jamais effectué les gestes les plus courants.

De même, Anne-Laure Guilleux, dans sa thèse de 2013 (27), montre que la situation démographique et géographique des médecins de l'enfance favorise le recours au médecin généraliste. Son étude a mis en évidence les difficultés ressenties par les médecins généralistes au cours des consultations à visée pédiatrique, ce qui l'amène à proposer des pistes d'amélioration de la formation au cours du 3^{ème} cycle des études de médecine générale. En effet, pour 70% des étudiants, le stage de pédiatrie serait un passage incontournable pour une bonne formation. L'ouverture de terrains de stage en milieu libéral (pédiatres libéraux) pourrait répondre à cette demande.

Le stage de gynécologie-pédiatrie est obligatoire à la validation de la maquette du cursus de l'interne de médecine générale mais la majorité des étudiants regrettent d'avoir à choisir entre l'une ou l'autre des spécialités. A la faculté de Poitiers, il est dorénavant proposé des stages mixtes.

Si certains étudiants soulignent un défaut de formation initiale, la formation professionnelle avec le DPC (Développement Professionnel Continu) obligatoire, avec les formations agréées et orientées (Diplômes Universitaires, Formation Médicale Continue) pourrait pallier aux besoins des praticiens.

D'autres ressources sont exploitables. Ainsi, la HAS propose des recommandations quant au dépistage chez les enfants de 28 jours à 6 ans (12) et sur le suivi et l'orientation des femmes

enceintes (17), référentiels sur lesquels le médecin généraliste peut s'appuyer dans sa pratique quotidienne.

2.1.2.3 Le temps

Le temps consacré à l'activité professionnelle est en diminution. Les causes principales sont : les charges administratives lourdes (chaque médecin généraliste passe 20% de son temps à des activités autres que le soin), et l'importance de la vie personnelle, familiale (22).

Les tâches relatives à la prévention et au dépistage sont chronophages. Selon l'étude de la DRESS sur la prise en charge des enfants en médecine générale (10), ces séances de prévention et dépistage ne représentent que 13% de l'ensemble des consultations de l'enfant. Environ 19% des séances consacrées à l'enfant durent plus de 15 minutes, la moyenne étant de 14 minutes.

G. Levasseur met en évidence, dans son travail sur l'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne (14), que le manque de temps est une des raisons de la diminution de l'activité de gynécologie.

2.1.2.4 Economie

Selon L'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) (28), à l'échelle européenne, la rémunération des médecins généralistes français est des plus faible (10^{ème} sur 12). Les médecins généralistes français ont un temps de travail plus élevé que leurs homologues étrangers. La rémunération à l'acte n'est pas, à elle seule, satisfaisante et doit être complétée par d'autres modes de rémunération afin de favoriser l'adaptation de la médecine ambulatoire aux nouveaux enjeux de notre système de santé.

Actuellement, les activités de prévention, dépistage, coordination, éducation à la santé, conseils ne sont pas rémunérées spécifiquement alors que le rôle de premier recours de médecin généraliste nécessiterait une adaptation de sa rémunération. En 2005, un forfait Affection de Longue Durée (ALD) a été mis en place pour rémunérer le travail supplémentaire que représente la prise en charge du patient en ALD. De plus, une nouvelle méthode de rémunération sur objectif apparait avec le CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles).

2.1.2.5 Collaboration

Acteur du premier recours, le médecin généraliste est placé au cœur du système de soins. Les compétences requises sont multiples : coordination, communication, organisation. S'entourer d'autres professionnels de santé et utiliser les compétences de chacun de façon optimale permet

d'améliorer la qualité des soins. Travailler en partenariat est devenu aujourd'hui une nécessité. Pour cela de bons outils de communication sont nécessaires et spécifiques à chaque réseau, comme en témoigne le dossier médical numérique, outil d'avenir.

Plus spécifiquement, en matière de prévention, les liens entre médecins généralistes et services de santé locaux, comme la PMI sont indispensables. Les carnets de santé maternité et de l'enfant sont des exemples d'outils de communication.

Les généralistes développent leur pratique de santé publique notamment en exerçant une médecine fondée sur leur savoir-faire clinique et sur le dialogue avec leurs patients. Ils travaillent sur un (ou des) territoire(s) donné(s) en coordination et agissent de concert avec les autres acteurs de santé et avec ceux du champ social.

2.2 LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

La Protection Maternelle et Infantile recouvre en France l'ensemble des mesures réglementaires et des moyens organisant le système de santé dans l'objectif de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile, et de promouvoir la santé de la famille.

2.2.1 Historique

La PMI a émergé ex nihilo par l'ordonnance de 1945 (29). Elle est le fruit de longues années de réflexion et d'initiatives, publiques ou privées, locales ou régionales, pour la protection de l'enfance.

Ce sont les guerres et le déclin démographique qu'elles engendrent qui ont poussé les pouvoirs publics à reconsidérer leur regard sur la population.

En 1874, Théophile ROUSSEL, puis en 1913, Paul STRAUSS en collaboration avec Pierre BUDIN et le Docteur VARIOT, instaurent des mesures visant à protéger l'enfant dans un premier temps, puis sa mère dans un second temps : premières consultations pour nourrissons, le « mouvement des gouttes de lait » (en faveur de la stérilisation du lait), loi sur la protection des femmes en couches puis sur les allocations familiales jusqu'à la création du Comité National de l'Enfance en 1902.

La Première Guerre mondiale ralentit l'initiation de nouvelles mesures mais en 1920, la loi Bernard organise l'enseignement de la puériculture. En 1923, Paul STRAUSS réforme le règlement des crèches et propose dans les années trente le texte de loi pour la protection des enfants (30).

Il faut attendre la fin de la Seconde Guerre mondiale, où la situation sanitaire est préoccupante, pour que le gouvernement légifère.

L'ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 (29) sur la PMI est le texte fondateur de la création des services de PMI. Ce texte précise l'organisation, les missions et les compétences des nouveaux services de PMI qui doivent assurer la protection des mères et des enfants de moins de 6 ans. Cette nouvelle politique de santé s'appuie sur :

- L'action conjuguée des médecins et des assistantes sociales ;
- Le certificat prénuptial (instauré par le régime de Vichy, il n'est plus obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2008) ;
- Les consultations pré et post-natales gratuites ;
- La surveillance médicale des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans ;
- L'éducation des mères ;

- L'utilisation du carnet de santé ;
- Le renforcement des moyens : augmentation des moyens financiers, coordination des moyens publics et privés, surveillance des établissements.

La même année, la médecine scolaire est organisée, la sécurité sociale est créée. En 1946, sont créés les prestations familiales puis en 1947, le diplôme d'état de puériculture est reconnu (31).

La première réforme date du 19 juillet 1962, avec la réorganisation des services de PMI par le décret n°62-840 (32). La PMI devient une structure départementale relevant de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS), sous l'autorité du ministère de la santé.

Sont rendus obligatoires :

- L'envoi des avis de naissance à l'officier d'état civil ;
- Les visites de surveillance pré et post natales ;
- La formation des professionnels.

Dans les années soixante-dix, les objectifs sont élargis avec :

- La loi sur le handicap ;
- Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) (33) : favoriser l'accès aux mesures de maîtrise de la fécondité, promouvoir les actions de prévention et d'éducation à la santé ;
- La loi du 15 juillet 1970 (34) instaurant les trois certificats de santé obligatoires (8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois) pour lutter contre la mortalité périnatale et développer le dépistage et la prévention des handicaps psychiques, sensoriels et moteurs ;
- En 1976, la création de Centres d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) pour améliorer la prise en charge des soins et de la rééducation des enfants de 0 à 6 ans (30).

Les lois de décentralisation n°82-213 du 2 mars 1982 (35) et n°86-17 du 6 janvier 1986 (36) attribuent au Conseil Général une compétence de principe pour les affaires départementales, et transfèrent aux Conseils Généraux l'organisation et les missions des services de PMI, qui quittent donc la tutelle du ministère de la santé. L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est rattachée à la PMI.

La loi n°89-899 du 18 décembre 1989 (37) relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance redéfinit le partage des responsabilités et des organisations des services de PMI (articles L148 et L149 du CSP). Elle est complétée par la loi du 6 août 1992 (38) où des normes d'activités sont fixées : les médecins entourés de personnels qualifiés (paramédicaux, sociaux, psychologiques) soutiennent les parents dans leurs responsabilités et fonctions fondamentales auprès de leurs enfants. Ils assurent également des fonctions de :

- Surveillance épidémiologique ;
- Prévention médico-psycho-sociale ;

- Dépistage des handicaps ;
- Education à la santé ;
- Contrôle et agrément des assistantes maternelles, des structures d'accueil des enfants ;
- Coordination et animation des missions de service public dans le domaine de la famille et de la petite enfance.

Ces dispositions sont subordonnées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et de la qualité du système de santé (39), celle de 2004 relative à la politique de santé publique (40) et à celle de 2005 sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées (41).

Après la nouvelle codification du CSP suite au plan périnatalité de 2005 à 2007, la loi du 27 juin 2005 (42) et la loi du 5 mars 2007 (43) modifieront une dernière fois les articles L2112-1 et L2112-2 qui régissent toutes les missions, compétences et organisations départementales des services de PMI. Les domaines les plus particulièrement modernisés sont :

- Le renforcement de la prévention précoce (entretien prénatal précoce à 4 mois de grossesse, création d'un carnet de santé maternité, bilan de santé des 3-4 ans) ;
- La protection de l'enfance en danger (amélioration des procédures de signalement, développement des modes de prise en charge de l'enfant, diversification des types d'interventions sociales).

2.2.2 Organisation

La loi n°84-53 du 26 janvier 1984 (44) a créé un véritable statut à la fonction publique territoriale. Le service de PMI est sous l'autorité et la responsabilité du Président du Conseil Général, et est dirigé par un médecin inspecteur départemental. La PMI est donc un service départemental avec son personnel et ses moyens financiers propres. Selon les enveloppes budgétaires votées par les conseils généraux, les actions des services de PMI sont donc plus ou moins élaborées d'où une grande disparité à l'échelle nationale.

Son cadre d'intervention est fixé par le CSP (article L2112-1 et suivants) (45). Les actes de consultation font l'objet d'un remboursement par la CPAM.

L'organisation départementale du service de PMI est territorialisée (circonscription, unité territoriale ou secteur d'action territoriale). Le service territorial doit disposer (selon article L2112-7 du CSP) :

- D'une sage-femme (à temps plein pour 250 enfants nés vivants, au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département) ;
- D'une puéricultrice (à temps plein pour 250 enfants nés vivants, au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département) ;

- Le département doit organiser chaque semaine au moins seize demi-journées de consultations prénatales et de planification ou d'éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de 15 à 50 ans résidants dans le département dont au moins quatre demi-journées de consultations prénatales.

Le financement est assuré par le département. Des conventions sont signées avec les caisses d'assurance maladie pour appliquer le tiers payant. D'autres conventions complémentaires sont signées avec des partenaires comme la CAF pour financer des projets particuliers.

Les services de PMI travaillent en réseau avec les établissements de soins, les professionnels libéraux, les services de santé scolaire, les Centres Médico-Psychologiques et bien d'autres partenaires.

Dans la Vienne, en 2014, selon le recueil de données PMI 2009-2014 (46), on comptait : 13 médecins, 7 sages-femmes, 23 puéricultrices, 5 infirmières, 5 auxiliaires de puériculture, 6 psychologues, 5 éducateurs de jeunes enfants et 15 administratifs.

2.2.3 Rôles

Le service de PMI exerce les missions qui lui sont dévolues par l'article L2112-2 du CSP (45) :

- Des consultations et des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes, des futurs parents et des enfants de moins de 6 ans ;
- Le recueil d'informations épidémiologiques ;
- Garantir la qualité d'accueil des mineurs ;
- La protection sociale et médicale des enfants vulnérables.

Les services de PMI fondent leur fonctionnement sur les principes de complémentarité et de non concurrence avec les autres acteurs de santé.

2.2.3.1 Concernant les futurs parents et les jeunes mères

2.2.3.1.1 Centre de planification familiale et d'éducation familiale (CPEF)

Ces activités concernent surtout les publics masculins et féminins pour l'éducation sexuelle et la planification des naissances. Ils sont soumis aux principes de gratuité et d'anonymat.

Les CPEF exercent les activités suivantes :

- Consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité ;

- Diffusion d'informations et d'actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale ;
- La préparation de la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseils conjugaux et familiaux ;
- Entretiens préalables à l'interruption médicale de grossesse ;
- Entretiens relatifs à la régularisation des naissances faisant suite à une interruption volontaire de grossesse ;
- Dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles.

La Vienne en compte actuellement 11 (selon le ministère de la santé en aout 2010) et en 2011, il y a eu un nombre total de 1093 séances.

2.2.3.1.2 Périnatalité

L'examen prénuptial n'est plus obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2008. Des pistes réflexives sont lancées par les professionnels de santé pour organiser une consultation préconceptionnelle, qui permettrait de faire un recueil d'informations, un examen clinique, des explorations biologiques, de transmettre des messages de prévention, d'information et d'actions éducatives.

Le suivi de la femme enceinte peut être réalisé en PMI. Il s'organise selon les recommandations légales : déclaration de grossesse avant 14 semaines d'aménorrhée, les 8 examens obligatoires, prescription des examens complémentaires recommandés et l'examen post natal (887 examens cliniques obstétricaux pré ou post natals par un médecin ou une sage-femme en 2014 dans la Vienne) (46). Les services de PMI proposent également des interventions médicosociales comme l'entretien prénatal précoce (en 2013, dans la Vienne, 795 femmes ont bénéficié d'un entretien au 4^{ème} mois pour 4680 grossesses déclarées) (46), l'accompagnement à la sortie de la maternité (2035 visites à domiciles dans la Vienne en 2014) (46). Ces interventions sont réalisées à la demande des jeunes parents ou à la demande d'un professionnel de santé s'il juge la situation à risque.

Le carnet de santé maternité est diffusé par la PMI. Y sont retranscrits le suivi médical, les informations sur les droits, les obligations et aides diverses. L'objectif est d'améliorer le suivi de la grossesse et la communication entre les professionnels de santé et sociaux. Dans la Vienne, il est envoyé suite à la déclaration de grossesse auprès de la CPAM. Ce carnet est couvert par le secret médical.

2.2.3.1.3 L'aide aux familles en difficulté

Toute famille connaissant des difficultés médico-sociales peut être prise en charge par la PMI à sa demande ou à l'initiative d'un professionnel. Un suivi est instauré, avec des visites à domicile si besoin et des aides sont proposées (sociales, éducatives, psychologiques...). La PMI permet de coordonner les différentes structures et interventions autour de la famille en difficulté et peut prendre des décisions si malgré son intervention, il est jugé dangereux de maintenir les enfants sous

la responsabilité de leurs parents. A ce sujet, la PMI travaille en collaboration avec l'ASE, les établissements d'accueil des enfants et les établissements scolaires, le médecin traitant, la justice...

2.2.3.2 Concernant les enfants

2.2.3.2.1 Le carnet de santé de l'enfant

Il contient les éléments d'information médicale nécessaires au suivi de la santé de l'enfant jusqu'à 16 ans. Son utilisation est réservée aux professionnels de santé et sa consultation soumise à l'autorisation des parents. Les données sont confidentielles et soumises au secret médical (47). Il est délivré gratuitement soit par l'hôpital, la mairie ou encore par les services de PMI.

2.2.3.2.2 Les consultations pédiatriques

De la naissance à l'âge de 6 ans, des examens obligatoires permettent le suivi de l'enfant. Neuf examens sont prévus la première année (8^{ème} jour, tous les mois jusqu'à 6 mois, aux 9^{ème} et 12^{ème} mois) puis trois consultations lors de la deuxième année puis deux fois par an jusqu'à l'âge de 6 ans. Ces examens sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie et peuvent être réalisés par le médecin généraliste, la PMI ou le pédiatre. Ce sont des examens préventifs avec :

- Dépistage des anomalies pourvoyeuses de handicaps ou d'inadaptation ;
- Surveillance de la croissance staturo-pondérale ;
- Surveillance du développement psychomoteur ;
- Mise à jour du calendrier vaccinal.

2649 enfants ont bénéficiés d'au moins un examen clinique par les services de PMI en 2014 dans la Vienne (46).

A l'issu des examens des 8^{ème} jour, 9^{ème} et 24^{ème} mois, un certificat obligatoire est rempli et destiné au médecin départemental de PMI. Une attestation d'examen est transmise à la CAF. Les données de ces examens sont traitées par les services de PMI et permettent de repérer les enfants à risque. Les familles de ces enfants sont alors contactées pour mettre en place, avec leur accord, un suivi et des aides.

Une enquête de 2007 (5) sur la consultation du nourrisson en PMI met en évidence qu'elle émane « d'un choix des parents », influencée par la représentation « d'un espace entièrement consacré à l'enfant » et qui « rassemble nécessairement autour de la parentalité ».

2.2.3.2.3 Le bilan de santé des 3-4 ans

Il permet d'assurer une continuité dans les actions de prévention entre la surveillance médico-sociale des deux premières années et le premier bilan de santé scolaire réalisé au cours de la 6^{ème}

année par les équipes de promotion de la santé en faveur des élèves. Ce bilan a pour objectif de réaliser une action préventive approfondie axée sur :

- Dépistage précoce des anomalies ou déficiences ;
- La surveillance de la croissance staturo-pondérale et le développement physique, moteur, affectif des enfants ;
- Les vaccinations ;
- L'éducation pour la santé (hygiène, alimentation, sommeil...) à un âge clé du développement de l'enfant et à un moment où les interventions efficaces sont possibles pour empêcher ou limiter le retentissement de ces problèmes sur la vie scolaire ultérieure.

Ce bilan permet également l'évaluation de l'état de santé de cette population sur un secteur donné. Ces informations sont transmises au médecin scolaire avant l'examen médical obligatoire de la 6^{ème} année mais les contenus étant disparates, aucun regroupement des données statistiques n'est possible.

Dans la Vienne en 2014, 3641 enfants de 3-4 ans ont bénéficiés d'un bilan de santé, soit 83.38% des enfants scolarisés (46). On constate qu'un enfant sur cinq est orienté pour diagnostic ou soins divers vers des consultations ophtalmologiques, oto-rhino-laryngologiques, pour un bilan de langage et, sont orientés de manière importante vers le médecin généraliste ou pour un suivi en PMI.

2.2.3.2.4 L'enfant handicapé, vulnérable

Les rôles de la PMI en situation de handicap sont :

- La prévention ;
- Le dépistage ;
- L'information et l'orientation vers les CAMSP.

Les CAMSP assurent une prise en charge ambulatoire et pluridisciplinaire de l'enfant avec conseil et soutien de la famille. Le but est de prévenir et de réduire l'aggravation du handicap, d'initier une rééducation la plus précoce possible pour obtenir une adaptation sociale et éducative. Le financement est assuré par une dotation globale annuelle par l'assurance maladie pour 80%, et par le département à hauteur de 20% des dépenses de fonctionnement de la structure.

Les enfants à risque sont les enfants malades, les enfants handicapés, les enfants en danger et les enfants placés à l'ASE. Les rôles de la PMI sont de dépister ces situations à risque et d'assurer le suivi sanitaire de ces enfants.

2.2.3.2.5 La maltraitance

La PMI a d'abord un rôle de dépistage des situations de maltraitance dans les familles exposées à des difficultés socio-économiques, psychiques. Cette prévention par la PMI vient compléter la mission de protection réalisée par l'ASE.

La PMI a également un rôle de prise en charge des mineurs maltraités. Le recueil d'informations préoccupantes fait l'objet d'une enquête avec des visites à domicile et la mise en place d'un accompagnement. En cas de situation grave, elle transmet son signalement au procureur (48).

La loi du 5 mars 2007 (43) a introduit la notion d'information préoccupante pour la distinguer du signalement qui est destiné au Parquet. Elle a fait du Conseil Général le pivot du dispositif de protection de l'enfance en le chargeant de recueillir, d'évaluer et de traiter les informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou susceptibles de l'être à travers la mise en place des Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP).

Les CRIP ont ainsi un rôle central. Leur mise en place répond à la volonté de faire converger vers un lieu unique toutes les informations préoccupantes concernant les mineurs de manière à éviter la déperdition des informations. Elles sont ensuite l'interface avec les services du département et les tribunaux. Elles travaillent avec tous les professionnels et sont en lien direct avec le 119, pour une prise en charge pluridisciplinaire.

On dénombre 109 informations préoccupantes clôturées concernant des enfants de moins de 6 ans en 2014 dans la Vienne. 503 accompagnements renforcés (plus de 3 visites) ont été mis en place (46).

2.2.3.3 Concernant l'accueil des enfants

En moyenne en 2012, 67.1% des femmes et 77.8% des hommes en couple avec enfant(s) sont actifs (49). Nombreux sont les parents confrontés au problème de garde de leur enfant (économique, organisationnel...). Le choix d'un mode de garde et sa qualité sont des éléments essentiels pour le développement du jeune enfant. Les lieux d'accueil doivent donc répondre à des critères rigoureux et c'est la PMI qui détient la compétence dans ce domaine.

2.2.3.3.1 Les assistantes maternelles et familiales

La PMI reçoit et traite les demandes d'agrément pour les assistantes maternelles et familiales. Il existe deux types d'agrément : non permanents (assistantes maternelles) et permanents (assistantes familiales) pour celles qui accueillent les enfants confiés par l'ASE.

La PMI réalise donc une enquête autour de chaque demande d'agrément. Dans la Vienne, la commission du pôle agrément se réunit pour faire les évaluations. L'évaluateur (assistante sociale, puéricultrice, éducatrice jeunes enfants, éducateur spécialisé) réalise des visites à domicile pour évaluer les motivations de l'assistante maternelle, son projet professionnel et son logement. La

commission évalue également les compétences de l'assistante maternelle, ses attentes. Les évaluateurs statuent donc sur l'avis favorable ou non pour l'agrément, et sur le nombre d'enfants pouvant être accueillis. L'assistante maternelle bénéficie avant l'accueil des enfants d'une formation de 60 heures et d'une formation aux premiers secours. Elle aura ensuite 60 nouvelles heures de formation en cours d'exercice. Cette formation est organisée par la PMI. La démarche est identique pour les assistantes familiales avec d'avantages de critères.

Selon l'observatoire de l'accueil du jeune enfant (Département de la Vienne) paru en mars 2015, on dénombrait en 2013, 3633 assistantes maternelles pour une capacité d'accueil de 10 506 places actives (Conseil Général, service PMI, pôle agréments).

Cette commission du pôle agrément a également pour rôle l'accompagnement des assistantes maternelles, et l'évaluation de tout changement de situation des assistantes (changement de domicile, nombre d'agréments...). Des relais d'assistantes maternelles (RAM) sont subventionnés par le conseil général et les communes. C'est un lieu de rencontre des assistantes maternelles où elles sont accompagnées et peuvent échanger, s'informer. Les RAM sont également ouverts aux parents leur permettant de s'informer sur leurs droits et devoirs, être aidés dans leur rôle d'employeur.

2.2.3.3.2 Etablissements d'accueil des jeunes enfants

Les établissements concernés sont les crèches collectives, parentales ou familiales, les haltes garderie, les établissements multi-accueil, les jardins d'enfants, les centres de vacances et les centres de loisirs. Tous ces établissements sont contrôlés par la PMI qui évalue les conditions de sécurité, sanitaires et éducatives d'accueil des enfants. La PMI donne un avis technique sur le projet de création, d'extension ou de transformation d'un lieu d'accueil d'enfants de moins de 6 ans. Elle a également pour mission le contrôle et la surveillance de ces structures d'accueil.

2.2.3.4 Concernant la surveillance épidémiologique

L'article L 2112-2 du CSP (45) impartit également au service de PMI d'organiser un recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations, en particulier celles relevant :

- des examens de santé obligatoires (7^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois) ;
- des bilans de santé en école maternelle, dossier médical de liaison de PMI (dépistage auditif, visuel, vaccination...);
- de l'activité des sages-femmes (nombres de visites pré et post-natales, ...);
- de l'activité des puéricultrices et des infirmières ;
- de l'activité des CPEF (nombre de consultations...);

- de l'activité des consultations jeunes enfants (vaccination...);
- des accueils collectifs des enfants de moins de 6 ans ;
- des agréments (nombre d'agréments d'assistantes maternelles et familiales, capacité d'accueil...).

L'exploitation de ces données permet d'évaluer les besoins de santé, de suivre les indicateurs de santé. Leur analyse permet d'élaborer des programmes de prévention ciblés et d'évaluer l'effet de la politique périnatale mise en œuvre.

Il n'existe pas de données nationales car une grande disparité des méthodes de recueil persiste d'un département à l'autre.

Le service de PMI est un service médico-social de la famille et de la petite enfance qui est reconnu par la loi. Sa direction est assurée par un médecin sous l'autorité et la responsabilité du Président du Conseil Général. Ses rôles sont multiples, centrés essentiellement sur la prévention. La pluralité de ses actions, implique que la PMI sollicite des partenaires multiples de proximité afin d'améliorer la prise en charge des patients. Ses liens avec les médecins généralistes sont donc indispensables.

3 ENQUETE :

RELATIONS ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET MEDECINS DE PMI AUTOUR DES FUTURS PARENTS, DE LA PERINATALITE ET DE LA PETITE ENFANCE DANS LA VIENNE : ETUDE QUALITATIVE PAR LA METHODE DES FOCUS GROUPES.

3.1 MATERIELS ET METHODES

3.1.1 Choix d'une approche qualitative

Afin de répondre au mieux à notre question de recherche, évaluer les attentes des médecins généralistes et des médecins de PMI quant à leur collaboration dans la prise en charge de la famille, de la périnatalité et de la petite enfance dans la Vienne, nous avons choisi la méthode qualitative des focus groupes avec des médecins généralistes et des médecins de PMI.

Cette méthode, issue de techniques de marketing de l'après-guerre aux États-Unis, permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de favoriser les ventes. Elle a commencé à être utilisée au début des années 80 par la recherche universitaire notamment au service de la santé publique et de la sociologie (50).

La méthode du focus groupe est une technique d'entretien semi structuré de groupe, modéré par un animateur neutre en présence d'un observateur, qui a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance (51).

Elle permet de recueillir auprès des participants leurs représentations, opinions, besoins, attentes. La dynamique de groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Par le débat, les participants sont amenés à faire émerger des idées nouvelles, à réfléchir à d'autres perspectives de façon interactive (52).

Les champs d'application sollicités dans cette enquête seront :

- étudier les expériences et les représentations ;
- explorer les besoins ;

- identifier et comprendre les obstacles ;
- améliorer la communication médicale ;
- mettre en évidence les critères de qualité de la relation entre médecins.

3.1.2 Réalisation des entretiens collectifs semi-dirigés

3.1.2.1 Groupe de travail

Notre groupe de travail était constitué par le Dr Alain QUAIS, directeur de recherche, le Dr Vanessa OLARIU, chef de clinique de médecine générale, familiarisée avec la méthodologie, animateur et modérateur et le Dr Virginie LINLAUD, praticien hospitalier de psychiatrie en tant qu'animateur et modérateur, ainsi que la thésarde dans le rôle d'observateur. Le groupe de travail a participé conjointement à la réflexion ainsi qu'au recueil et à l'analyse des données (53) (54).

3.1.2.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion retenus étaient :

- être médecin généraliste ou médecin de PMI ;
- être volontaire ;
- être disponible aux dates retenues ;
- exercer dans la Vienne.

3.1.2.3 Recrutement des participants

Nous avons fait le choix de six participants maximum par groupe afin d'assurer une dynamique de groupe et permettre à chacun de s'exprimer, le nombre minimal étant de quatre participants (50). Afin d'assurer l'équilibre représentatif de chacune des deux populations, trois médecins généralistes et trois médecins de PMI étaient conviés à chaque séance.

Le recrutement concernait tous les médecins de PMI du fait de leur petit effectif. Après une rencontre collective ayant pour but de présenter le thème du travail, les médecins de PMI ont été invités par courrier électronique. Quant au recrutement des médecins généralistes, il a été effectué par courrier électronique, téléphone ou fax, après recueil des coordonnées sur les Pages Jaunes®.

Les groupes ont été constitués en fonction des secteurs d'activités des participants afin de minimiser leur déplacement et de discuter d'un même bassin de population. Les lieux de rencontres ont été choisis sur les secteurs déterminés.

Le courrier d'invitation reprenait les éléments suivant sans les détailler :

- description générale du thème ;
- présentation de l'investigateur ;
- modalités pratiques des réunions ;
- la méthode d'entretien ;
- assurance du respect de l'anonymat dans l'exploitation des données.

Une relance téléphonique a été réalisée dans la semaine suivant l'envoi du courrier afin de recueillir les disponibilités de chacun. De même, un rappel par message écrit sur leur téléphone mobile ou par messagerie électronique a été effectué la veille des entretiens.

3.1.2.4 Elaboration du guide d'entretien qualitatif

Afin de définir le déroulement de la séance, un guide d'entretien semi-structuré a été établi. Il est reproductible à chaque séance mais peut être adapté à chaque séance en fonction du déroulement. Il est composé de questions ouvertes permettant de structurer le débat en respectant le temps imparti. Le guide d'entretien a été conçu en fonction de nos hypothèses et de l'objectif de la recherche. Rappelons les thèmes abordés : les représentations, les attentes et la communication (51).

Dans notre enquête, le guide d'entretien comportait six questions :

- Que représente pour vous le rôle du médecin généraliste ou du médecin de PMI en ce qui concerne la prise en charge des futurs parents, de la périnatalité ou de la petite enfance ?
- Quelles sont les circonstances, situations, ou raisons pour lesquelles vous faites appel aux services de PMI ou à l'inverse aux médecins généralistes ?
- Comment cela se passe-t-il en pratique quand vous faites appel à vos confrères médecins généralistes ou médecins de PMI ?
- Quelles sont les difficultés et obstacles pour échanger avec vos collaborateurs que vous avez pu rencontrer personnellement ?
- Comment une meilleure communication entre vous serait-elle susceptible d'améliorer vos pratiques respectives ?
- Par quel(s) moyen(s) aimeriez-vous établir des contacts entre vous ?

3.1.2.5 Elaboration du questionnaire quantitatif

Le questionnaire quantitatif permet de recueillir les caractéristiques des participants. Il met en relief la pertinence de l'échantillon choisi. Ce questionnaire est proposé aux participants en fin de réunion et respecte l'anonymat.

Il regroupe les critères suivants : sexe, âge, formation, lieu d'activité, niveau social de patientèle, expérience professionnelle, avis et impressions sur la réunion.

3.1.2.6 Déroulement des entretiens collectifs ou focus group

3.1.2.6.1 Lieu de la réunion

Trois réunions ont été réalisées : la première au centre hospitalier de Châtelleraud regroupant les secteurs Châtelleraudais et Chauvinois. Les deux autres ont été réalisées au centre hospitalier de Poitiers, regroupant les secteurs de Poitiers et Fontaine le Comte pour la seconde et, la troisième regroupant les secteurs de Jaunay-Clan et Civray. Les salles ont été mises à disposition par les directeurs de chaque hôpital, dans les bâtiments administratifs. Ils s'agissaient donc de lieux neutres, connus de chacun, faciles d'accès, peu bruyants. Il a été choisi de disposer les tables en carré, afin que chaque intervenant soit visible de ses interlocuteurs et placé sur un pied d'égalité. Modérateur et observateur étaient installés à la même table.

3.1.2.6.2 Date et horaire

Les dates et horaires ont été choisis en fonction des disponibilités de chacun. Les médecins de PMI avaient soumis leurs préférences préalablement. Il a été choisi des dates en semaine, à 20h15, après les consultations de chacun.

L'intervalle entre la réalisation de chaque focus group a été d'une à deux semaines.

La durée de chaque entretien ne devait pas excéder deux heures.

3.1.2.6.3 Enregistrement des entretiens

Le matériel d'enregistrement était composé d'un dictaphone numérique, d'une tablette numérique en mode vidéo et d'une application d'enregistrement audio sur téléphone mobile. Les sources ont été multipliées pour éviter les pertes de données. Les appareils d'enregistrement étaient placés au centre de la table, accessibles à toutes les voix.

3.1.2.6.4 Animation des entretiens

Le modérateur a pour fonction d'amener tous les participants à s'exprimer et à diriger le débat. Il introduit la session en présentant les objectifs de la discussion et en demandant aux participants de se présenter. Il propose ensuite les questions préétablies du guide d'entretien. Reformulation, clarification, synthèse, écoute active (tout en restant neutre) font partie de ses prérogatives.

Deux modérateurs ont été choisis pour leur expérience dans l'animation de groupe, selon leurs disponibilités, en alternance sur les trois focus groups.

L'observateur est chargé de l'aspect technique de la réunion. Il a pour rôle d'accueillir les participants, de gérer le matériel d'enregistrement. Connaissant la thématique, il doit rester neutre. Il est également chargé de noter les aspects non verbaux de la discussion et de distribuer le questionnaire qualitatif en fin de séance. L'observateur était la thésarde pour les trois entretiens.

3.1.2.6.5 Nombre d'entretiens

Le nombre de groupes d'échange n'a pas été préétabli à l'avance car il est déterminé par l'obtention de « saturation d'idées ». En moyenne, il faut trois à quatre groupes pour répondre à ce principe (50). Dans un premier temps, trois séances ont été planifiées, avec la possibilité d'en réaliser une supplémentaire si la saturation des idées n'était pas obtenue.

3.1.3 Analyse du contenu

3.1.3.1 Transcription des entretiens enregistrés

Les entretiens ont été intégralement retranscrits (mots à mots ou verbatim), le plus fidèlement possible, en document Word®. La retranscription a été réalisée immédiatement après la séance. Les logiciels de reconnaissance vocale ne pouvaient pas être utilisés car très peu adaptés à la retranscription des propos issus de plusieurs participants dans la même réunion. Le langage non verbal a été pris en compte grâce à l'enregistrement vidéo. Il est indiqué par une ponctuation spécifique (point d'exclamation lors d'une indignation, d'une surprise et autre sentiment fort ; des points de suspension lors de l'expression d'une idée non totalement verbalisée mais sémantiquement identifiable ou lors d'une hésitation).

L'anonymisation des participants a été réalisée en les identifiant par un chiffre et une lettre. Toute personne citée a été anonymisée par ses initiales. Le modérateur est nommé « modérateur ». Ses propos sont retranscrits dans un souci de compréhension, mais n'ont pas été soumis à l'analyse.

Les lieux ont également été désignés par leurs initiales.

3.1.3.2 Analyse de données

L'analyse débute par un codage axial du verbatim. C'est-à-dire que chaque partie de la retranscription est classée dans une catégorie ou nœud, selon l'idée qu'elle véhicule. Ces catégories sont ensuite regroupées en catégories plus générales, ou découpées en sous-catégories. Ce travail a été effectué parallèlement par le directeur de recherche, une infirmière familiarisée avec la méthode et la thésarde. Chacun a réalisé ce travail individuellement. Les résultats ont ensuite été confrontés selon le principe de la triangulation, afin de déterminer le découpage thématique et de mettre en évidence d'éventuelles occurrences passées inaperçues. La thésarde a ensuite encodé les deux autres entretiens seule, grâce au logiciel NVivo 10®.

Notre encodage (55) a été réalisé selon une approche ouverte et inductive de généralisation et d'abstraction des données. Le codage a été réalisé selon des unités syntaxiques (mots ou phrases issues du verbatim) ou sémantiques (passages ayant une signification à type d'idées clés).

3.2 RESULTATS

3.2.1 Données générales et quantitatives

3.2.1.1 Caractéristiques générales d'organisation des focus groupes

Trois focus groupes ont été réalisés entre mi-janvier et mi-février 2015.

La durée de chaque focus group a été de 2h02 pour le premier, de 1h21 pour le second et de 1h55 pour le dernier.

La saturation d'idées a été estimée atteinte par le chercheur à l'issue de l'analyse du troisième focus group, puisqu'aucune nouvelle idée majeure n'a émergée.

3.2.1.2 Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons réunis 16 participants : 9 médecins généralistes et 7 médecins de PMI.

Malgré une relance par courrier électronique ou par téléphone la veille des séances, deux participants ayant confirmé leur présence étaient absents pour des raisons personnelles. Il s'agissait d'un participant au premier focus group et d'un autre au second. Le nombre des participants a donc été de 5 pour les deux premiers focus group et de 6 pour le dernier.

	Nombres de participants	Durée de la séance
1 ^{er} focus group : 23 janvier 2015	5	2h02mn
2 ^{ème} focus group : 5 février 2015	5	1h21mn
3 ^{ème} focus group : 12 février 2015	6	1h55mn
	Total : 16	Moyenne : 1h46mn

Tableau I : Caractéristiques des focus groupes

3.2.1.2.1 Age et sexe des participants

Sur l'ensemble des 16 participants, 12 sont des femmes et 4 sont des hommes. Les médecins de PMI sont exclusivement des femmes.

La répartition par classe d'âge dénombre 5 participants âgés de 25 à 35 ans, 5 âgés de 36 à 45 ans, 3 âgés de 46 à 55 ans et 3 participants âgés de plus de 55 ans.

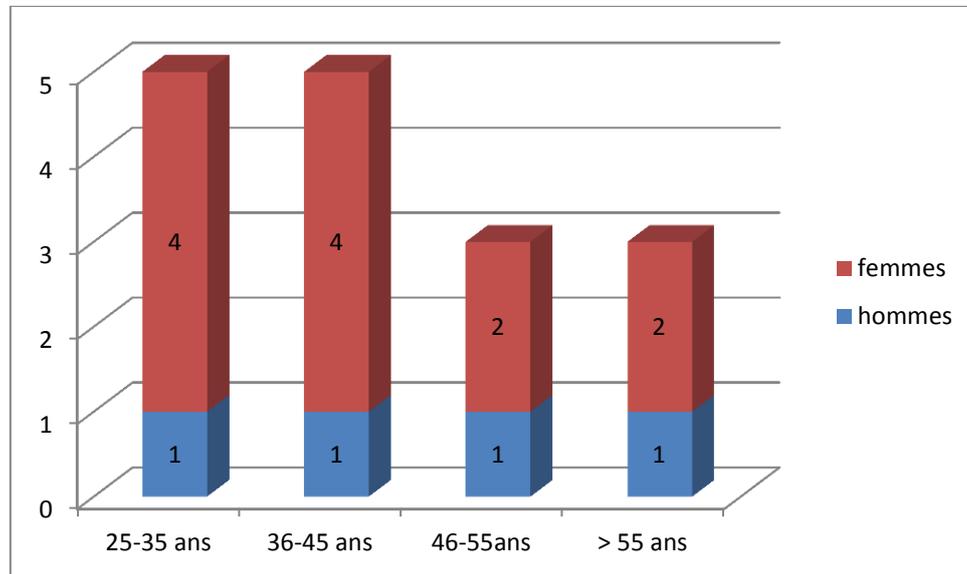


Figure 1 : Age et sexe des participants

3.2.1.2.2 Expérience professionnelle

Parmi les 16 médecins participants, 9 exercent en médecine générale, 2 uniquement en PMI et 5 exercent à la fois en médecine générale et en PMI.

Les médecins généralistes sont titulaires du DES de médecine générale et 1 des participants détient également une capacité de gériatrie et une capacité de médecine d'urgence. Concernant les médecins de PMI, 6 sont titulaires du DES de médecine générale et 1 est titulaire du DES de pédiatrie associé au DU de dermatologie pédiatrique. 2 des médecins de PMI titulaires du DES de médecine générale ont obtenu pour l'un, un DU de pédiatrie sociale et pour l'autre un DIU de médecine préventive de l'enfance.

	Médecins généralistes	Médecins de PMI
DES de médecine générale	9	6
DES de pédiatrie		1
DU de dermatologie pédiatrique		1
DU de pédiatrie sociale		1
DIU de médecine préventive de l'enfance		1
Capacité de médecine d'urgence	1	
Capacité de gériatrie	1	

Tableau II : Diplômes obtenus des participants

La durée de l'expérience professionnelle est inférieure à 10 ans pour 3 médecins de PMI et pour 4 médecins généralistes, comprises entre 10 et 20 ans pour 1 médecin de PMI et pour 3 médecins généralistes et supérieure à 20 ans pour 3 médecins de PMI et pour 2 médecins généralistes.

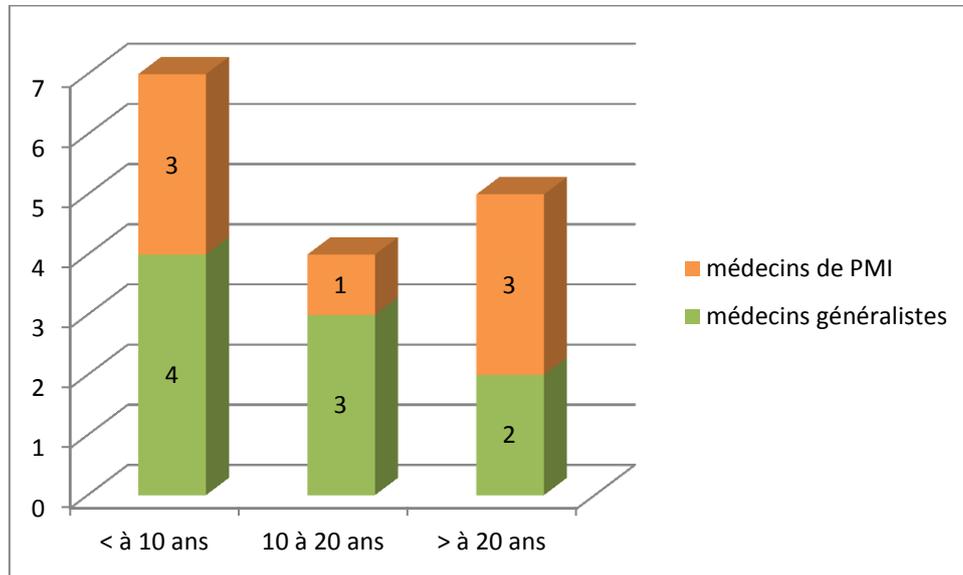


Figure 2 : Durée de l'expérience professionnelle des participants

3.2.1.2.3 Lieu d'exercice

Concernant les lieux d'exercices, 4 médecins exercent uniquement en milieu urbain, 1 uniquement en milieu rural, 4 uniquement en milieu semi-rural. Pour les autres, les lieux d'activité sont mixtes : 2 médecins travaillent en milieux urbain et semi-rural, 2 autres en milieux urbain et semi-urbain, et les 3 autres à la fois en milieux urbain et rural.

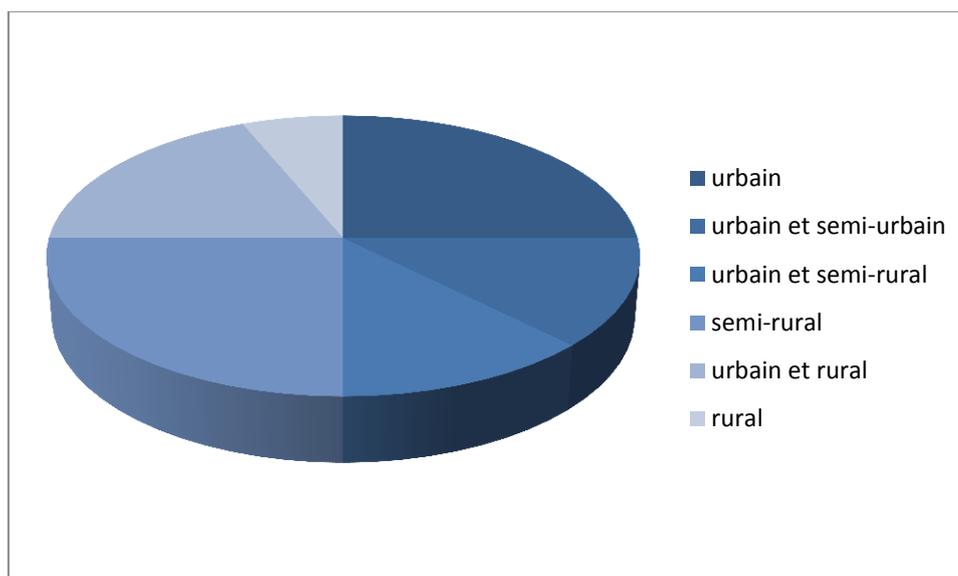


Figure 3 : Lieux d'activité des médecins

3.2.1.2.4 Niveau social de la patientèle

Concernant le niveau social de la patientèle, les médecins de PMI ont répondu qu'il est à la fois bas, moyen et élevé pour 4 d'entre eux, moyen pour 2 d'entre eux et bas pour 1 d'entre eux. Pour les médecins généralistes, le niveau social de leur patientèle était élevé pour 1 d'entre eux, élevé et moyen pour 2 d'entre eux, moyen pour 5 d'entre eux et bas pour un d'entre eux.

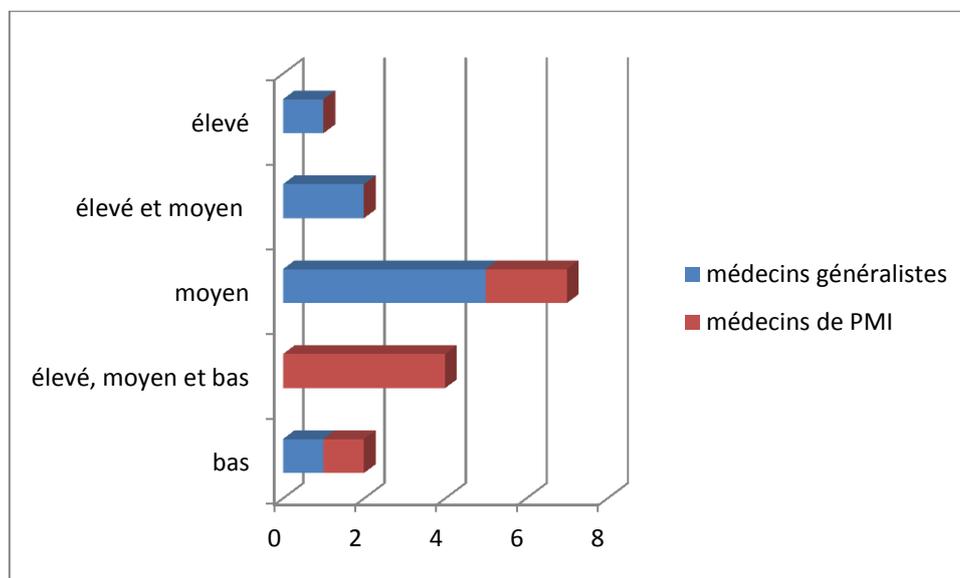


Figure 4 : Niveau social de la patientèle des médecins généralistes et des médecins de PMI

3.2.2 Analyse thématique transversale des entretiens

Dans ce chapitre, nous détaillons les résultats en rapport avec l'analyse qualitative thématique transversale des verbatims provenant des focus groupes, en citant les références encodées les plus pertinentes pour exprimer les idées contenues dans l'analyse. Nous avons dégagé cinq grands thèmes majeurs de l'analyse de contenu :

- Rôles des médecins généralistes et des médecins de PMI.
- Echanges actuels entre médecins généralistes et médecins de PMI.
- Difficultés et obstacles rencontrés pour échanger.
- Eléments d'amélioration de la communication.
- Les moyens de communication.

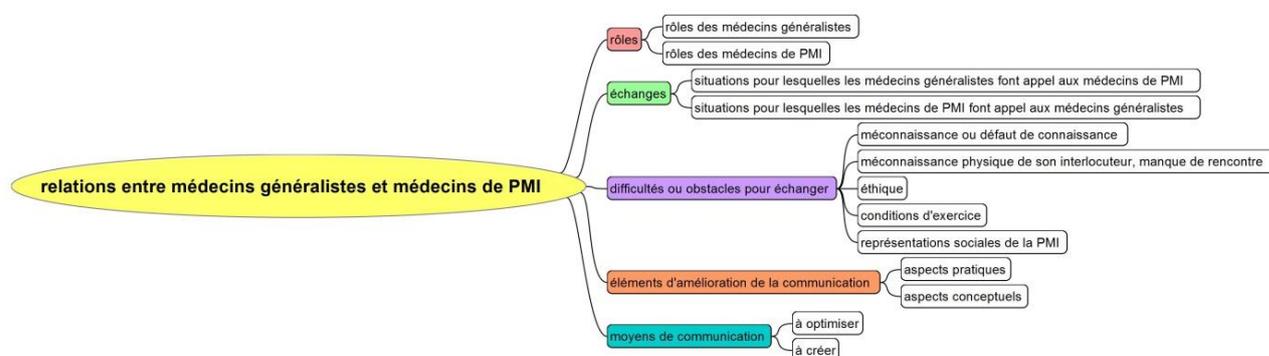


Figure 5 : Carte conceptuelle des relations entre médecins généralistes et médecins de PMI

Pour chaque thème, nous avons construit des arbres conceptuels détaillant les sous-thèmes.

Pour rappel, les médecins de PMI sont anonymisés par les codes 1A, 1B, 2C, 2D, 3A, 3B, 3E. Les médecins généralistes sont anonymisés par les codes 1C, 1D, 1E, 2A, 2B, 2E, 3C, 3D, 3F.

3.2.2.1 Les rôles des médecins généralistes et des médecins de PMI

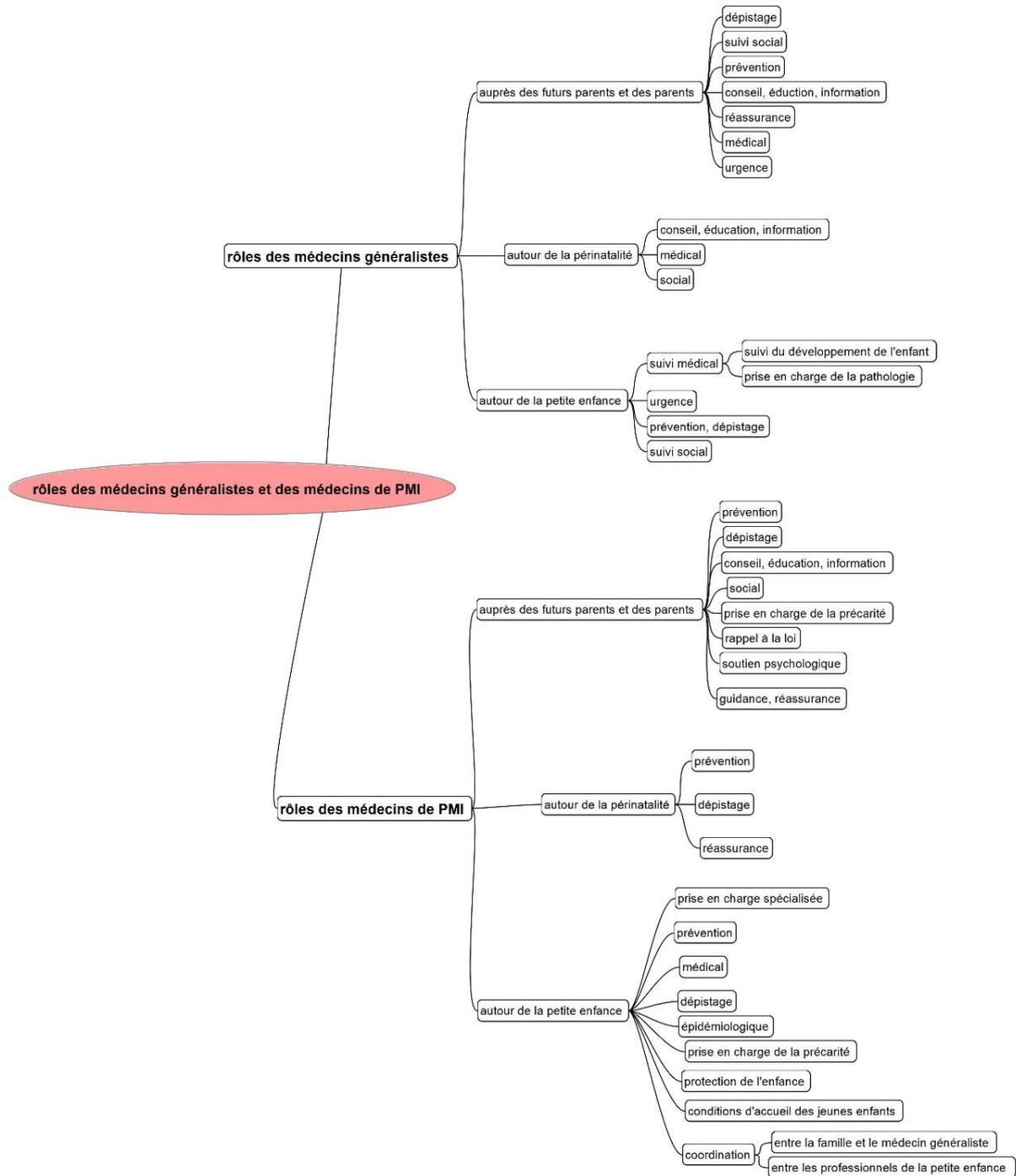


Figure 6 : Carte conceptuelle des rôles des médecins généralistes et des médecins de PMI

3.2.2.1.1 Rôles des médecins généralistes

3.2.2.1.1.1 Au près des futurs parents et des parents

Du fait de son statut de médecin de famille, le médecin généraliste a une vision globale du patient, qui facilite son rôle de **dépistage**.

1B : Après je pense qu'il y a des choses qui sont plus faciles à détecter en tant que médecin généraliste dans le suivi, dans certains facteurs de risques pour la dépression du post partum, ou des choses... c'est en connaissant les familles, c'est vrai, quand on connaît le passé de la maman, on se dit bon bah... parce que nous bah, on n'a beau poser les questions, ils disent ce qu'ils ont envie de nous dire à ce moment-là à la PMI. Alors que finalement quand on les connaît antérieurement, c'est là que le rôle du médecin généraliste est intéressant.

1E : On connaît les antécédents familiaux, génétiques, ou n'importe, dont nous... on peut en avoir eu connaissance. On a l'histoire familiale qui peut aussi être un signe d'alerte.

1D : On a plus de transversalité.

Sa connaissance de l'environnement du patient lui facilite le **suivi social**.

1E : Mais il y a le côté social aussi, l'adaptation, moi je dirais, de l'enfant à son milieu. Et puis l'adaptation des parents à l'enfant, parce que des fois c'est tout beau avant et puis quand l'enfant arrive ça se complique un peu... des conditions de vie, le comportement des parents, comment ils épanouissent l'enfant, s'ils le supportent bien... il y a à la fois le côté médical mais le côté social aussi.

3F : Mais enfin je pense qu'après nous en tant que généraliste, il faut qu'on soit à l'affût de toutes les infos qu'on peut avoir, en se disant qu'effectivement, sans stigmatiser, mais en disant que quand il y a des extractions sociales basses, des problèmes de précarité, des problèmes de perte d'emploi, les deux parents par exemple vont être au chômage etc... C'est certainement des familles où on a davantage d'attention à apporter.

3D : Et puis nous aussi, dans notre cabinet, c'est pas toujours facile non plus. Ils se demandent pourquoi on pose des questions comme ça, c'est pas en lien... c'est pas toujours évident d'aborder le côté... pas social directement mais voilà. Après c'est un peu rentrer dans leur intimité aussi.

Le suivi des parents favorise la fonction de **prévention**, surtout primaire, notamment avec la vaccination.

1C : Ah bah oui ! La vaccination des parents aussi. Ça, ça fait partie de notre rôle avant aussi, de contrôler qu'ils soient bien vaccinés avant qu'ils envisagent de faire un enfant.

2A : Moi la prévention primaire en périnatalité, ça commence même avant la grossesse, ça commence quand je prescris la pilule.

2A : Nous on a une infirmière AZALEE, on est en train de développer ça pour faire de la prévention primaire sur les gens qu'on connaît.

Du fait de leur proximité avec les familles, le médecin généraliste peut exercer son rôle de **conseil, d'éducation, d'information** auprès des parents.

1C : Moi je pense qu'on a un rôle d'éducation aussi au niveau des parents, c'est ça en fait, leur apprendre...

1D : D'information, d'éducation...

1D : ...euh, de proximité, de les connaître avant, des fois depuis des années. [...] mais nous, l'avantage c'est qu'on sait habituellement comment on va leur annoncer : un certain nombre de choses qui ne sont pas forcément aisées dans le rôle de parents. Et ça c'est un des avantages de notre pratique.

1E : On a un rôle un peu de conseil, enfin oui, souvent de conseil parce que finalement avant il y avait souvent les grands parents qui étaient à proximité. Maintenant souvent il n'y a plus forcément les grands parents, donc souvent, notamment pour le premier bébé, souvent il n'y a pas de repères, il pleure parce que... « qu'est-ce que je fais ? », « il a de la fièvre, qu'est-ce que je fais ? », enfin des petites choses !

3D : Ils se reposent beaucoup plus sur nous, sur des questions qu'ils nous posent avant, qui sont de l'ordre de l'éducation... je pense.

Je veux dire, le gamin qui fait n'importe quoi dans le bureau, certes on peut lui dire « voilà on respecte » mais on aurait envie de dire aux parents, voilà il faut cadrer, il n'y a pas qu'au cabinet médical, il y a aussi à la maison. Voilà, il faut remonter... c'est délicat. Il y a des parents avec qui on peut le faire et d'autres où on ne peut pas quoi. Parce que c'est un peu...

Cette proximité favorise également la **réassurance** des patients par le médecin généraliste.

3C : Dans l'accompagnement psychologique aussi des fois, quand il y a des enfants qui sont difficiles, voilà, on va aider aussi à faire prendre conscience aux parents que c'est bon de prendre un peu de distance, qu'il faut laisser les choses se calmer un peu, qu'ils ne sont pas tout seul, qu'ils se sentent accompagner aussi.

3F : C'est vrai que ce n'est pas évident, c'est pas évident de se placer en tant que parent, c'est pas évident d'être rassuré dans ce qu'on va faire, d'être un bon parent... Je ne sais pas, moi je les sens démunis certains parents.

En tant que médecin traitant, le médecin généraliste assure également le plus souvent, le **suivi médical** des parents.

3D : Surtout le suivi clinique avant tout et à partir de là, repartir sur les différentes questions, sur lesquelles il faut qu'on soit présents pour accompagner, répondre à toutes les questions qui sont variées surtout au niveau des jeunes parents.

Parfois dans des situations d'**urgence**.

1A : *Moi ce qui m'est arrivé deux fois, ce sont des mamans que j'ai renvoyées en urgence chez le médecin généraliste.*

1A : *le médecin de famille ne fait pas... vous vous ne faites pas, enfin vous les voyez en urgence, vous les voyez à domicile, nous on ne peut pas faire ça.*

3.2.2.1.1.2 Autour de la périnatalité

Le médecin généraliste retrouve dans ce domaine son rôle de **conseil, d'éducation et d'information**.

1E : *Il y a avant l'accouchement, il y a le suivi de grossesse et aussi dès qu'il arrive parce que c'est là que, des fois, les difficultés apparaissent au bout de quelques semaines. Surtout dans les milieux défavorisés, on sent que... s'ils pleurent trop, si ça coince... après le suivi se fait ou il ne se fait pas...*

Il assure son **rôle médical**, notamment avec les suivis de grossesse. Néanmoins, les médecins généralistes regrettent de peu voir les pères en consultation.

1E : *Il y a avant l'accouchement, il y a le suivi de grossesse*

3A : *Oui parce qu'après, ça peut être un généraliste qui a suivi la femme pendant sa grossesse.*

3F : *Après moi, je fais pas mal de suivi de grossesse. On est amené à voir essentiellement les futures mamans. Les papas moins. C'est peut-être même d'ailleurs un peu embêtant. Et moi j'aimerais bien des fois les voir un peu plus.*

En médecine générale, on va suivre des grossesses qui ne posent pas trop de problème, il faut bien le reconnaître. Au pire, il y a un peu de diabète ou un peu d'hypertension, mais ce n'est pas le bout du monde.

Du fait de sa bonne connaissance de la famille, la **prise en charge sociale** par le médecin généraliste s'inscrit dans le temps.

1D : *Ouais ! Voilà c'est ça, oui. Pour pas qu'ils soient trop trop leurrés. L'avantage c'est que bon, généralement on est en pré-conceptuel même. C'est-à-dire qu'ils nous disent, « on a l'intention que... » six mois, un an avant ; donc euh... On a l'avantage justement de pouvoir leur dire : « vous avez bien réfléchi ? », « comment vous le sentez ? » « Est-ce que vous avez préparé... quels sont les moyens d'habitation... ? ». Bon voilà ! C'est l'avantage, nous on va en visite en plus, donc ça nous confère aussi cet avantage-là de proximité et de connaissance.*

3.2.2.1.1.3 Autour de la petite enfance

Le médecin généraliste assure le **suivi médical** des jeunes enfants, sur deux plans :

- **Le suivi du développement de l'enfant.**

2A : On fait 40% de pédiatrie !

1E : On va s'occuper de tout le côté médical, enfin le suivi du développement de l'enfant, etc...

3D : Surtout le suivi clinique avant tout.

- **La prise en charge de la pathologie**, contrairement aux médecins de PMI.

3A : C'est pas du tout la même chose. On ne fait pas l'aigu. C'est pas le même type de suivi. Tous les enfants qu'on voit, quand ils n'ont pas de médecin traitant, je leur dit « il faut que vous ayez un médecin traitant », parce que le jour où il est vraiment malade, nous on ne peut pas, il faut que vous connaissiez un médecin.

3C : La frustration, la frustration quand tu es médecin généraliste et que tu ne les vois que pour les, entre guillemets,...

3B : Que quand ils sont malades !

C'est également lui qui va gérer les situations d'**urgence**.

3D : C'est encore arrivé, que je le prenne en urgence, entre midi et deux, je l'ai vu que 3 fois le gamin...

1A : le médecin de famille ne fait pas... vous vous ne faites pas, enfin vous les voyez en urgence, vous les voyez à domicile, nous on ne peut pas faire ça.

Le rôle de **prévention** et de **dépistage** du médecin généraliste concerne aussi bien les parents (comme nous l'avons vu) que les enfants.

2B : Cette prévention primaire on la fait aussi.

3C : Je fais pas mal de pédiatrie, et puis j'aime ça. Donc le rôle de suivi, de soutien aux familles, de prévention, de dépistage, de suivi des vaccinations...

Toujours par sa bonne connaissance du réseau familial, le médecin généraliste est acteur du **suivi social** des jeunes enfants.

1E : On va s'occuper de tout le côté médical, enfin le suivi du développement de l'enfant, etc... mais il y a le côté social aussi, l'adaptation, moi je dirais, de l'enfant à son milieu.

Le médecin généraliste est un référent de confiance pour les familles du fait de sa connaissance du milieu, de sa proximité et de l'histoire commune partagée.

3.2.2.1.2 Rôles des médecins de PMI

3.2.2.1.2.1 Après des futurs parents et des parents

Comme les médecins généralistes, les médecins de PMI ont un rôle de :

- **Prévention.**

2C : Alors voilà, je dirais que la prévention elle peut être primaire, c'est-à-dire avant que ça aille mal, et c'est pour ça qu'on est ouvert à tous les publics.

2D : Après le côté prévention qu'on a en PMI s'adresse quand même à tout le monde, et les familles qui viennent nous voir, on ne va pas les chercher en fait. Elles font le choix d'avoir ce double suivi. Et elles font ce double suivi parce que certainement elles trouvent quelque chose et chez l'un et chez l'autre. Je ne me vois pas refuser une famille sous prétexte que son milieu social ne convient pas à ce qui serait attendu de la PMI.

3B : Les vaccinations.

- **Dépistage.**

1C : C'est ce qu'on faisait avec le certificat pré nuptial, c'était l'occasion, mais on n'a plus ça.

1E : Dans les consultations, le père, on le voit moins souvent, il vient rarement. Une ou deux fois le père est venu pour un examen pré-conceptionnel, mais c'est rare... ou en début de grossesse.

- **Conseil, éducation, information.**

3B : Pour ces consultations-là, je ne sais pas si c'est à tort mais j'ai l'impression que nous, à la PMI, on a plus de temps, en durée de consultation. On se permet de prendre plus de temps parce que nous on fait deux consultations, on est payée autant que si on en faisait 10 ! On a, je pense, plus de liberté au niveau de la durée et puis aussi de la fréquence, et comme on disait par équipe. C'est-à-dire que nous on va en parler, la puer va en reparler... ça c'est des sujets qu'on va

progressivement pointer du doigt. A domicile, elle va se rendre compte de chose, ce sera plus facile de dire « ah bah c'est étonnant parce qu'il va se servir le coca dans le frigo... » Voilà, ce sont des choses dont on ne se rend pas compte en cabinet, que même moi je ne me rendrais pas compte si j'étais toute seule à la PMI.

3E : Et puis on a la possibilité aussi de mettre en place des choses, par exemple, le fait d'avoir mis en place la permanence du lundi matin. Tous les lundis matin à J. C., il y a une permanence des puéricultrices. C'est ouvert, sans rendez-vous et les parents peuvent venir. Et c'est vrai que ça, ça répond vraiment à un besoin. Parce qu'il y a le week-end qui s'est passé, avec le petit, il y avait des angoisses... On sait que le lundi matin, on peut aller voir quelqu'un, que l'enfant sera pesé, qu'il y aura un entretien soit pour un allaitement ou pour tout autre...

3B : Je pense que ça facilite l'étayage et la fréquence. Je ne dis pas que toutes les puéricultrices vont toutes les semaines dans toutes les familles mais c'est facilitateur quand il y a besoin d'un peu plus de soutien.

- **Social**, favorisé par la prise en charge pluridisciplinaire.

3F : Moi le médecin de PMI je le vois peut-être plus dans un rôle plus social que nous, ouais en relations sociales ils sont peut-être plus impactés dans le relais chez les personnes qui peuvent être en difficultés sociales.

3D : Et puis il y a le côté social aussi. Vous vous pouvez vous rendre éventuellement à domicile, voilà, voir un peu...

3B : Nous médecins non.

3D : Vous non mais vous pouvez envoyer quelqu'un voir. Alors que nous on est coincé.

3B : Et dans le social, on a aussi le lien avec les assistants sociaux.

3E : On a une proximité avec les assistantes sociales, s'il y a besoin.

3B : Oui c'est vraiment une équipe, c'est pluridisciplinaire et c'est un avantage.

La **prise en charge de la précarité**, plus particulièrement dans les populations migrantes, est un item commun et récurrent au cours des entretiens. La population cible de la PMI est ainsi différente de celle de la médecine générale.

1A : Bah c'est de la prévention aussi, mais du coup de la prévention aussi dans certaines familles plus précaires quand même que peut-être que la population que vous pouvez voir.

1A : Je pense aux populations migrantes en particulier, je veux dire ces populations qui ont des parcours très difficiles. Nous, on a une expérience très particulière de ces parents qui ne savent pas parler : comment on les aborde, comment on arrive à faire un suivi, comment on arrive à comprendre ce qui leur est arrivé...

2C : C'est vrai que moi aussi, sur le secteur du centre-ville, je passe du tout au rien.

2A : *Oui mais c'est de la médecine particulière, c'est de la médecine de migrants.*

2A : *On est bien d'accord que la PMI c'est quand même pour les populations qui en ont le plus besoin.*

Le rappel à la loi apparaît comme spécifiquement lié à la fonction de médecin de PMI.

1A : *Il y a les conseils et puis il y a aussi le rappel à certaines lois, je pense, par exemple aux mutilations sexuelles où là on a un rôle de prévention et on rappelle aussi la loi. Dans les familles guinéennes, etc... ça fait partie aussi de notre travail, ça c'est dans la prévention mais c'est aussi le rappel à la loi française, puis africaine aussi d'ailleurs ! Nous ça fait partie de ce rôle-là.*

Par leur disponibilité, les médecins de PMI assurent **soutien psychologique, réassurance et guidance parentale.**

3B : *Moi je pense qu'il y a ceux aussi... Parce que moi j'ai beaucoup de mamans, enfin je dis maman, il y a papa aussi, nous on voit pas mal de papas. Il y a pas mal de mamans qui viennent qui disent « on m'a dit ça, on m'a dit ça, moi je ne sais plus, je n'en peux plus... » Enfin il y en a qui pète les plombs !*

3E : *Je trouve qu'on a quand même plus de mamans fragiles. Les baby-blues, les dépressions, je trouve qu'on en a plus, enfin sur ma couronne, en zone péri-urbaine de mon secteur... J'en ai beaucoup moins à M. ! J'ai d'autres problèmes à M., mais sur cette partie du secteur de type péri-urbaine de P., les mamans et les couples qui ne vont pas bien... Parce que là aussi, quand dans une école tu fais les porte-manteaux des 3 ans et que tu en as 80% que les parents sont séparés... tu te dis que forcément, ils ne vont pas bien et les enfants ne vont pas bien. Sur le secteur de N., cet après-midi à la consultation, sur ceux qui sont venus, c'était que des mamans où ça avait été compliqué, où il y avait eu, bon, l'UMB, où N. a suivi... c'est la psychologue de la PMI.*

3E : *Moi la psychologue je l'utilise beaucoup, pas dans les situations sociales où il y a des difficultés, c'est les classes moyennes.*

1A : *Je pense qu'on a aussi un rôle énorme de réassurance, et de mise en confiance.*

3A : *Je suis sur C., mais on a aussi des consultations sur C. V. et sur G., et sur C. V., il y a une fois tous les trimestres, je crois, un groupe pour les parents, les futurs parents ; où est abordé plein de thèmes comme l'allaitement, l'accouchement, les aides sociales, etc... Et ça, voilà, quand on a une maman un peu isolée, ça peut être une bonne option, de lui dire : « bah voilà, il existe ce groupe, qui peut être intéressant ».*

3E : *Il y a des territoires où il se passe plus de choses. C'est sûr que sur V., il se passe beaucoup de choses. Il y a le centre socio-culturel qui met en place du soutien la parentalité, il y a des réseaux qui fonctionnent. Des relais, des crèches qui en font partie et tout.*

3B : Et puis il y a aussi les familles qui n'arrivent pas à gérer une assistante maternelle. Parce que c'est différent d'une crèche. Il faut un soutien aussi à ça. Enfin, il faut un soutien pour ça.

3.2.2.1.2.2 Autour de la périnatalité

Une fois encore, les missions des médecins de PMI incluent la **prévention** et le **dépistage**, parfois orientés par leur recueil de données épidémiologiques.

3A : Je vais élargir un peu mais la PMI c'est aussi les centres de planification, je fais aussi à C. des consultations de gynécologie avec la contraception, pose de stérilet etc... Et il peut y avoir des généralistes qui ne posent pas de stérilet et qui me les adressent pour les poses de stérilets.

1B : Après il y a du travail qu'on fait en commun avec elles, on fait des consultations ensemble. Elles ont des missions assez ciblées, elles travaillent le lien parents-enfant. Si elles considèrent que c'est vraiment la maman qui est à prendre en charge et pas l'enfant, elles réorientent après.

1A : Elles peuvent travailler en prénatal aussi. Ça peut être intéressant quand on a une maman un peu seule, pas aidante, un peu triste, ou un déni de grossesse, des choses comme ça. Alors, il y a la maternité bien sûr, mais c'est aussi une autre possibilité. On peut travailler avec la sage-femme de PMI, s'il y a des situations un peu complexes, on peut se déplacer à domicile.

2C : Nous aussi on aimerait être plus pour faire plus de prévention primaire. Les sages-femmes voudraient voir toutes les grossesses, faire l'entretien prénatal précoce à toutes les femmes, on aimerait que toutes les puéricultrices puissent aller à chaque naissance à domicile. Mais c'est pas possible.

3B : Nous en fait, on ne fait pas par classe sociale. Mais les indicateurs comme ça, c'est les indicateurs pour les suivis de personnes... En fait les sages-femmes vont recevoir les avis de grossesse et elles vont voir si l'assistante sociale du secteur, le médecin du secteur, la puéricultrice du secteur enfin toutes les personnes du secteur la connaissent ou pas, et en fonction des indications qu'il y a, s'il y a d'autres enfants, s'il y a eu des grossesses à risque, elles vont entamer un suivi ou pas. Après les puéricultrices à la naissance, elles vont avoir les avis de naissance avec les certificats du 8ème jour et sur certains critères elles vont proposer une visite à domicile systématique, elles vont dire je viens tel jour ; ou elles vont mettre une mise à disposition si les personnes le veulent. Effectivement, il y a les critères sociaux mais pas que.

Le rôle de **réassurance** du médecin de PMI est essentiel.

3B : On a une psychologue aussi c'est vachement bien ! Pour du pré et du post-natal c'est vachement bien.

3E : Et on faisait le bilan, tu vois, sur celle qui est ... il y a une maman qu'elle a suivi à partir du 5ème mois et finalement, là on est dans les clous dans la relation. Mais quand tu vois les autres mais ça rame la relation avec le bébé. On rame. Et ça je trouve qu'on en a beaucoup plus que ce que je connaissais il y a quelques années.

3.2.2.1.2.3 Autour des jeunes enfants

Médecins généralistes et médecins de PMI s'accordent pour dire que les médecins de PMI assurent une **prise en charge spécialisée** de la petite enfance. Leur cadre d'intervention diffère de celui de la médecine générale, notamment avec une durée de consultation plus longue en PMI.

2B : Mais euh, je pense aussi que, il y a une sécurité d'emmener son enfant à la PMI. C'est spécifique à la petite enfance et en tant que médecin généraliste, je ne me voyais pas emmener mon enfant chez un collègue et pas forcément chez un pédiatre parce que c'est plutôt pour moi pédiatre quelqu'un de plus spécialisé sur la pathologie. Et je trouve que c'est un relais qui est assez sûr sur l'écoute de l'enfant et des parents, même sans vous connaître.

2C : Parce que la consultation de PMI, il y a un temps avec la puéricultrice puis un temps avec le médecin donc si on met bout à bout, ça peut faire 40 minutes ce qui n'est pas une consultation de médecine générale. Enfin si mais pas de manière systématique. Il y a des intervenants aussi dans nos salles d'attentes. Et puis dans certains secteurs, on fait des consultations conjointes avec une psychologue avec nous.

Notamment dans la fonction de **prévention** au cours des consultations.

1A : De prévention oui, plus oui... peut-être qu'on a plus de temps nous aussi.

2C : En PMI, on travaille plus sur la prévention.

Des actes spécifiques, comme la vaccination BCG, semblent concerner prioritairement le médecin de PMI.

1B : Bah je pense que là aussi les populations sont différentes. Je pense que, par exemple les BCG, tu en fais beaucoup plus que nous.

1A : Ah bah oui, j'en fais souvent oui.

Le **suivi médical** des moins de 6 ans ou des enfants confiés à l'ASE fait partie des fonction du médecin de PMI mais, contrairement au médecin généraliste, il n'assure pas la prise en charge de la pathologie.

3B : Je pense qu'on a un rôle, alors je parle pour la PMI mais je pense que les généralistes aussi, on a un rôle d'abord médical, dans le suivi médical des enfants.

Oui, on les fait venir... Je n'aime pas dire ça ! Mais ce qui est recommandé c'est par exemple tous les mois pendant les 6 premiers mois, cliniquement.

1A : Je suis aussi pas mal d'enfants qui sont en famille d'accueil, des enfants confiés au service de l'Aide Sociale à l'Enfance. Théoriquement, ces enfants-là, on doit les voir au moins une fois par an, nous en tant que médecin de PMI.

1B : Nous à Ch. la politique c'est que quand ils sont malades, c'est de les renvoyer au médecin traitant en général.

En matière de **dépistage**, les bilans des enfants de 3-4 ans sont réalisés dans les écoles maternelles.

3B : On fait des bilans en PMI des 3-4 ans à l'école, on voit environ 500 enfants par an.

Des fonctions plus spécifiques reviennent aux médecins de PMI comme :

- Le recueil de **données épidémiologiques**.

1A : Nous, on reçoit tous les certificats de santé des 9ème et des 24ème mois ; donc de temps en temps on repère des petites choses.

3B : En fait les sages-femmes vont recevoir les avis de grossesse et elles vont voir si l'assistante sociale du secteur, le médecin du secteur, la puéricultrice du secteur enfin toutes les personnes du secteur la connaissent ou pas, et en fonction des indications qu'il y a, s'il y a d'autres enfants, s'il y a eu des grossesses à risque, elles vont entamer un suivi ou pas. Après les puéricultrices à la naissance, elles vont avoir les avis de naissance avec les certificats du 8ème jour et sur certains critères elles vont proposer une visite à domicile systématique

3E : Une fois que le service a reçu l'avis de naissance.

- **La prise en charge de la précarité.**

1A : On a beaucoup d'enfants avec la CMU, on a beaucoup d'enfants qui n'ont pas de papiers non plus, on a aussi toute cette population précaire qui n'a pas de suivi en médecine générale.

2A : Alors moi c'est un peu particulier, je suis à la Z. 70% de tiers-payant, 27 nationalités différentes, 30% de population de moins de 25 ans, des grossesses de gamines de 12 ans, pour moi la PMI c'est uniquement, enfin je trouve qu'elle ne doit faire que les gens à risque. Enfin les autres, je les prends en charge ! Mais ces gens-là, il faut que ce soit une prise en charge pluridisciplinaire, des groupes d'échange, c'est pour ça que je veux que la PMI vienne chez nous, on a tellement de boulot. Ce sera tellement plus simple quand ils seront juste à côté de chez nous, parce que les cas difficiles, on pourra vraiment en parler et c'est là qu'on sera efficace. Et on n'est pas du tout complémentaire sur les gens qui vont bien. [...] Il y a tellement de souffrance dans ces populations défavorisées qu'il faut se concentrer sur ceux-ci. Mais c'est mon opinion parce que ça fait 25 ans que je baigne dedans et que du coup c'est une telle carence chez eux, qu'on a besoin de 3-4 médecins de PMI à la Z. à plein temps quoi !

3A : Je disais qu'à C. il y a une éducatrice jeunes enfants et que du coup, peut-être qu'elle intervient plus dans des familles un peu plus précaires au niveau social, un peu défavorisées. Plus que la psychologue qui va être... Il ne va pas y avoir de différences.

3E : L'aspect social ne rentre pas...

3A : l'aspect social ne rentre pas du tout en compte, alors que pour l'éducatrice jeunes enfants, je trouve que c'est beaucoup plus présent.

3B : Est-ce qu'on peut mettre en lien que l'éducatrice jeunes enfants, elle y va vraiment pour ce qui est du développement de l'enfant donc elle arrive dans cette idée là que...

3A : un accompagnement parental...

3B : ça part d'un a priori que les familles un peu plus défavorisées, celles qui sont un peu plus précaires, peuvent être en difficulté aussi dans la stimulation de leur enfant.

- **La protection de l'enfance.**

1A : *On a quand même énormément de situations de protection de l'enfance. Moi, je fais 30% de mon temps sur la protection de l'enfance, c'est très très lourd.*

- **Le contrôle et la surveillance des conditions d'accueil des jeunes enfants.**

3B : *Si je peux me permettre... Le pôle agrément... Le service PMI, c'est un grand service, il y a le pôle santé avec les personnes qui vont faire les consultations, qui vont voir le public, les usagers et puis tout ça. Et après il y a le pôle agrément qui s'occupe des agréments des assistantes maternelles et familiales. Et donc, c'est vrai qu'avec la création de ce pôle très spécifique, qui date de 3-4 ans maintenant, je pense que ça va se professionnaliser, je pense, ça va s'améliorer, c'est-à-dire que je pense qu'il y a de plus en plus à pointer ce qui dysfonctionne, les Ass Mat qui dysfonctionnent, enfin voilà...*

3C : *Actuellement, quel est votre rôle là-dedans, dans la gestion de... ?*

3B : *C'est les agréments. Donc en fait, non. C'est qu'il y a les agréments pour dire à quelqu'un qu'il est apte, enfin qu'il a tout ce qu'il faut pour être assistant maternel. Normalement quand une assistante maternelle a des difficultés avec un enfant, son accompagnement à elle. Et puis il y a la surveillance, que ça se passe bien, que elle, elle répond bien aux critères qu'elle a répondu au départ et que ça, ça continue. C'est pour ça que je dis professionnalisation, parce que ça existait déjà mais je pense que là, elles vont accentuer ça pour que ça s'améliore. Et il faut des remontées quand ça dysfonctionne. Mais tout dysfonctionnement, parce que je pense qu'il y a des choses qui ne sont pas tolérables effectivement. Les familles laissent leurs enfants, donc euh...*

1A : *Après, je voudrais préciser les missions des médecins de PMI : les consultations, les bilans en écoles maternelles des 3-4 ans, la protection de l'enfance, les visites de suivi des crèches et centres de loisirs (suivi des bâtiments, de l'hygiène...), la logistique et le travail d'équipe et de partenariat (avec l'ASE, le service social, le CMP, les services de pédopsychiatrie...).*

La diversité des fonctions attribuées au médecin de PMI lui confère un rôle prépondérant dans la **coordination** des soins autour du jeune enfant que ce soit :

- **Entre la famille et le médecin généraliste,**

1B : *C'est par les familles, on se renvoie les familles.*

Enfin on a pas mal de suivis communs, moi je vois les enfants sur les visites mensuelles, pour les vaccins, ou ça m'arrive aussi quand il n'y a plus de créneaux de consult, de renvoyer, de relayer au médecin traitant.

- **Ou entre professionnels de la petite enfance.**

1A : *Et puis sur la PMI, le lien peut-être avec les autres... l'hôpital... quand il y a des soucis, ça vaut le coup quand même de faire un peu la coordination... avec des pédiatres, avec l'hôpital, puis avec le médecin traitant moi j'ai quand même pas mal de contacts.*

Médecins généralistes et médecins de PMI s'accordent à dire que leurs rôles sont parfois similaires mais surtout complémentaires.

3C : *Moi je ressens les mêmes missions, le même rôle finalement que la PMI dans ce que je fais dans mon exercice quotidien, surtout que je fais pas mal de pédiatrie, et puis j'aime ça. [...] Voilà, on a les mêmes objectifs. [...] Pour moi, je pense qu'on a*

le même rôle, après l'avantage c'est cette équipe que vous avez et moi je me sens un peu tout seul des fois dans mon cabinet.

2D : Juste dans ce que tu as dit, « relais » ne me convient pas, « compromis » c'est mieux.

2A : Relais ?

2D : Oui, le « relais entre le médecin généraliste et le pédiatre », je ne vois pas le rôle de la PMI là-dedans.

2B : Compromis alors

2D : Oui compromis peut-être.

2B : C'est même pas compromis, c'est autre chose encore.

2D : Oui mais c'est pas relais de toute façon.

3.2.2.2 Les échanges entre médecins généralistes et médecins de PMI.

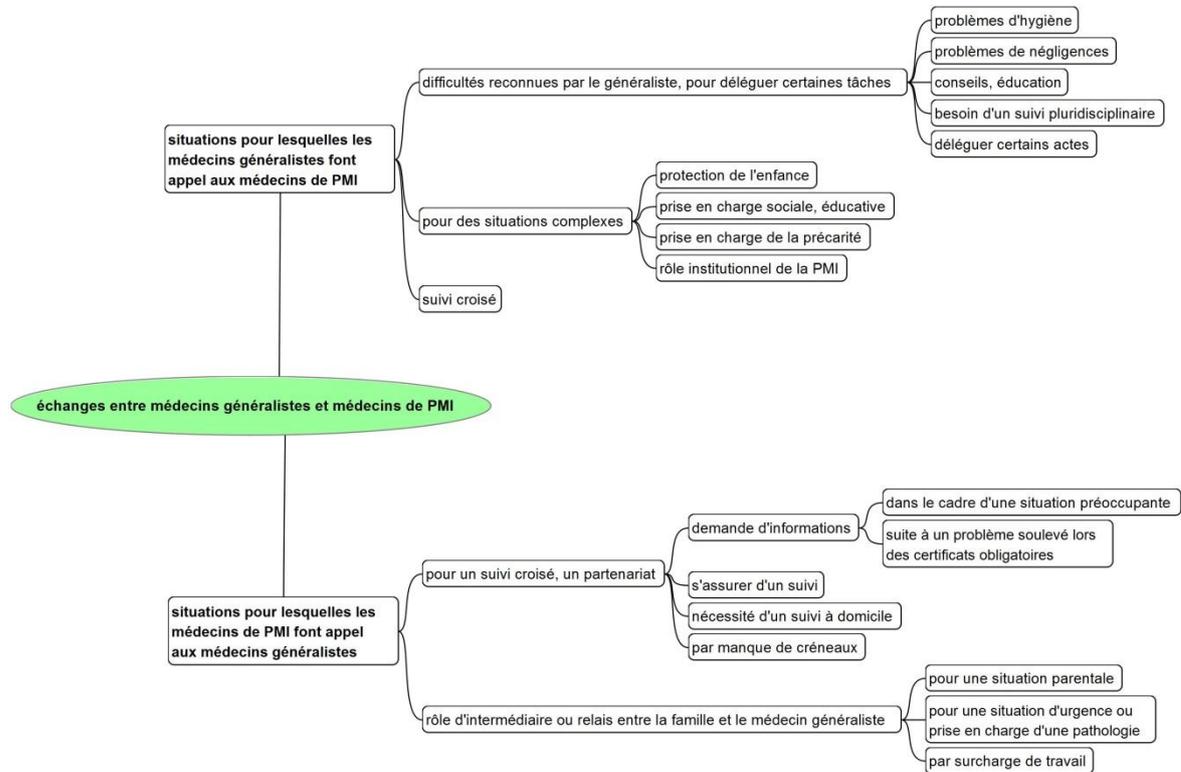


Figure 7 : Carte conceptuelle des échanges entre médecins généralistes et médecins de PMI

3.2.2.2.1 Situations pour lesquelles les médecins généralistes font appel aux médecins de PMI.

Les médecins généralistes peuvent interpellier les médecins de PMI afin de **déléguer certaines tâches** par manque de temps ou pour des **difficultés reconnues par le médecin** lui-même dans différents domaines comme :

- Les **problèmes d'hygiène**,

1A : Oui dans certains cas, s'il y a des choses, je pense que... on parlait des problèmes d'hygiène cet après-midi, qui sont extrêmement difficiles à aborder, et du coup ; pour un médecin de famille c'est extrêmement compliqué.

1A : C'est facile pour personne, mais on pourrait imaginer dans certains cas qu'on soit ceux qui en parle un peu pour vous dégager de ce côté un peu, euh...

1B : Sur les gales, on est interpellé par l'école des fois.

1A : Oui, parce que justement c'est des choses difficiles à aborder.

- Les problèmes de négligences,

3C : On a beaucoup de cas de maltraitance, je veux dire sous-jacent, donc c'est pas le truc de l'enfant qui s'est fait beugné mais plus sur de la maltraitance psychologique ou sur de la négligence.

3E : Voilà c'est ça, vous êtes plutôt là-dessus... Ou, ou sur des violences conjugales qui débordent sur des enfants ou des choses comme ça.

3A : C'est sur ça où nous on peut aider je pense. C'est là que la PMI peut être utile.

1B : Parfois il y a des négligences qu'on peut travailler avec les familles, et là, pour le coup, il n'y a pas besoin de l'hôpital.

1D : Oui, oui, pour les négligences, il n'y a pas besoin de l'hôpital.

2A : Parce que nous plus l'infirmière AZALEE, on ne va pas y arriver. Donc il nous faut vraiment des gens qui ont ces compétences là, avec les puéricultrices, etc... Pour qu'on lance quelque chose. Ils ont besoin d'être accompagnés. C'est souvent des gens seuls, qui n'ont pas de références. Et si on arrivait à agir tôt... Enfin on n'aurait pas tous ces gamins qu'on récupère à 15 ans qui sont complètement shootés quoi. Parce que je les récupère... Depuis 25 ans j'ai vu comment ça évolue tout le temps. Enfin, j'en ai une là, elle déambule dans les rues quoi. Elle était shootée, elle est retournée chez sa mère et dès le départ, on aurait pu travailler avec la PMI, peut-être qu'on en serait pas là quoi. Des tas de gamins sont placés, enfin...

- Le conseil et l'éducation,

1B : Oui, ou sur les conseils alimentaires, enfin il y a des choses qui vous prennent du temps, et finalement... Oui ou l'allaitement, c'est vrai que l'étayage de l'allaitement les premières semaines ça demande du suivi soutenu ; et c'est vrai que ce n'est pas la consultation, mais la puéricultrice qui peut assurer cet étayage-là.

2E : Moi c'est quand je n'ai pas le temps de faire toute la prévention que je voudrais chez quelqu'un où je sens que c'est une famille très demandeuse de conseils, de plein de choses, et que je sais que dans mon agenda je n'aurais pas le temps de faire tout ça. Je leur dis : « Vous avez pensé à aller à la PMI en parler ? »

3E : Après en PMI, il y a des médecins oui ; mais il y a aussi des puéricultrices. Du coup, toutes les mamans ont eu au moment de la naissance, soit un courrier pour une mise à disposition, soit une proposition de visite à domicile. Donc c'est vrai que si vous pensez que la maman a besoin d'un petit étayage ou autre, vous pouvez lui rappeler qu'elle a eu ce contact à un moment donné et qu'elle peut faire appel à la puéricultrice.

- **Le besoin d'un suivi pluridisciplinaire,**

2C : Pour avoir travaillé sur C., il y a des médecins généralistes avec qui la PMI travaille, pas forcément sur des familles qui viennent voir le médecin de PMI mais beaucoup de travail en partenariat avec les puéricultrices. Avec des médecins généralistes qui appellent directement la puéricultrice parce qu'ils veulent une action à domicile sur des soins, sur des suivis. Et ça se fait en partenariat.

2A : Oui pour toute autre difficulté à prendre en charge des gens, ce sont des familles à risque, des toxicomanes, des grossesses... Mais il y a des grossesses, on le sait, on le sait avant même qu'elle tombe enceinte qu'on va avoir des difficultés. Ce serait déjà nous une gamine.... Voilà commencer à réfléchir ensemble comment on va pouvoir programmer pour que sa grossesse ne soit pas une catastrophe quoi. En plus, on les voit toutes, enfin on est plusieurs à les voir. Et quand on dit « bah Mme Machin, bon, bah d'accord quoi... ». Donc là, il y a vraiment besoin, enfin pour moi, d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire.

2E : Oui toutes les prises en charge qu'on ne peut pas faire tout seul, tout simplement.

3C : Ça peut être pour une maman... Je ne vous ai pas contacté directement mais je lui ai conseillé d'aller vous voir, pour une maman qui était en difficulté il y a quelques mois. Son enfant avait 8 mois et était un petit peu difficile, il avait otite sur otite ; il ne faisait pas ses nuits à 8 mois parce qu'il avait tout un tas de choses... il était peut-être même un peu plus âgé que 8 mois... bref, elle était un peu en détresse psychologique, elle n'arrivait plus trop à s'en sortir, avec un métier un peu prenant... je voyais qu'elle était à la limite du burnout cette dame donc je lui ai dit « écoutez... ». Je lui ai proposé de la revoir, mais je sentais qu'elle avait peut-être besoin plus d'une écoute psychologique, plus spécialisée sur la petite enfance. Du coup je lui ai dit « moi je suis là pour vous, maintenant, je pense que la PMI peut aussi vous aider dans une prise en charge un peu plus globale pour voir les choses envisageables avec votre enfant. » J'avais fait appel aussi à la PMI dans ce cas-là. Est-ce qu'elle y est allée après, je ne sais pas. Je l'ai revue pas mal de fois entre temps, et maintenant c'est mieux, ça va mieux ! Voilà le genre de situations où je vais faire appel à vous. Pour les situations un peu complexes, je ne vais pas hésiter ; et encore plus maintenant que j'ai entendu pas mal de choses, je pense que ça va bien m'aider à encore plus avoir recours à vos services !!

- **Déléguer certains actes.**

1D : C'est un transfert de charges.

3D : Après nous, en tant que médecin généraliste, on peut adresser pour le BCG, parce que moi je ne les fait pas. Je fais appel dans ces cas-là, s'il y a une indication.

3C : Le social et le psychologique, les choses qu'on a, nous, du mal à approfondir en une consultation de médecine générale.

3F : Et parce qu'on n'a pas trop le temps.

3C : Et qu'on se réfugie aussi vers ce qu'on connaît le plus.

3A : Je vais élargir un peu mais la PMI c'est aussi les centres de planification, je fais aussi à C. des consultations de gynécologie avec la contraception, pose de stérilet etc... Et il peut y avoir des généralistes qui ne posent pas de stérilet et qui me les adressent pour les poses de stérilets.

3A : Il y a aussi le suivi de grossesse, le post natal précoce... J'ai pu être aussi appelée par des médecins pour ça.

Le médecin généraliste peut être amené à interpeller son confrère de PMI pour prendre en charge des **situations complexes**, trop difficiles à gérer :

- Par manque de compétence et de ressources dans le domaine de **la protection de l'enfance**.

1A : J'ai aussi été interpellée par des médecins dans des situations de protection de l'enfance. Les écrits on en a très peu, venant de médecins généralistes pour des informations préoccupantes, directement envoyées à moi, en tant que médecin de PMI ; mais ça c'est arrivé. En général, les médecins généralistes envoient aux médecins de PMI pour les informations préoccupantes, quand ils n'envoient pas à l'hôpital. Ils ne passent pas par la MDS ou la CRIPS, ou au procureur à ce moment là.

3C : Les circonstances pour lesquelles moi j'ai eu à faire à la PMI, ça a été... Moi j'ai appelé pour des situations où on se demandait, ma collègue et moi, si on devait faire un signalement ou pas. Pour savoir si vous les connaissiez, ou savoir si... quelle démarche faire... enfin, c'est pas un truc qu'on fait tous les jours et qu'on aime faire en plus !

3B : Mais moi quand on m'appelle pour une question, pour savoir s'il faut signaler ou pas, ce que j'en pense, c'est que ça me fait plaisir qu'on m'appelle pour me demander et que je puisse au moins donner mon avis ou en tous cas ce que je sais de ce sujet-là. Ce sujet-là, moi je l'ai appris en arrivant à la PMI, très clairement, la protection ne l'apprend pas avant. Et un peu tous les rouages, tous les mécanismes, sur les procédures et tout ça...

3E : Oui, c'est ça. C'est plus indiquer où s'adresser, comment ça va se passer...

3B : Et puis aussi un peu aiguiller sur s'il y a une indication à le faire ou pas. Voilà, ça ne fait que 2 ans 1/2 mais je pense avoir fait des formations pour et ça commence à venir ! Ça vient ! Non, moi au contraire, je pense qu'il vaut mieux en discuter plutôt que de rester tout seul dans son cabinet face à une famille, où on est inquiet et on dit « non, non, non, on n'appelle pas parce qu'on ne connaît pas, parce que... » En fait, au bout de trois jours, on y pense tout le temps et on se demande qu'est-ce qu'on fait ?!

3E : Quand la décision est prise de se dire qu'il faut signaler, où est-ce qu'on le fait ? Avec qui on le fait ? Enfin, voilà, on ne le fait pas tous les jours donc vous n'avez pas forcément les réflexes.

- Pour une **prise en charge sociale ou éducative**.

1E : Mais souvent c'est ça, c'est des problèmes dans le suivi ou quand on n'arrive pas à choper les gens... Si éventuellement j'ai besoin, si le suivi n'est pas bien, au niveau médecine ou au niveau social, si on sent qu'il y a un problème, ça peut être l'occasion... d'appeler la PMI.

1E : Oui, oui. Quand il y a quelque chose de social, faire intervenir plusieurs interlocuteurs, vous avez une vision un peu différente, c'est important...

2A : Mais là moi où j'ai du mal, c'est sur ces gens qui sont vraiment en rupture sociale et là faut qu'on soit vraiment... Et là, vous avez une vraie...

1A : Par déficience intellectuelle parfois tout simplement, mentales ou...

1B : Il y a un étayage parfois qui se met en place avec des travailleurs à domicile, des choses qui peuvent permettre un étayage plus important que seule parfois la PMI.

- Pour une **prise en charge de la précarité**.

3F : Mais enfin je pense qu'après nous en tant que généraliste, il faut qu'on soit à l'affût de toutes les infos qu'on peut avoir, en se disant qu'effectivement, sans stigmatiser, mais en disant que quand il y a des extractions sociales basses, des problèmes de précarité, des problèmes de perte d'emploi, les deux parents par exemple vont être au chômage etc... C'est certainement des familles où on a davantage d'attention à apporter pour essayer, ne serait-ce que pour leur donner des tuyaux, leur dire bah nous en tant que généraliste de leur dire de consulter à la PMI parce que l'encadrement sera meilleur, parce que vous vous aurez peut-être des psychologues et tout un suivi social.

1A : Ce qui renvoie à l'idée que peut-être on fait plus de relation par rapport à la précarité.

1D : Oui, oui. Médical, social, intellectuel... c'est surtout ça

- Pour faire appel au **rôle institutionnel de la PMI**.

1E : Il y en a certains qui croient que la PMI c'est obligatoire, on n'a cette impression-là. Il y en a qui croit qu'on est obligé d'y aller. Des fois, ils y vont plusieurs fois, puis finalement, ils se disent « bah non, peut-être qu'on peut continuer avec le médecin généraliste ».

1B : Ah oui, c'est pourtant pas le discours qu'on leur tient.

1E : Non, non... mais c'est dans leur esprit, il y a un truc un peu officiel.

1A : Du coup, avec le médecin, c'est un examen médical, c'est... et puis, il y a un rappel à la loi. Même si vous classez sans suite, le rappel à la loi marque le coup. Il y a aussi ce côté-là, ce message un peu que, en tant que médecin de PMI, on n'est pas non plus obligé d'aller plus loin, enfin quand il n'y a pas nécessité d'hospitalisation bien sûr.

1E : En plus, médecin de PMI, il y a une certaine fonction officielle, du coup pour les gens ça marque.

1A : Oui ça peut marquer. Et puis permettre au médecin généraliste de rester le médecin généraliste. Quand il explique « Ecoutez, là j'ai des inquiétudes, mais je ne sais pas trop, là je vais aller m'informer ». Il y a aussi ce côté-là qui peut être intéressant.

1A : Du coup chacun reste sur sa mission. Nous, on a cette mission là, vous, vous avez la mission de soigner, un peu différente.

Les échanges se font également autour d'un même patient dans la situation d'un **suivi croisé**.

1B : Finalement on a pas mal de suivis communs. Oui, oui. On fait des suivis conjoints.

3C : Moi ça m'est déjà arrivé d'utiliser la PMI pour aller repeser un nourrisson, quand je sais que la maman a déjà été chez vous pour autre chose. Je sais que ça va être plus simple que de revenir dans un cabinet blindé de monde avec des gripes de partout. On va avoir possibilité d'avoir un accueil en PMI pour repeser un nourrisson qui a la gastro...

Moi je fais appel à vous pour tout ce qui va être suivi de poids. Quand on va avoir des difficultés à les revoir, ça va être plus simple... Pour peser un nourrisson qui a la gastro, on va dire « ben voilà, on va contacter la PMI pour faire finir la surveillance ».

3.2.2.2 Situations pour lesquelles les médecins de PMI font appel aux médecins généralistes

Il s'agit le plus souvent d'un **suivi croisé**, d'un **partenariat**.

1A : C'est aussi un travail de partenariat je pense. Mais ça c'est à travailler.

Les médecins de PMI vont alors interpellier les médecins généralistes pour une **demande d'informations**, en particulier

- dans le cadre d'une **situation préoccupante**,

1D : Je sais qu'en 15 ans, je n'ai jamais sollicité la PMI. Pour contre c'est arrivé que la PMI me sollicite pour avoir... sur des interrogations. C'est pas arrivé très très souvent, peut-être deux fois, sur des familles qui sont là aussi socialement limitées, intellectuellement limitées.

1A : Ou sur des enfants pour lesquels on a reçu des informations préoccupantes, des parents qui nous disent « on est suivi par tel médecin »... et puis dans le carnet de santé « Oh bah, c'est très étonnant ça ! » Ou on n'a pas le carnet de santé parce qu'ils veulent pas nous le montrer, il m'arrive à ce moment-là d'appeler, de questionner le médecin traitant ; pour savoir si effectivement c'est bien lui qui le suit. Très souvent d'ailleurs il dit « oui, oui, je l'ai vu mais une seule fois ». Dans ce cas-là, on se rend compte qu'il n'y a pas de suivi par quiconque.

2B : Moi je le vois... dans notre secteur en tous cas, moi je n'ai aucune relation avec les médecins de PMI. La seule fois que j'ai eu une relation, c'était pour un appel, je ne sais pas si c'est toi du coup qui m'avait appelée, pour me demander ce que je pensais d'un père qui était abominable avec ses enfants, enfin qui mettait une pression énorme, qui m'a envoyée au Conseil de l'Ordre, enfin bref... Pour me demander ce que j'en pensais.

3A : Alors moi ça ne fait pas très longtemps que je suis en PMI, mais j'ai eu à appeler des médecins généralistes justement pour une... L'école nous appelle pour dire, telle petite fille ça pose problème, on appelle le généraliste pour savoir si... si lui a repéré des soucis, s'il les voit souvent... c'est plus pour discuter d'une situation.

- suite à un **problème soulevé lors des certificats obligatoires ou des bilans des 3-4 ans**.

1A : Nous, on reçoit tous les certificats de santé des 9ème et des 24ème mois ; donc de temps en temps on repère des petites choses et après en téléphonant au médecin traitant « oui j'y vais, mais vous savez il y a une situation sociale... j'y arrive pas, je ne sais pas ». Et du coup, on essaye de travailler ensemble.

Après personnellement j'ai interpellé les généralistes sur des questions de... autour du certificat par exemple : est-ce que c'était une erreur, les vaccins ne sont pas marqués ou vous avez oublié de les marquer, ou vous n'aviez pas le carnet de santé. Enfin je veux dire... vous les voyez pour la première fois pour le certificat du 9ème mois, vous ne les avez jamais vu avant, ou sur les certificats qui peuvent posés question.

1B : Dans les autres liens qu'on a avec vous, mais c'est pas dans la réciprocité, on ne fait pas forcément de liens après ; mais c'est les bilans d'école. Parce que c'est des enfants qui en grandissant, consultent moins s'ils ne sont pas malades. Des fois on renvoie au médecin traitant sur ce qu'on dépiste lors des bilans.

3B : *Moi, ça serait une question en fait : dans les... quand on fait des bilans en PMI des 3-4 ans à l'école, les 5-6ans c'est la médecine scolaire ; moi ce que je fais en fait, enfin je ne fais pas toujours pareil d'ailleurs, des fois je renvoie chez le médecin généraliste pour une surveillance de poids parce qu'on voit que la courbe, ça rebondit un peu ou elle est toujours un peu basse, voilà, ou le test auditif à refaire... Je ne fais pas de courrier au médecin généraliste, je l'écris dans le carnet et je dis aux gens « je pense qu'il faudrait revoir le médecin généraliste ».*

3E : *Après en fonctionnement normal, quand est-ce-que j'appelle les médecins généralistes ? Je les appelle rarement. Par contre, comme toi, quand je veux insister pour que les gens aillent voir le généraliste après un bilan, là je fais un courrier où je marque tout ce qui a été... pour qu'ils aient quelque chose à remettre au médecin généraliste en plus de ce qui est marqué sur le carnet de santé.*

S'assurer d'un suivi.

1B : *Bah il y a pas longtemps avec le Dr S, on avait été amené à parler d'une jeune femme mineure qui a eu un enfant, et c'est vrai qu'elle avait pris rendez-vous... c'était une situation qui avait été vue en prénatal par la sage-femme où il y avait des inquiétudes par rapport à l'âge de la maman. Et du coup, c'est vrai que quand ce bébé est né, la maman avait rencontré la puéricultrice qui avait eu un peu de mal à aller à domicile, plus après, elle avait pris rendez-vous et elle n'était pas venue. Du coup, je l'avais recontactée pour savoir pourquoi elle n'était pas venue à la consultation : elle m'avait dit, c'est Dr S. qui fait le suivi. Vu que c'était un peu difficile, j'ai appelé le Dr S. pour savoir.*

2C : *Quand on est dans le cadre d'une évaluation, là on est obligé d'appeler l'école, le médecin... Je n'aime pas bien ce rôle, on est dans le contrôle, on est euh... dans la pêche aux informations, s'assurer que les soins sont faits.*

3A : *Après parfois les familles sont d'accord. Enfin j'ai aussi une autre famille, enfin à chaque fois ils nous disent « ça c'est le médecin traitant qui s'en occupe » et je dis « est-ce que ça vous embête qu'on l'appelle pour le suivi ? » et ils sont d'accord. Ça peut être des circonstances pour lesquelles on appelle le médecin traitant.*

Les médecins de PMI peuvent également demander au médecin généraliste leur participation en cas de **nécessité d'un suivi à domicile**.

1A : *Bah moi je pourrais interpeler aussi un médecin généraliste dans la mesure où je verrai un enfant où je sens qu'il a besoin d'aller à domicile, que le médecin généraliste a besoin d'aller le voir le plus souvent possible à domicile.*

Ils peuvent également faire appel à leur confrère généraliste par **manque de créneaux disponibles**.

1B : *Finalement on a pas mal de suivis communs, moi je vois les enfants sur les visites mensuelles, pour les vaccins, ou ça m'arrive aussi quand il n'y a plus de créneaux de consult, de renvoyer, de relayer au médecin traitant.*

On dit parfois « si je ne peux pas vous voir le mois prochain, voyez avec votre médecin traitant ».

Les médecins de PMI ont également un **rôle d'intermédiaire ou de relais entre la famille et le médecin généraliste**, dans des circonstances variées.

- **Pour une situation parentale.**

1A : *Moi ce qui m'est arrivé deux fois, ce sont des mamans que j'ai renvoyées en urgence chez le médecin généraliste. Il y a une maman, c'était pour un kyste de l'ovaire... Bref, il y a des histoires comme ça. Une maman qui est arrivée comme ça, qui n'était pas bien ; en fait, c'était la maman qui était malade et pas l'enfant. J'ai dit « Bon, écoutez, vous ne repartez pas sans rendez-vous chez un médecin de ville ». « Bah oui mais j'en ai pas vous comprenez ». J'ai dit « Attendez je vais vous en trouver un ». Il m'est arrivé de prendre le rendez-vous, d'appeler le médecin, pour que quelqu'un s'occupe de la maman, ou du papa à la limite on pourrait s'imaginer ; mais on n'a pas souvent les papas.*

1B : *Ça arrive aussi qu'il y ait des mamans qui n'aillent pas bien, du coup on peut faire le lien aussi par rapport à l'enfant. Des mamans qui ne vont pas bien par rapport au moral, on peut faire le lien avec le médecin traitant pour savoir si les choses ont été abordées.*

- **Pour une situation d'urgence ou la prise en charge d'une pathologie.**

1B : *A C., vous les voyez quand ils sont malades ? Nous à Ch. la politique c'est que quand ils sont malades, c'est de les renvoyer au médecin traitant en général.*

[...] Oui mais toi, ils prennent rendez-vous, enfin tu peux les voir... enfin, j'ai vu quand j'ai remplacé sur C., le fonctionnement est différent... A Ch. vraiment, quand ils sont malades très souvent on n'est plus dans la prescription thérapeutique ; moi, ça m'est arrivé d'appeler le médecin « est ce que vous pouvez le voir ou pas ? ».

2D : *Alors nous on va faire appel aussi. De temps en temps on reçoit des coups de fil de familles dont on suit les enfants parce que l'enfant est malade. Hors ce n'est pas notre mission déjà. Alors bon, à la marge, ça peut arriver si le jour de notre consultation l'enfant est malade, bien sûr on va le soigner mais ce n'est pas... On n'est pas là pour ça à la base. Et puis, par ailleurs, on a d'autres missions qui font qu'on n'est pas à la consultation ! Donc c'est là qu'on va relancer effectivement la famille vers le médecin traitant. Mais ça ne vous vaudra pas un coup de fil direct, on va le dire à la famille « bah non, ça ce n'est pas notre boulot à nous, il faut voir avec votre médecin traitant ce sera plus adapté. »*

3E : *Alors moi je réfléchissais, je me disais quand est-ce que j'ai fait appel à un médecin généraliste ? Quand il y a eu le problème de gale chez les gens du voyage, avec la petiote qui pouvait pas sortir de l'hôpital, j'ai sollicité les médecins généralistes pour qu'ils reçoivent... enfin, il fallait traiter toute la famille, et du coup, effectivement, je les ai contacté à ce moment-là.*

Ah oui ça aussi, c'est des situations où j'ai appelé le médecin traitant pour des dossiers MDPH d'enfants que je ne connaissais pas vraiment.

- **Mais également en cas de surcharge de travail.**

2C : *Après P. c'est particulier parce qu'on a une population étrangère hyper importante. Je vois sur le quartier de S. E je trouve qu'il faudrait des médecins généralistes.*

2A : *On va essayer de vous en vendre ! On va essayer de vous en mettre !*

2C : *Parce que moi je m'épuise, parce du coup ma consultation de PMI n'est plus une consultation de PMI, mais une consultation de médecine générale. Voilà je peux voir 15 enfants par matinée, parce que ça déborde et que y'a 8000 habitants...*

3.2.2.3 Les difficultés et obstacles pour échanger

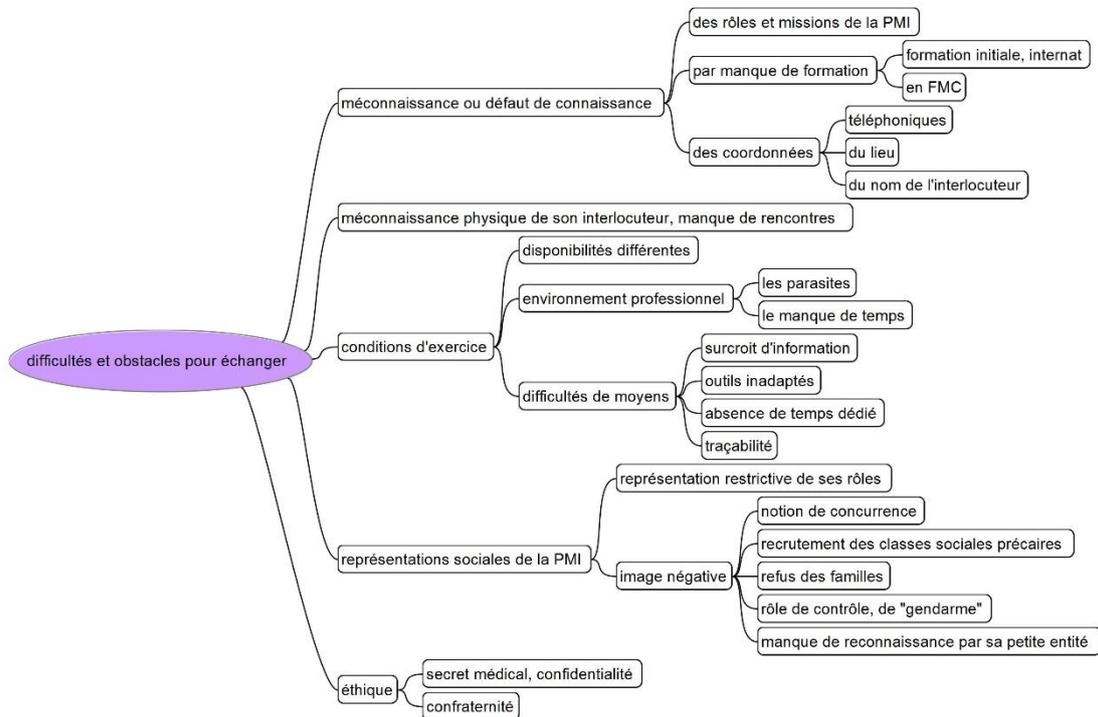


Figure 8 : Carte conceptuelle des difficultés et obstacles pour échanger.

Médecins généralistes et médecins de PMI s'accordent pour dire qu'il existe un très gros déficit de communication entre eux, et ce pour des raisons variées.

3.2.2.3.1 Méconnaissance ou défaut de connaissance

D'abord et prioritairement, la raison évoquée est la **méconnaissance**.

1B : Je pense qu'il y a une méconnaissance.

1A : Oui ça il y a encore une grande méconnaissance !

1E : Même les médecins déjà installés, ils ne le savent pas.

Les médecins généralistes reconnaissent leur **défaut de connaissance** :

- **Des rôles et missions de la PMI,**

1A : *Il n'y a pas que les médecins généralistes en fait, il y a pratiquement tous les médecins qui ne savent ce qu'est un médecin de PMI ; il n'y a que ceux qui y travaillent....*

1B : *Je pense qu'on est toujours sur la méconnaissance des missions de chacun.*

1D : *Non mais déjà ce qu'il faudrait, c'est une idée claire des missions, savoir que c'est une personne ressource et que lorsqu'on a des difficultés, on peut avoir ce type de références là. C'est plus ça !*

3A : *Et sinon, on ne sait pas du tout. Le but c'est aussi de leur dire à quoi on sert, quand est-ce qu'ils peuvent nous appeler etc... Et je pense que ça facilite les échanges.*

3B : *Effectivement, je disais que je ne ressentais pas forcément le besoin d'appeler, parce qu'au niveau médical..., parce que voilà ! Mais peut-être que ça augmenterait quand même mes liens si je connaissais.*

3E : *Ça c'est sûr !*

3F : *Bah et je pense que dans un certain nombre de cas, le médecin généraliste se demande ce que la PMI va pouvoir faire en plus. C'est-à-dire, quelles sont les marges de manœuvre des médecins, des acteurs de PMI pour aller plus loin et essayer d'aider au maximum les gens concernés. Et ça, on ne sait pas forcément et on se dit « j'ai plus vite fait de prendre mon téléphone » et d'appeler le psychiatre Machin, la psychologue Truc... de voir directement avec le CHU ; pour d'autres trucs, de voir avec une assistante sociale, ou que sais-je. Enfin voilà, passer par d'autres biais.*

[...]3B : *Présenter nos missions et nos possibilités, je pense que ça peut aider. Dire vraiment toutes les missions, peut-être en donnant des exemples très concrets!*

3A : *Mais rien que de savoir que dans une équipe de PMI, il y a un médecin et deux puéricultrices, nous à C. en tous cas, une éducatrice jeunes enfants, une psychologue, une sage-femme. Ça fait quand même...*

3C : *La connaissance du réseau c'est important.*

2C : *Mais c'est pareil, je pense que vous ne savez pas qu'il y a une psychologue en PMI et que les parents peuvent la voir. Parce qu'il y a des médecins qui adressent directement à la psychologue de PMI.*

2B : *Ah ouais ?*

- **Par manque de formation,**

Que ce soit en **formation initiale**, pendant l'**internat**.

1D : *Moi en ce qui me concerne, ce sont surtout les prérogatives des médecins de PMI... ça ne m'a jamais été inculqué.*

[...] *Je suis en train de réfléchir, dans le cours sur la violence, je ne suis même pas sûr que le médecin de PMI apparaisse dans les moyens ressources.*

[...] *Ça évolue mais... je ne pense pas que ça ne sert à rien, qu'ils pensent ça ; mais ils ne savent pas à quoi ça sert ! C'est plus ça je pense. En fait, les cours de santé publique euh...*

Mais quand est-ce qu'on parle de PMI dans les études ? Bah si, moi c'était en cours de santé publique, les cours chiants quoi !

[...] Mais c'est inhérent au fait qu'on n'a pas non plus été formé à ce que c'est la PMI. Parce que moi quand j'ai fait mes études...

1D : Ah bah niveau formation, c'est sûr ! Moi j'en ai plein qui me disent « j'aimerais bien aller faire un stage à la PMI » ah bah je lui dis « tu t'y es pris l'année dernière j'espère parce que vu le chantier... »

1E : Moi je crois qu'on avait fait une convention ?

1B : Oui c'était une convention, on avait le droit d'y aller une semaine, pendant mes études en effet.

1A : Maintenant on a des internes pour 6 mois. On a des internes de spécialité. Je signale quand même que ça peut être un interne de pédiatrie avant la pédopsychiatrie ! Mais il n'y a aucun interne de pédiatrie qui n'a été pour l'instant intéressé par un stage en PMI.

2B : *Je ne sais pas si ça a changé dans le cursus des études de médecine, d'avoir des cours sur les réseaux ? C'est des choses on ne nous l'apprend pas !*

3A : *Moi, peut-être que j'insiste trop mais il y a une telle méconnaissance de ce que c'est la PMI, que c'est ce qui bloque beaucoup les échanges. On aurait un peu plus d'information pendant l'internat en fait, sur ce qu'est la PMI, les missions, enfin... Voilà, quand on a le fameux GEAPI des réseaux, on nous parle des réseaux mais c'est flou, on nous parle de tout et de rien, on dirait des trucs plus concrets sur ce que c'est...*

Ou en **formation médicale continue.**

1E : *Au congrès de l'Ordre à Paris au mois d'octobre, il y avait un atelier avec le Procureur de Paris, sur les violences infligées aux femmes et aux enfants ; c'est vrai que la cellule de déclaration ça, ça a été cité. Par contre ils ont très peu parlé de la PMI comme recours possible : c'était soit les urgences à Paris médico-psychologiques... mais la PMI, ils n'en ont pas vraiment parlé. Alors que c'était des gens qui étaient censés... enfin de l'hôpital, il y avait des juges, le Vice-Procureur, des sages-femmes, des gens du métier. Mais finalement, la PMI c'est pas ressorti tellement du topo.*

1A : *Alors qu'il y a quand même au niveau de la Haute Autorité de Santé tout un tas de programmes, des préventions de bébé secoué, etc, etc...*

1D : *Oui justement l'HAS a sorti la guideline pour les médecins généralistes qui a une belle arborescence, qui est à mon sens claire.*

- Ils ignorent les **coordonnées** de la PMI.

1D : *Le plus difficile après c'est d'avoir les coordonnées.*

Que ce soit les **coordonnées téléphoniques,**

2B : *Ouais. Là, concrètement, je veux appeler un médecin de PMI, qui j'appelle dans le tas ? Où je trouve le numéro ? Voilà, je ne suis pas...*

2D : *Déjà, ils sont dans tous les carnets de santé nos numéros ! A la dernière page du carnet, vous avez toutes les maisons de solidarité.*

2B : Il y a plein plein de numéros, mais je ne penserai même pas à regarder là ! J'aurai fait pages jaunes.

2A : C'est des maisons de solidarité ? J'aurai jamais pensé que la PMI était dans les maisons de solidarité.

2D : De même qu'on ne peut pas nous avoir dans l'annuaire, on est à « antenne médico-sociale ».

2A : C'est la galère pour vous avoir.

2D : C'est vrai que c'est un problème depuis des années.

2B : Ah ouais, moi je serai ravie si je savais quel numéro faire !!!

Le secteur dont dépend le patient et la situation géographique des locaux. Il existe une méconnaissance **du lieu**.

1E : Peut-être que dans une petite ville, c'est plus facile de se connaître, de savoir où vous êtes, etc... Peut-être que dans une ville plus grande, au moins pour la population, ils connaissent ; mais pour les collègues, je ne suis pas sûre qu'ils connaissent la PMI, à quel endroit...

1A : En plus on est mobile. On a un bureau fixe mais on bouge.

1B : Pour nous, c'est Ch./Ch., mais je sais que pour S. J. A., il y a moins de lien car il y a moins de proximité.

1E : Mais oui, je me gare devant, on s'aperçoit par la fenêtre, on sait où c'est quoi ! Je serai sur P., je ne suis pas sûr que je saurai où c'est ! La proximité, ça, ça peut être un avantage.

2A : Mais on ne sait pas où elle est !

2D : Maison de la solidarité !!!

2B : Mais comment on sait qu'on fait partie de F. C. ? Moi, je me dis, F. C., mais qu'est-ce qu'ils sont allés faire là-bas !?

2C : Si vous vous trompez, la MDS va vous dire, vous êtes d'où, c'est pas le bon secteur...

2D : Sinon la sectorisation, pour la connaître plus précisément, elle est sur le site du Conseil Général. Il faut encore savoir que c'est le Conseil Général ! Si vous tapez « Conseil Général », après il y a la répartition des différentes MDS et les secteurs qui correspondent

3F : En plus, je ne savais pas où se situait la PMI.

3E : Sur quel secteur c'était ? [...] Alors après, à la dernière page du carnet de santé, il y a tous les lieux de consultations, tous les sites de MDS.

Les médecins généralistes ne connaissent pas le **nom de leur interlocuteur**. Les médecins de PMI regrettent qu'il n'y ait pas de médecin traitant désigné pour les enfants.

2B : Ouais. Là, concrètement, je veux appeler un médecin de PMI, qui j'appelle dans le tas ?

2D : Bah nous, notre biais pour ça, c'est qu'on ne connaît pas toujours le médecin traitant.

2B : Pour les enfants, tout à fait.

2D : Des fois les familles nous disent que c'est untel, et puis quand on appelle, le médecin nous dit « bah je ne l'ai vu que 2 fois, je ne suis pas vraiment le médecin traitant ! ».

2B : C'est comme les enfants de divorcés qui ont un médecin traitant de chaque côté.

2D : Ils vadrouillent un peu, ils ne voient pas toujours la même personne ; et du coup, il n'y a pas toujours de médecin traitant.

3F : Oui, on ne sait pas à qui s'adresser.

3B : Je sais que quand je suis arrivée, j'ai envoyé un courrier à tous les médecins, j'espère que je n'en ai pas oublié. J'ai pris les pages jaunes, j'ai fait la liste... j'ai envoyé le courrier pour dire que j'arrivais.

3.2.2.3.2 Méconnaissance physique de son interlocuteur

Les médecins généralistes comme les médecins de PMI déplorent la **méconnaissance physique de leur interlocuteur**. L'absence de rencontres préalables au partenariat constitue donc un frein à leurs échanges.

1C : Après le problème c'est ça, c'est qu'on ne se connaît pas, on ne se rencontre pas.

1D : Je pense qu'on ne se côtoie pas assez, on ne se voit pas assez.

3A : Bah je pense que c'est le fait de ne pas se connaître physiquement tout simplement. Parce que sur C., j'ai la chance de connaître quelques médecins généralistes par des biais extérieurs : soit on a fait nos études ensemble, soit on a fait un DU de gynéco ensemble. Du coup, c'est beaucoup plus simple de communiquer. Donc on essaie de voir avec l'équipe de PMI, de rencontrer, alors ça se fait petit à petit, mais les médecins de secteur pour déjà leur dire ce que c'est que la PMI, ce qu'on fait.

3B : J'ai envoyé un courrier mais après, je me suis dit, c'est vrai que ça ne va pas changer le fait que voilà, on ne se connaît pas.

3C : Ouais, à ma connaissance, effectivement, je pense que de ne pas se connaître physiquement, c'est un obstacle.

3D : Je trouve que c'est bien. Ça me donne plus envie si j'ai un souci de rappeler cette personne-là, même si je ne la connais pas physiquement comme tu disais tout à l'heure, de l'avoir eu au téléphone... au moins elle a fait l'effort de m'appeler... enfin je ne sais pas.

3.2.2.3.3 Conditions d'exercice

Les **conditions d'exercices** différentes des médecins généralistes et des médecins de PMI constituent un autre obstacle aux échanges entre les deux parties.

Rythme de travail et **disponibilités différentes** sont des freins à la communication entre médecin généralistes et médecins de PMI.

2A : Non moi j'arrête. Ça me demande trop d'énergie. Et du coup, on a développé un système entre nous, parce que c'est vraiment... Enfin avoir la PMI c'est compliqué, faut avoir le bon créneau horaire et je n'y arrive plus. Donc, en fait, c'est plus au temps café qu'on trouve ces moments-là et on se débrouille à passer par les assistantes sociales ou des choses comme ça. Je n'arrive plus à avoir le contact, enfin c'est trop compliqué pour vous avoir. Dans les créneaux horaires, dans les machins...

2C : Enfin moi je laisse mon portable professionnel. Parce que forcément on dépend d'une institution qui ouvre de 9h à 12h et de 13h30 à 17h, donc aux directeurs d'école et aux médecins, moi je laisse mon numéro de portable, comme ça je suis joignable, il n'y a pas de soucis.

2A : Ça ne doit pas être rentré dans les secrétariats, du tout.

2C : Du coup sinon on peut être difficilement joignable, ça je le reconnais.

2A : On a vraiment trop de taf donc il faut vraiment un truc quand j'en ai besoin, ça répond et si ça ne répond pas, il faut que je trouve une autre solution.

2B : C'est tout de suite, quoi.

2D : Oui enfin c'est surtout les difficultés d'horaires. C'est vrai que la synthèse à 11h...

[...] Dans un monde extraordinaire, ça serait possible tout ça mais en pratique, on a des missions différentes, on ne fait pas que de la consultation. Il y a des matinées entières, où on n'est pas au bureau. Donc là, ce n'est pas possible quoi.

3B : Alors moi je pense que ce qui pourrait m'embêter, enfin m'embêter dans le fait d'appeler, c'est que j'ai peur de déranger.

3C : Ouais pareil.

3B : J'ai peur de déranger parce que vous êtes en consultation. Nous, on n'est pas que en consultation, donc il y a des temps administratifs qui sont largement plus importants je pense que les vôtres, je pense. Donc du coup, j'aurai peur de vous déranger.

3F : Je te rassure, tu nous dérangeras !

3D : De toute façon, il n'y a jamais de temps.

3F : Quand il y a des confrères qui nous appellent, des psychologues, etc... On prend l'appel parce que c'est un professionnel, mais franchement ça fait suer !

3B : Oui mais du coup, on appelle quand ?

3D : Oui mais après, il n'y a pas d'autres moments.

3C : Vous le faites si c'est important.

3F : On le fait, de toute façon on le fait, la question ne se pose même pas.

3D : Moi je suis plutôt ravie quand j'ai un professionnel au téléphone en fait. Parce que c'est plus valorisant, ça permet un échange. Je suis flattée quand quelqu'un m'appelle.

3F : Ça facilite souvent les choses.

3C : Donc finalement l'appel fait suer, mais après on est content parce qu'on se sent un peu...

3F : *Oui finalement, ça simplifie les choses, et c'est pour ça que c'est important je crois. Non, non, mais c'est très important, ça je suis d'accord. Réellement, en consultation c'est sûr qu'en fonction du planning, il n'y a jamais de moments. Mais à un moment donné, il faut le faire !*

3D : *Oui, il faut le faire. Il n'y aura jamais de moments mais il faut le faire, c'est tout !*

3B : *C'est que nous, on le fait en fonction du temps que... voilà. Mais c'est vrai que c'est compliqué, même vous, vous ne savez pas quand est-ce que vous pouvez nous appeler. Après, il y a aussi l'avantage que nous, on a un secrétariat qui prend le message et nous on vous rappelle quand, nous, on peut !*

3D : *Nous on fait de la même façon, moi je suis en train de faire un frottis ou de poser un stérilet, la secrétaire est au courant, elle prend le message et je rappelle. Ou si j'ai pas envie d'être dérangée, que j'ai eu plein de coups de fil, je lui dis « stop », elle prend les numéros et je rappelle. On fait pareil que ce soit... peut-être moins avec un professionnel qu'avec les patients.*

3C : *Après une question que je me pose, c'est des fois quand on voudrait appeler, est-ce qu'au niveau des plages horaires pour appeler... on ne va pas trop savoir, des choses comme ça. C'est toujours dans la méconnaissance, mais...*

3B : *Non mais ça c'est pas possible. Moi, même A., qui est dans le même bâtiment, et elle n'est pas sûre de pouvoir savoir.*

Le mode d'exercice et les contraintes de l'**environnement professionnel** peuvent se révéler comme des obstacles par :

- **La présence de parasite.**

1E : *En plus, en PMI, vous avez plus de temps pour eux, vous n'avez peut être pas le téléphone qui sonne...*

1A : *Ah oui, moi je le ferme mon téléphone.*

1E : *Oui mais nous on ne peut pas le fermer. Donc du coup, déjà ça, ça peut être une différence.*

- **Le manque de temps.**

1A : *L'obstacle c'est aussi le temps et l'agenda. Nous on a des agendas blindés et vous aussi.*

2A : *Le reste du temps, on taffe tout le temps, le plus vite possible, pour qu'il n'y ait pas de retard. Les moments d'échange, c'est les moments où on mange.*

2C : *Alors que c'est du travail d'échanger. Du coup, vous n'avez pas de temps de repos en fait.*

Les deux parties soulignent des **difficultés de moyens**. Notamment avec :

- **L'excès d'information** déploré par les médecins généralistes.

1D : *Parce que moi les plaquettes, j'ai tendance à les zapper. Sur le comptoir, il y en a plein. Il faudrait dématérialiser parce que maintenant, des papiers, on en a quand même beaucoup ; et après le problème, c'est y faire référence.*

[...]: *Oui mais après faut savoir comment tu l'as enregistré pour les retrouver ! Quel est le mot clé que tu as mis ! Alors que Google, lui, il a quand même une séquence de recherches qui est pas mal faite !*

- **L'usage d'outils inadaptés.**

1A : Alors il y a déjà ça sur le site du Conseil Général vous trouverez les adresses.

1D : Bah oui mais il faut y aller sur le site du Conseil Général, c'est une usine à gaz !

1E : Pour le troisième âge que je suis, c'est quand même un peu compliqué ! Moi je leur dit, c'est pas toujours très...

1A : Nous aussi on est d'accord. Continuez à insister, merci.

1D : Je sais que moi, pendant un temps je fonctionnais avec des plaquettes mais faut ouvrir le truc, v'lan !!! C'est chiant, c'est chiant !!

2B : Vous n'avez pas de secrétaire ?

2D et 2C : Ah non, non, on n'a pas de secrétaire !

2B : Tu fais, toi, un compte-rendu de tes consultations que tu peux donner aux spécialistes ?

2A : Ah oui, moi mon logiciel est prévu pour.

2B : Oui, non, mais j'exagère moi aussi !!!

2E : Oui, on envoie le courrier avec le patient...

2B : De toute façon on est obligé pour qu'il soit dans le parcours de soin.

2D : Enfin, nous, actuellement, notre souci, c'est qu'on n'a pas de secrétariat.

2A : Mais nous non plus, on n'a pas de secrétariat, moi je n'ai pas de secrétaire, c'est moi qui fait tout.

2D : On n'a pas non plus de logiciel qui fait....

2A : Oui ça j'en ai entendu parler que votre logiciel c'est un vrai bonheur !!!

2D : Je pense qu'on va le prendre en main. Mais pour l'instant le logiciel qu'ils sont en train de nous installer, on ne le maîtrise pas complètement. Et notamment, il ne sort pas de courrier, de compte-rendu de consultation.

3C : Vous êtes informatisé ?!

3B : Bah oui on est informatisé !!!

3A : Le dossier informatisé, depuis peu quand même, on est en train de débiter le dossier informatique.

3B : Je crois que ça va être compliqué !!!

- **L'absence de temps dédié.**

2A : Des horaires et du temps dédié. Quand on est convoqué au CAT, on prend une demi-heure pour parler des cas difficiles, ça je ne l'ai jamais fait en PMI. On ne s'est jamais organisé alors que vraiment, ça aurait été fait, je crois que ça aurait été mieux. Et c'est vraiment ce temps, alors qui ne se fait pas pendant un repas je suis d'accord. C'est vraiment un temps dédié sur une famille à risque, c'est vraiment une demi-heure, une heure, où là on échange entre nous ; où chacun reprend son rôle... et ça c'est super important. Et ça je ne l'ai jamais fait. Je l'ai fait chez les débiles mentaux, je l'ai fait chez les vieux... Jamais fait sur une femme enceinte, sur une famille pathologique, et c'est dommage ! Je ne sais pas si vous l'organisez ça ?

2C : Après c'est vrai que nous aussi, il y a des réseaux pour le prénatal, et il y a des staffs à l'hôpital directement entre les sages-femmes de PMI, les sages-femmes du CHU, les pédopsy. C'est vrai qu'on a aussi nos réseaux. On fait des points avec le CMPEA nous sur P.

2A : Oui de temps et de système dédié. Moi je pense qu'il faut des réunions de concertations comme pour les vieux. C'est comme les réunions du pôle cancer... c'est systématiquement. Quelqu'un a un cancer, il a sa réunion spécifique, pluridisciplinaire. Pourquoi est-ce que c'est pas la même chose en PMI ?

2D : Alors nous on fait des réunions de synthèse sur des cas particuliers, mais on n'a assez rarement le généraliste. Et puis quand on le fait, généralement il ne vient pas parce que ça ne tombe jamais comme il faut.

2A : Mais ce n'est pas parce que je ne viens pas que je ne peux pas envoyer une contribution. Ou du coup, avoir le compte-rendu. Ce n'est pas facile quand c'est concertation le lundi à 11h !!

- Et un problème de **traçabilité** des informations échangées.

1E : Pour le coup, il n'y a peut-être pas tant d'écrits que ça !

2A : Ce qui manque c'est un compte-rendu de consultation de prévention.

2D : Pour l'instant le logiciel qu'ils sont en train de nous installer, on ne le maîtrise pas complètement. Et notamment, il ne sort pas de courrier, de compte-rendu de consultation.

2C : C'est vrai qu'il y a des choses qu'on ne va pas marquer...

2A : Dans d'autres cas, il y a la PMI mais je ne sais pas ce qu'on fait à la PMI. Du coup, je ne peux pas être en collaboration avec la PMI. Parce que je ne sais pas ce qui est fait. Encore quand c'est un médecin je peux avoir des infos mais quand c'est une sage-femme ou une puer, il n'y a rien, du tout.

2E : Après c'est vrai qu'on n'a pas besoin d'un courrier détaillé, juste de savoir ce qui est mis en place. Même pas le détail de ce qui va être fait à chaque fois mais juste savoir...

3.2.2.3.4 Représentations sociales de la PMI

Les **représentations sociales de la PMI** sont aussi un facteur limitant pour solliciter son intervention avec :

- Une **représentation restrictive de ses rôles**.

1D : C'est ça ! On voit le travail que vous faites en terme de suivi quand on regarde le carnet de santé mais ensuite est ce que c'est pour nous un recours immédiat ? Non ! Si on a un pépin je pense qu'on va solliciter le CHU, plus le CHU. On n'est pas toujours dans l'urgence, mais sitôt qu'on a un doute, ...

1A : Qu'est-ce que vous entendez par doute ?

1D : Doute sur les sévices, des choses de ce type là.

1A : Oui donc vous nous voyez comme des médecins de protection de l'enfance.

1D : Oui plus.

1A : *Oui mais on n'est pas que ça !*

1D : *Ça évolue mais... je ne pense pas que ça ne sert à rien, qu'ils pensent ça ; mais ils ne savent pas à quoi ça sert ! C'est plus ça je pense.*

3A : *Parce que PMI quand tu es interne c'est quoi ? « Ah bah PMI, ils ne font rien !!! Ils placent et ils ne font rien quoi ! »*

3B : *Ne dis pas que ce ne sont que les internes qui disent ça, c'est tout le monde !*

3F : *PMI c'est un truc de planqués, pour les nanas qui veulent avoir des horaires de fonctionnaires.*

3B : *Voilà !*

3A : *Non mais voilà, il y a quand même une mauvaise image ! Non mais quand je dis interne, c'est parce que quand j'étais interne, c'est ce que j'entendais...*

3B : *C'est tous les médecins ! Enfin tous les médecins je m'entends...*

- **Une image négative** de cette institution.

1E : *Visiblement on a rien contre les médecins de PMI, mais on a quand même des confrères qui considèrent que la PMI ça ne sert à rien !*

1D : *Il y a une arrière-pensée que... et il y a des a priori.*

1A : *Il y a des a priori oui*

Il existe encore parfois une notion de **concurrence**.

1B : *Je pense qu'on est toujours sur la méconnaissance des missions de chacun. Et peut être aussi l'impression que les uns marchent sur les plates-bandes des autres. Alors que je crois qu'on a des missions qui se rejoignent mais qui sont quand même différentes.*

2C : *Oui, on est pas bien reçu des fois.*

2D : *On est parfois perçu comme des voleurs de patientèle.*

2B : *Ah ouai ?!*

2D : *Bah oui.*

2A : *Non mais c'est des cas à part, maintenant on a trop de boulot partout.*

2B : *Non mais ça n'a plus lieu d'être !*

2A : *Moi quand j'ai commencé il y a 25 ans, on me disait « laisse pas tes gamins parce que la PMI va te les piquer ! » Le problème c'est qu'à la ZUP, on n'a jamais réussi à me les piquer parce que j'en ai tellement !!!*

2D : *Moi j'ai une consœur qui m'a dit que je lui coutais 800€ par enfant ! Bon voilà, alors c'est à la marge mais ça arrive quand même de temps en temps.*

2A : Mais c'est vrai que quand je suis arrivé, moi mes associés m'ont dit « méfie-toi de la PMI, ils vont te piquer des gamins ! »

2B : Mais c'est incroyable !! Complètement ahurissant !

2D : C'est incroyable ! Mais ce n'est pas partout, j'ai franchement peu ce problème là ! Mais il m'est arrivé d'avoir des réflexions.

2B : Ca refroidit quoi !

3A : Il y a en a peut-être qui voit la PMI comme...

3E : Comme une concurrence.

3A : Une concurrence oui, et puis c'est quitter leur patient pour la PMI. Alors que non c'est un suivi parallèle qui est intéressant. Peut-être que certains médecins pensent qu'une fois que le patient va en PMI, il ne va plus venir, alors que c'est pas le cas.

L'image de **recrutement des populations précaires** est prédominante.

1D : Oui complémentaires, tout en ayant un socle commun. Et vous avez des compétences que nous n'avons pas, avec les aides que vous avez, vous voyez au niveau social. Vous voyez, moi l'expérience sociale que j'ai sur S. J. A. elle est pauvre, par définition.

1A : Alors la PMI elle est ouverte à tous et à toutes, hein. Quel que soit le milieu social... J'ai des médecins, j'ai des infirmières, pas nombreuses, j'ai des professeurs....

1D : Oui oui ça on est d'accord.

1B : Mais on essaie de favoriser l'accès aux gens qui... qui ont le plus besoin.

Les médecins se heurtent parfois au **refus des familles**.

1D : Oui, il y a eu des refus. Ça avait été déjà vu et ils ne voulaient pas. De toute façon, ils continuent à me voir de façon très régulière. Bon voilà, de toute façon si j'ai des questions, je leur demanderai. Mais comme ils sont de toute façon réfractaires, il faut que je trouve un autre moyen de ressource.

1D : Bah moi j'ai eu le cas de « bah non, on n'ira pas ».

1E : Mais c'est peut être pas ça qui te bloquera toi pour aller bosser avec la PMI après. C'est pas parce que les gens ont eu une expérience négative après...

1D : Non, pas forcément. Mais sur cette situation-là, oui ! En terme de recours, parce que c'était un petit peu défavorisé, alors je me suis dit « Bon, qu'est-ce qu'on va avoir ». Nous on veut pas y aller parce qu'ils nous disent qu'on s'en occupe mal.

Car la PMI est parfois considérée comme un « **gendarme** », par sa **fonction de contrôle**.

1A : On est parfois vécu dans le sens du contrôle.

1D : C'est ça voilà !

1A : Toujours le contrôle, avec cette peur de « on va m'enlever mes enfants ».

1A : Sur C., c'est plus compliqué, la vision de la PMI est un peu faussée. Ce qui n'est pas tellement étonnant parce qu'on a quand même énormément de situations de protection de l'enfance. Moi, je fais 30% de mon temps sur la protection de l'enfance, c'est très très lourd ; donc effectivement on en fait tellement qu'on peut être un peu vécu comme ça. Ça nous donne un côté un peu gendarme, qu'on n'a pas en fait. Et puis cette vision de la protection de l'enfance : la plupart des médecins ne savent pas forcément ce qu'on fait. Savoir qu'on peut classer sans suite, une information préoccupante envoyée par un médecin généraliste... on n'a pas du tout la même approche qu'un hôpital en urgence. On y va doucement, on ne fait pas un signalement au Procureur immédiatement. Des signalements au Procureur on en fait souvent mais c'est sur des cas qu'on a travaillés pendant des mois, voire des années.

2D : Après il y a cette angoisse aussi parce que les aides possibles en protection de l'enfance sont mal connues aussi.

2B : Effectivement !

2D : En dehors du placement, les gens ne savent pas quoi citer d'autre. Hors il y a... Quand on place, c'est qu'on a raté !

Les médecins de PMI déplorent leur **manque de reconnaissance par leur petite entité**.

1A : Juste une explication : le Conseil Général c'est gros, après je ne sais pas ce qu'il va se passer avec la réforme territoriale, mais la PMI c'est tout petit ! Déjà nous, on a des soucis pour se faire connaître auprès du Conseil Général.

3.2.2.3.5 Ethique

L'**éthique** est également citée comme obstacle à la communication.

Les notions de **confidentialité** et de **secret médical** peuvent freiner les échanges.

1A : Il y a aussi ce côté secret médical.

1E : La difficulté c'est qu'au téléphone... On est sûr que c'est vous quand on reconnaît la voix. [...] C'est vrai que ça pourrait être un obstacle ça par contre, le fait de ne pas être sûr de qui on a... Ou on dit je vais vous rappeler à votre bureau, si a priori ça arrive au bon endroit c'est que c'est bon. Bon après, il n'y a pas toujours des secrets d'état fondamentaux...

1B : Non mais on est sur des choses où c'est vrai qu'on peut pas se permettre de dire...

1E : Mais certaines choses parfois ça peut être délicat.

1A : Tout à fait.

3B : C'est pour ça que je trouve ça délicat en fait de... Ces histoires d'appeler. C'est pas le fait de décrocher qui me gêne, mais vraiment, je pars du principe qu'il faut que les familles soient au courant. Après dans les situations vraiment de protection, où il y a un danger vraiment important, je pense qu'on peut passer outre et qu'on a le droit de passer outre dans des cas bien précis comme les violences physiques mais voilà... Je trouve ça très très délicat. [...] C'est vrai que le problème, c'est quand même d'avoir l'accord des parents, c'est vrai.

Le dialogue peut être limité par une vision différente de la situation et la **confraternité** devient alors un facteur limitant.

1B : Je trouve que c'est toujours plus facile avec les médecins qu'on connaît, parce qu'on sait qu'ils vont avoir le même discours que nous. Les gens jouent un peu sur le « il me l'a dit différemment » ! « Oh, écoutez, je le connais, ça m'étonnerai qu'il vous ait dit ça ! » [...] Je trouve que des fois par contre, on peut avoir des discours qui peuvent être différents. C'est vrai que c'est embêtant quand on n'est pas forcément d'accord avec ce qui a été fait avant. Quand une maman arrive sur un échec d'allaitement, avec des conseils qui ne nous semblent pas forcément adaptés. On a eu un bébé qui prenait bien du poids allaité, pour qui on avait conseillé de mettre des biberons d'eau sucrée parce qu'il prenait trop de poids, j'avoue que j'ai eu du mal à valider ce qui avait été conseillé ! Là, je trouve ça difficile de dire « je ne suis pas du tout d'accord avec ce que ma collègue a conseillé » mais voilà, il faut toujours y aller dans le respect de l'autre et essayer d'apporter ce qui nous paraît important d'apporter à la famille. Ça je trouve ça difficile parce qu'on a tous des expériences différentes et qu'on n'a pas forcément le même discours. Quand on se connaît et qu'on sait qu'on a le même discours, c'est plus facile.

2A : Moi j'ai eu des médecins de PMI, ils se sont excusés de m'appeler, alors que...

2D : Non mais c'est vrai qu'on y va un peu toujours sur des œufs, surtout quand c'est un collègue qu'on ne connaît pas.

3F : Des fois, c'est vrai qu'on n'a pas les mêmes façons de faire.

3E : Ah ça c'est sûr.

3F : Je vois le calendrier vaccinal, il a changé il n'y a pas longtemps, on... Il y en a certains qui ont eu peut-être un peu de mal à s'y mettre, qui ont eu du mal à mettre à jour les nouveaux...

3D : Ceux qui étaient entre deux.

3F : Oui voilà. Du coup entre deux, ce n'était pas forcément évident de basculer d'un schéma à l'autre. Mais il y a peut-être des médecins qui se disent, « voilà, je fais tout depuis le début, je sais comment je fais, je sais à quelle date je le fais ».

3B : Il y a des médecins de PMI qui font ça aussi.

3F : Et c'est vrai que des fois, on récupère des enfants, même assez jeunes, qui ont eu un début de vaccination par d'autres médecins, et on regarde ça et on se dit « mais comment, mais qu'est-ce qu'ils ont fichu, c'est quoi ces dates ? »

3.2.2.4 Les éléments d'amélioration de la communication

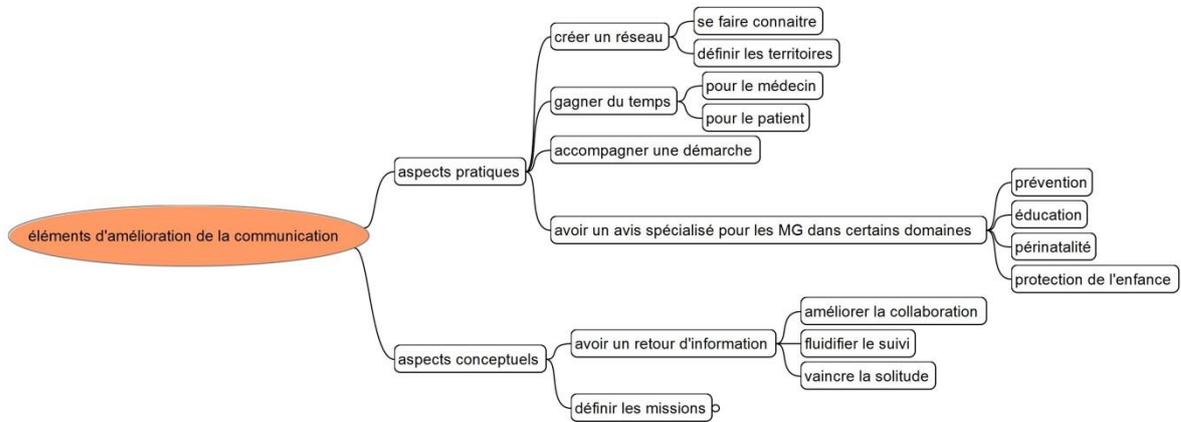


Figure 9 : Carte conceptuelle des éléments d'amélioration de la communication.

3.2.2.4.1 Aspects pratiques

Dans un premier temps, sont évoqués les **aspects pratiques** pour améliorer la communication.

Chacun insiste sur l'utilité de **créer un réseau**, notamment

- **en se faisant connaître et,**

2E : Quand on connaît les gens, qu'on sait qui on va avoir au bout du fil, comment on peut lui parler. Enfin, c'est bête, mais ça marche mieux hein.

2A : On n'est pas pister comme médecin traitant. C'est le défaut. Dans un adulte, un adulte il va en psychiatrie ou en gynéco, on nous envoie un truc. Mais en pédiatrie, on n'a rien, donc c'est le bordel ! Pourtant on soigne les parents et du coup, c'est vachement important. J'ai jamais vu d'enfants tout seul. Même quand il est orphelin, il y a des adultes autour. Donc forcément, c'est dans un réseau.

1D : Après le contact de connaissance ça va être tous les autres moyens dont on a parlé : les outils qui sont accessibles maintenant, qui se trouvent facilement.

- **en définissant les territoires.**

2B : Euh... quel secteur, qui j'appelle, je ne savais pas du tout que c'était F. C. notre secteur.

1E : Par exemple à M., on va chercher la PMI sur P. alors que non c'est pas là ; alors qu'on aurait par secteur, vous adresseriez un petit carton pour dire « voilà, vous habitez là, c'est tel secteur ». Bah là, on sait où s'adresser tout de suite. A la limite avec au dos du petit carton le numéro de téléphone, le nom des intervenants...

Par exemple, les CLIC, c'était très peu utilisé parce que très peu ne savait pas. C'était très peu utilisé parce que les gens ne connaissaient pas, que ce soit les médecins, les patients, etc... parce qu'il y avait un manque de communication. Mais maintenant voilà, je pense que ça commence à le faire.

1D : Même moi je sais !

1E : Dans les villes ça peut se travailler avec les contrats locaux de santé, parce qu'à mon avis, ils ont des fiches qui concernent la pédiatrie.

1D : Non, mais tu parles de trucs qu'on ne connaît même pas !!! Contrats Locaux de Santé, quoi !!

1E : Il y en a à P., M. et C. Ils ont des volets de prévention donc je pense qu'il y a de la pédiatrie. Il faut voir avec les mairies pour ça.

Il est également souligné l'importance de **gagner du temps**, aussi bien

- **pour le médecin,**

2E : Moi je penserais à faire des prises en charge plus pluridisciplinaires. Pour certains cas, où j'ai galéré assez longtemps pour trouver la solution, effectivement, je pense que si j'avais plus le réflexe de la PMI, ça m'aurait peut-être fait gagner du temps.

- **que pour le patient.**

1B : Des fois on a l'impression d'être seul. Travailler avec le médecin traitant ça permet à la famille d'aller plus vite, c'est un gain de temps pour l'enfant. La perte de temps, c'est une perte de chance pour l'enfant au départ.

L'amélioration de la communication entre médecins généralistes et médecins de PMI permettrait **d'optimiser les accompagnements**.

1B : Finalement, je pense que si on communiquait mieux, en fait, peut-être que nos missions seraient plus claires, du coup vous seriez... Je suis désolée, qu'il y a une psychologue.

1E : On saurait qu'il y a, qu'on peut vous interpeller. Des fois on n'ose pas le faire parce qu'on se dit que ce n'est pas de leur ressort.

1B : Oui, ou sur les conseils alimentaires, enfin il y a des choses qui vous prennent du temps, et finalement... Oui ou l'allaitement, c'est vrai que l'étayage de l'allaitement les premières semaines ça demande du suivi soutenu ; et c'est vrai que ce n'est pas la consultation, mais la puéricultrice qui peut assurer cet étayage là.

2C : Pour avoir travaillé sur C., il y a des médecins généralistes avec qui la PMI travaille, pas forcément sur des familles qui viennent voir le médecin de PMI mais beaucoup de travail en partenariat avec les puéricultrices. Avec des médecins généralistes qui appellent directement la puéricultrice parce qu'ils veulent une action à domicile sur des soins, sur des suivis. Et ça se fait en partenariat. La PMI ce n'est pas seulement venir que voir le médecin de PMI. Ça peut être la sage-femme, ça peut être la puéricultrice... Et nous on ne les voit jamais !

2A : Vous avez une chance, c'est d'être en structure de réseau, alors que nous on commence juste à le faire. Et du coup, votre force, c'est ça que je veux prendre chez vous, c'est déjà une habitude de travail pluri-professionnelle qui pour moi, sur ces familles difficiles, est fondamentale. [...]Oui pour toute autre difficulté à prendre en charge des gens, ce sont des familles

à risque, des toxicomanes, des grossesses... Mais il y a des grossesses, on le sait, on le sait avant même qu'elle tombe enceinte qu'on va avoir des difficultés. Ce serait déjà nous une gamine.... Voilà commencer à réfléchir ensemble comment on va pouvoir programmer pour que sa grossesse ne soit pas une catastrophe quoi. En plus, on les voit toutes, enfin on est plusieurs à les voir. Et quand on dit « bah Mme Machin, bon, bah d'accord quoi... ». Donc là, il y a vraiment besoin, enfin pour moi, d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire.

3F : C'est certainement des familles où on a davantage d'attention à apporter pour essayer, ne serait-ce que pour leur donner des tuyaux, leur dire bah nous en tant que généraliste de leur dire de consulter à la PMI parce que l'encadrement sera meilleur, parce que vous vous aurez peut-être des psychologues et tout un suivi social.

Et permettrait d'avoir un avis spécialisé à l'attention des médecins généralistes dans certains domaines comme :

- **la prévention,**

2A : Oui c'est ça. Je souhaiterais une consultation de prévention systématique dédit. Enfin, que je puisse envoyer pour avis, pour avoir un bilan, mais pas forcément pour une prise en charge.

2C : Oui pour un avis.

2A : Pour un avis, pour savoir si on a besoin de faire plus, tout ce temps dédié me serait utile moi. En gros, j'enverrais toutes mes grossesses, si je pouvais... Qui est un temps vraiment... Un temps où on prend le temps de discuter. Donc ce qu'on va essayer de faire avec la sage-femme qui va se mettre avec nous j'espère, c'est ça le principe, c'est vraiment...

2B : C'est améliorer la prévention en fait, c'est ça en gros.

- **l'éducation,**

2B : Oui mais là, on ne parle pas du moyen. Non mais c'est vrai que ça serait plus d'améliorer le côté prévention sur nos suivis de grossesse, le suivi de la petite enfance. D'avoir plusieurs interlocuteurs, plusieurs référents « éducateurs » parentaux, les parents seraient... Enfin surtout les premiers parents... On n'est pas nous forcément à même... Surtout en fonction de nos expériences personnelles, on ne nous apprend pas à la fac, nous médecins traitants, à expliquer ce qu'est être parents. On nous demande ça, les parents nous le demandent, nous questionnent sur leur rôle éducatif, alors qu'on n'a pas la formation. Si on ne veut pas l'avoir, on ne l'a pas. Donc le fait d'avoir ce relais éducatif, ça rassurerait moi je pense, beaucoup de mes patients. C'est ce que j'en attendrais effectivement. Même en étant dans un milieu aisé, la panique à bord d'être futurs parents, c'est effectivement quelque chose d'universel. C'est pas quelque chose d'inné d'être parents.

- **la périnatalité,**

2D : Le temps dédié pour les grossesses, ça pourrait être celui de l'entretien prénatal précoce. Enfin, toute notre équipe de prénatal est formée pour le faire. Donc aussi bien notre gynéco que les sages-femmes.

2A : Alors l'entretien prénatal précoce, on le fait en prescription de pilule. Du coup, en cas de difficultés, faudrait que j'ai un numéro dédié, où je puisse dire « bah tiens, faudrait que t'ailles voir... pour une prise en charge spécialisée. »

2B : La sage-femme de PMI du secteur, je pense, ça pourrait répondre à ça.

- la protection de l'enfance.

3C : *Moi j'ai appelé pour des situations où on se demandait, ma collègue et moi, si on devait faire un signalement ou pas. Pour savoir si vous les connaissiez, ou savoir si... quelle démarche faire... [...] C'était ma collègue qui avait appelé pour se renseigner sur les procédures.*

3B : *Mais moi quand on m'appelle pour une question, pour savoir s'il faut signaler ou pas, ce que j'en pense, c'est que ça me fait plaisir qu'on m'appelle pour me demander et que je puisse au moins donner mon avis ou en tous cas ce que je sais de ce sujet-là.*

3A : *Ça serait, comme on disait tout à l'heure, trouver de l'aide quand il y a une famille où on sent qu'il y a quelque chose qui se passe. On ne sait pas trop ce qui ne se passe pas bien mais on sent qu'il y a un mal-être, qu'il y a peut-être de la négligence. Et on a envie d'avoir un autre regard, avoir un appui, enfin... ce serait dans des situations comme ça, où j'aurais envie de...*

3.2.2.4.2 Aspects conceptuels

Dans un deuxième temps, les aspects conceptuels sont évoqués.

Le retour d'information permet :

- d'améliorer la collaboration.

2A : *Par contre si on peut envoyer un mot, mais surtout avoir le résultat de la consultation, de la concertation. Ça c'est vraiment aidant !*

[...] *Ce qui manque c'est un compte-rendu de consultation de prévention. Quand j'envoie à un cardio pour avis, pour une hypertension, il me sort une lettre. En me disant : « je veux un suivi tous les mois, tous les ans... » ou il me dit « j'ai rien à faire »*

[...] *J'irai même plus loin. C'est-à-dire que moi, les cardios avec qui je bosse, m'améliore. Au fur et à mesure des consultations... Je lui ai faxé un ECG, il m'a dit « c'est ça, ça, ça ». Du coup, ça y est, ça m'est revenu, mais du coup, je l'ai eu tout de suite au téléphone, je lui ai faxé tout de suite, il m'a dit tout de suite c'est ça et du coup « je te la verrai dans 3 semaines ». Mais il est aussi capable de prendre le patient dans la demi-heure. Du coup c'est ça que j'attends de la PMI, comme n'importe quel spécialiste : j'adresse pour une consultation de prévention.*

[...] *Là, ce n'est pas tellement l'urgence. C'est que pour moi, sa lettre est pour moi une formation. Il me donne la conduite à tenir, ce que je n'ai pas vu. Je suis capable de l'engueuler parce qu'il n'a pas fait ce que je voulais, mais il est capable aussi de me dire « tu n'as pas fait ce qu'il fallait ». Et du coup c'est aussi ce retour d'informations que ça j'ai jamais eu à la PMI. Alors que vous avez une compétence que je n'ai pas et du coup me pointer mes insuffisances, moi me permet de savoir où il faut que je me forme.*

[...] *Non mais au moins on sait, alors que là, c'est toujours de l'informel. Là le petit couple que j'ai vu il me dit... Bah là... Voilà, bref je sais pourquoi il va à la PMI, parce que machin... Effectivement, c'est un suivi conjoint. Mais là, c'est en train de rebasculer chez moi parce que c'est compliqué la PMI. Du coup, ils m'ont dit la dernière fois, « on viendra tout le temps chez vous ». Mais dans d'autres cas, il y a la PMI mais je ne sais pas ce qu'on fait à la PMI. Du coup, je ne peux pas être en collaboration avec la PMI. Parce que je ne sais pas ce qui est fait. Encore quand c'est un médecin je peux avoir des infos mais quand c'est une sage-femme ou une puer, il n'y a rien, du tout.*

- de fluidifier le suivi.

2A : *Une consultation de prévention prénatale peut dire : « bah voilà, il est souhaitable qu'on la revoie au 2ème mois de grossesse ». Quand on a une pathologie organique, qu'est-ce qui fait un gynéco du CHU : il dit « j'ai prévu un rendez-vous avec P., j'ai prévu un rendez-vous avec machin... » T'as un plan de soin cadré.*

2C : Alors là on est dans du médical, médical. Alors que sur un trouble du comportement de l'enfant, je me vois mal dire « il va falloir faire ça dans 1 mois, ça plus tard. »

2A : Non mais sur un cas comme ça, tu peux dire « une réévaluation dans 3 mois »...

2B : Non mais regarde le relais euh... Le relais des équipes éducatives, de dire qu' « il faut faire telle et telle chose »

2C : Par contre, on va vous dire que finalement notre éducatrice de jeunes enfants va intervenir à domicile...

2A : Eh bah ça on ne le sait pas. Moi, je n'ai pas le compte-rendu, je ne sais pas ce qui s'est passé. Et du coup, c'est comme le CMPEA, on rentre dans un truc, et c'est les parents qui nous informent mais avec leur vision. Et du coup, ils peuvent trouver très intrusif un truc qui est très intéressant et trouver super un truc complètement nul. Du coup, je ne sais pas ce qui se passe. La PMI, « on va voir la PMI », bon bah très bien, voilà !

[...] Oui faut le dire je le prends en charge, des fois ça m'aiderait... Ne serait-ce que mettre dans les antécédents « pris en charge par la PMI » ça suffit.

2B : En fait tu te libères d'une charge.

2A : Mais par contre, non plus, voir des enfants en sachant qu'ils sont suivis par la PMI, il y a un problème aussi, j'aurai besoin à ce moment-là qu'on me dise « je les prends en charge ». Parce que, du coup, après on ne sait plus ce qu'il se passe. Tout est fait ? On les récupère quand ils sont malades donc on ne sait pas ce qui est pris en charge, on ne sait pas si c'est que c'est pathologique, ou si c'est pour les vaccins. Et comme ces familles ne parlent pas bien français, en fait, on n'arrive pas à savoir ce qui se passe, si le problème est grave ou pas : c'est une perte d'énergie. Signaler nous ce qui ne va pas bien, et signaler vous ce qui ne va pas aussi, voilà, on sait que c'est une famille à risque ; du coup on va faire autrement. Ça c'est clair. Mais je ne sais pas comment on fait, si ce n'est que les avoir dans mon immeuble.

3B : Moi, pour revenir à la question, de « qu'est-ce que ça changerait dans le quotidien pour la prise en charge », moi du coup, je n'ai pas de demande à faire aux médecins généralistes, comme vous pouvez avoir... Après je pense que ça pourrait rendre plus fluide les suivis, en fait. C'est-à-dire que, voilà, il y a un suivi qui se fait pour dire, « là je l'ai vu, j'ai proposé ça, du coup il y a des choses qui se mettent en place ». Ouais, je trouve qu'en fait les informations pourraient passer beaucoup plus simplement, ce qui ne se fait pas actuellement, enfin pour ma part qui ne se fait pas.

- de vaincre la solitude, céder à l'isolement parfois ressenti par le médecin généraliste.

3C : Pour moi, je pense qu'on a le même rôle, après l'avantage c'est cette équipe que vous avez et moi je me sens un peu tout seul des fois dans mon cabinet.

3C : Le côté individualiste aussi, c'est clair qu'on n'a pas l'habitude de travailler en équipe en tant que médecin généraliste. On a l'habitude de gérer le problème seul.

3A : Complètement !

3C : C'est notre problème de tous les jours.

3F : Bah oui, en fait, on a appris à le faire, parce qu'on vient de l'hôpital. Avant on avait que l'habitude de l'équipe et puis après on est que tout seul, alors bah on fait avec les moyens du bord.

3C : Les gens nous demandent de résoudre tous leurs problèmes. Ils arrivent avec leur liste de questions, faut tout... Voilà, faut être un peu omniscient. C'est vrai qu'on essaye de ne pas le faire, mais en pratique les gens attendent ça de nous. En médecine générale, ils attendent en arrivant chez nous et qu'ils aient la solution, clés en main en rentrant chez eux.

3F : On est omnipotent en tant que généraliste.

3C : Alors c'est aussi à nous de leur faire comprendre qu'on ne peut pas tout résoudre et qu'on peut avoir besoin d'aller vers vos services dans certains cas. Faut qu'on apprenne à être moins individualiste.

Ils retiennent aussi que **définir les missions** permet :

- de **savoir dans quel domaine interpellé**.

1B : Finalement, je pense que si on communiquait mieux, en fait, peut-être que nos missions seraient plus claires, du coup vous seriez... Je suis désolée, qu'il y a une psychologue.

1E : On saurait qui il y a, qu'on peut vous interpellé. Des fois on n'ose pas le faire parce qu'on se dit que ce n'est pas de leur ressort.

1D : Non mais déjà ce qu'il faudrait, c'est une idée claire des missions, savoir que c'est une personne ressource et que lorsqu'on a des difficultés, on peut avoir ce type de références là. C'est plus ça !

1D : Ce qui compte surtout c'est de savoir ce que c'est : qu'est-ce que la PMI et en pratique qu'est-ce qu'on peut en attendre ?

1B : Enfin c'est tout bête mais peut-être qu'on va pouvoir se servir de ton travail de thèse finalement pour y mettre le résumé, et puis du coup faire le lien avec la PMI.

3B : Présenter nos missions et nos possibilités, je pense que ça peut aider. Dire vraiment toutes les missions, peut-être en donnant des exemples très concrets!

3A : Mais rien que de savoir que dans une équipe de PMI, il y a un médecin et deux puéricultrices, nous à C. en tous cas, une éducatrice jeunes enfants, une psychologue, une sage-femme. Ça fait quand même...

3C : La connaissance du réseau c'est important.

- d'améliorer la **prise en charge pluridisciplinaire**.

1A : Puis aussi pas seulement faire connaître notre travail à nous, mais notre travail avec les partenaires. C'est à dire que nous avons aussi de travailleuses familiales qu'on peut faire intervenir au domicile des gens, qui interviennent, on le décide, 2-3 h par semaine... sans qu'il n'y est de signalement. Pour des mamans qui sont débordées, fatiguées, ça marche très bien.

1B : Nous on arrive à faire faire des financements même pour des assistantes maternelles, dans des familles où il n'y a pas d'emploi, mais où malgré tout, on sent qu'il y a besoin... que les enfants ont besoin d'être sortis un petit peu de l'environnement familial. On arrive à faire budgétiser par l'ASE des créneaux de prise en charge en journée par l'assistante maternelle, par des crèches, ou la halte-garderie.

1A : Il y a des possibilités de travail comme ça, d'aides... on peut travailler sur ces étayages-là.

1B : Ce sont des choses qui prennent du temps et en effet on ne peut pas le faire en médecine générale. Le lien avec l'ASE est plus facile, on travaille avec eux.

3B : Et dans le social, on a aussi le lien avec les assistants sociaux.

3E : On a une proximité avec les assistantes sociales, s'il y a besoin.

3B : Oui c'est vraiment une équipe, c'est pluridisciplinaire et c'est un avantage.

3C : En fait le pluridisciplinaire, c'est parler des cas difficiles des fois avec sa collègue quand on a la chance de pouvoir travailler avec des collègues en médecine générale. On le fait de ce côté-là, et des fois on va discuter aussi. Mais c'est entre collègues médecins et c'est plus limité forcément. L'échange est plus difficile. C'est là votre avantage.

3.2.2.5 Les moyens de communication

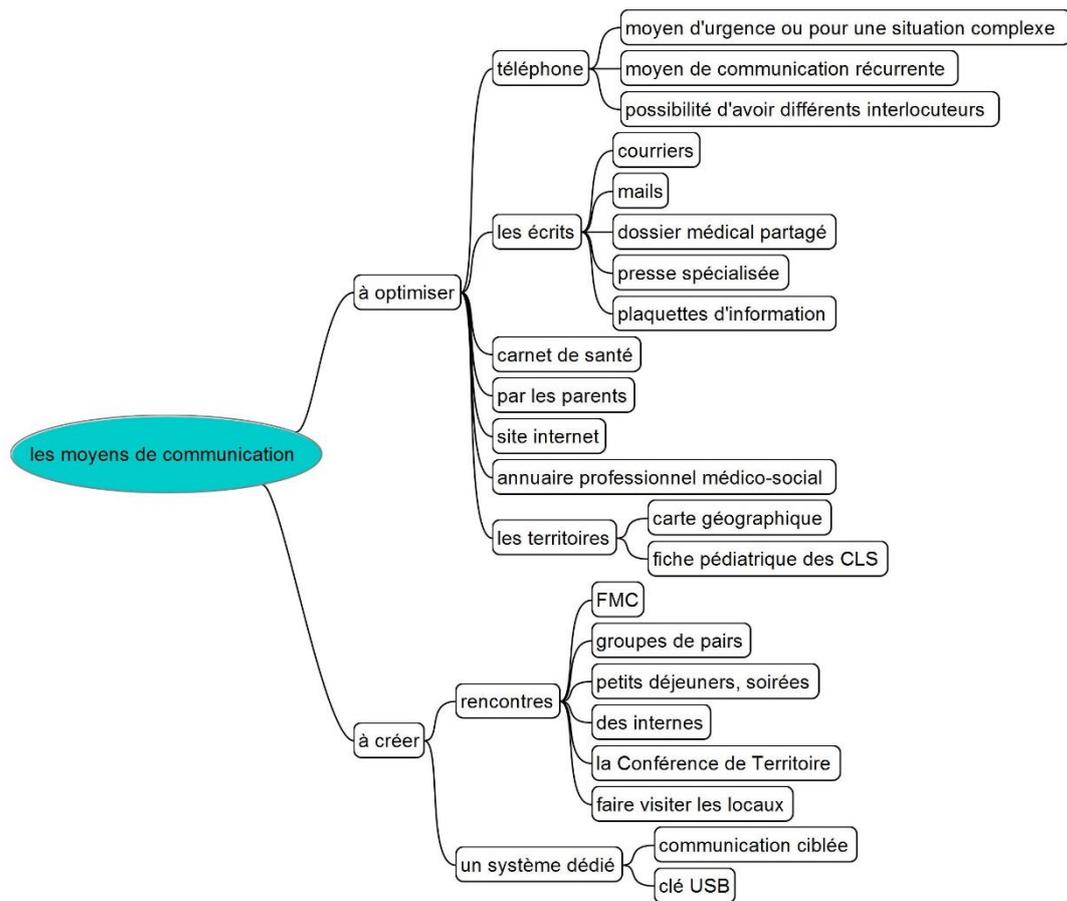


Figure 10 : Carte conceptuelle des moyens de communication.

Médecins généralistes et médecins de PMI ont évoqués ensuite les moyens de communication à optimiser et d'autres à créer.

3.2.2.5.1 Moyens de communication à optimiser

Concernant les moyens de communication à **optimiser**, le plus utilisé est le **téléphone**.

1E : En pratique, on téléphone surtout.

1B : Oui par téléphone surtout.

1A : C'est par téléphone, essentiellement par téléphone.

2B : Le téléphone, qu'est-ce que c'est simple quoi ! Tu es devant les patients, devant les enfants,...

2A : Oui mais ça ça ne marche pas avec la PMI.

2C : Mais si.

3C : Le téléphone n'est peut-être pas le meilleur moyen au final non plus.

Il est utile comme **moyen d'urgence** ou **pour une situation complexe**.

1D : Le téléphone en premier lieu s'il y a besoin. Après le téléphone, ça va être le contact d'urgence.

3F : Mais c'est vrai que par téléphone, moi je ne sais pas... Sauf les signalements, les choses graves, je ne crois pas que je penserais à prendre le téléphone.

3D : De toute façon ça fait partie du suivi, on feuillette le carnet de santé pour voir les consultations précédentes ; et on va forcément tomber dessus. Si vraiment il y a un gros truc, on peut communiquer par téléphone, échanger et savoir ce qu'on peut apporter, aussi bien d'un côté que de l'autre.

3B : Mais probablement que dans la majorité des cas je me trompe. Médicalement, je passe par le carnet de santé et puis quand j'appelle c'est vraiment dans les cas d'informations préoccupantes ou de signalement parce que ça va être plus délicat, plus difficiles à... Faut se parler. Après, pffff...

C'est aussi un **moyen de communication récurrente**.

1C : Moi j'ai téléphoné une fois parce que j'avais une maman qui était en grande difficulté, déjà pendant la grossesse c'était très compliqué. Et après, pour le premier examen, c'est un truc qui 'a vraiment marqué : j'avais un couple qui m'a amené son bébé. Il l'a posé sur le matelas à langer et j'ai fait tout l'examen, toute seule avec le bébé. Ils n'ont jamais... Ils étaient derrière. Je leur ai dit deux fois « Vous pouvez vous approchez », « Non, non, on est bien là ! », ils n'ont pas bougé ! J'me suis dit « ils l'ont volé dans la rue ! ». Et en fait, la maman... Bon ce bébé était très mignon et tout... mais j'étais toute seule avec lui ; et eux ils étaient derrière, ils ne parlaient pas, ils étaient complètement... Et elle, elle était en grande souffrance en fait. Elle était très très mal ! Ca a fini en psy, donc c'était prévisible pendant la grossesse où il y avait déjà une grosse histoire... pour moi ça a été terrible ! En fait le papa est parti. Donc moi le bébé je l'ai vu 3 ou 4 fois, la maman a été hospitalisée au 2ème mois et le papa a quitté la région ; il est parti en fait avec le bébé dans sa famille. A ce moment-là, j'ai beaucoup communiqué avec la sagefemme de PMI, la puéricultrice qui suivaient... mais c'était très compliqué.

Et il permet d'avoir la **possibilité de discuter avec différents interlocuteurs.**

1E : Avec les sages-femmes on a des échanges aussi finalement par téléphone.

Le deuxième moyen de communication évoqué est le compte-rendu **écrit.**

1E : Pour le coup, il n'y a peut-être pas tant d'écrits que ça ! Contrairement au médecin du travail ; où moi j'écris souvent au médecin du travail.

Que ce soit concernant le patient :

- **les courriers,**

1A : Je suis aussi pas mal d'enfants qui sont en famille d'accueil, des enfants confiés au service de l'Aide Sociale à l'Enfance. Théoriquement, ces enfants là, on doit les voir au moins une fois par an, nous en tant que médecin de PMI ; et entre temps, le médecin traitant est bien entendu le médecin de ces enfants. Et là, en général, j'écris moi, au médecin traitant pour dire que je suivrai cet enfant, qu'on sera deux médecins en fait. C'est simplement pour l'informer. C'est seulement pour les enfants de moins de 6 ans placés à l'ASE.

2A : Par contre si on peut envoyer un mot, mais surtout avoir le résultat de la consultation, de la concertation. Ça c'est vraiment aidant !

2C : Moi je ne mets pas tout non plus dans le carnet, je préfère parfois écrire au médecin généraliste.

2D : Ou je me débrouille pour que ça y soit sous une forme qui permet de bien interpeler quoi !

2C : Parfois vaut mieux être clair et écrire au médecin généraliste.

3B : En plus moi, je trouve ça délicat, les fois où... Moi quand je fais un courrier c'est pour dire « Voilà, il y avait tel ou tel problème : de sommeil,... enfin vraiment toute une liste » et je préviens de toute façon à chaque fois que je fais un courrier.

- **les mails,**

2A : D'avoir des lettres ça peut être intéressant, avoir des lettres c'est bien, ou des mails, parce que ça c'est facile.

[...] Oui mais mails sécurisés.

2B : Bah les mails, avec i-santé ont peut le faire.

2C : Je ne sais pas si on peut y accéder à ça ?

2B : Si, si vous avez une carte CPS. Si vous avez une carte CPS, vous pouvez accéder à ça.

2A : Non mais c'est énorme la quantité qu'on reçoit maintenant que ça marche. Et le problème, c'est ce que je leur ai déjà dit, c'est qu'il faudrait que ça arrive dans le dossier du patient. Moi je n'arrive plus à trier dans ce bordel... Du coup, je leur avais dit que ça ne servait à rien i-santé. Quand ça va être...

2B : C'est vachement bien i-santé, parce que c'est sécurisé, par contre, nous a N. on n'a pas d'internet, donc ça rame, moi ça me saoule, je passe un temps...

2D : Donc pas les mails !!!

3C : Pour les moyens ça pourrait aussi être une messagerie sécurisée. Ça pourrait être intéressant si tout le monde était inscrit sur cette plateforme, moi je sais que j'y suis personnellement...

3F : D'aller où ?

3C : Sur la messagerie sécurisée i-santé Poitou-Charentes par exemple. J'imagine des moyens qui pourraient être mis en place pour que tout le monde communique mieux... Moi c'est vrai que je communique déjà avec des cardiologues, des spécialistes comme ça en fait pour l'ECG par exemple qui me pose problème, je vais envoyer un mail à B. L. en scannant le truc et il me répond. C'est super confortable et ... On commence juste à taper les premières lettres du nom de la personne et tac, le mail s'affiche. C'est très très bien fichu. Moi je vous invite à l'utiliser parce que : 1, c'est sécurisé, c'est de l'échange entre professionnels sécurisé et puis c'est assez facile. Il suffit simplement d'avoir une connexion par carte CPS pour y accéder. [...] L'échange entre différents spécialistes et généralistes, c'est en train de se développer actuellement et bon, ça pourrait être intéressant. Ma collègue discute déjà par mail avec pas mal de monde. Les échanges par mails sont déjà possibles. C'est une façon assez simple de communiquer je pense. Après ça ne résout pas les soucis urgents mais, pour les questions, pour les choses un peu moins urgentes, le mail convient bien.

- le dossier médical partagé.

2B : C'est un peu l'idéal quand tu dis ce que ça nous apporterait, le fait d'avoir le dossier médical partagé, de savoir que les infos sont toutes à un même endroit et que... c'est le réseau quoi ! [...] L'intérêt c'est d'avoir tout dans le dossier patient, informatisé quoi.

2A : Le DMP, il y a des enfants, ils n'ont pas de DMP. C'est anormal.

2B : Mais tu sais utiliser le DMP chez les adultes toi ?

2A : Bah ouais. J'ai le logiciel ouais.

2B : Et tu l'utilises ?

2A : Non parce que je serais le seul à l'utiliser.

2B : Bah c'est ça !

2A : Ah si c'est ce qu'on va se faire aux C., on va se faire des DMP de façon à ce que les professionnels des C. puissent stocker sur le DMP. Comme ça, on n'aura plus de problème de compatibilité dans le dossier. Le cardio, la sage-femme, le machin... on met ça dans le DMP et terminé !

2B : Ça c'est... c'est le rêve quoi !

Les informations d'ordre général pourraient être transmises par :

- la presse spécialisée,

1E : On peut proposer un article dans le bulletin du Conseil de l'Ordre sur la PMI.

1B : Oui oui c'est vrai.

1A : Moi je pense que ça pourrait être une bonne idée. On pourrait proposer « Quelles sont les missions d'un médecin de PMI ? » Faudrait commencer par là : les missions du médecin, la fiche de poste.

1B : *Oui et les territoires, en mettant la petite carte des territoires.*

1A : *Ca nous on peut le travailler en équipe.*

1E : *Enfin, cela dit les bulletins ne sont pas toujours lus non plus.*

1D : *Je vois sur les certificats il y avait des trucs chiadés, c'était super.*

1E : *Donc ça peut être un moyen de communication.*

1E : *Après le Conseil Général, ils ont leur lettre aussi dans les boites à lettres régulièrement. Enfin ça touche la population générale.*

1D : *Ouais mais c'est distribué en même temps que la publicité je crois alors euh...*

1E : *Non mais le bulletin de l'Ordre je pense qu'au moins ça toucherait tous les médecins.*

1B : *Je trouve qu'il est de mieux en mieux fait.*

1A : *Oui ça donne envie de le lire. Il y a des articles très intéressants, moi je le lis.*

1D : *Ouais enfin il est un peu austère.*

1B : *Il y a un peu plus de couleurs... je le trouve plus agréable à lire.*

1E : *Non mais le truc sur les certificats, c'était bien.*

1D : *Moi je l'ai dupliqué dans mon ordinateur et je coche.*

- les plaquettes d'information.

1E : *Il y a les plaquettes déjà... faire passer des documents.*

1A : *On a aussi les plaquettes de la MDS, et il y a tous les noms des professionnels, que ce soient les puéricultrices, les sages-femmes et les médecins, etc...*

3A : *C'est compliqué. C'est vrai que là, actuellement sur C., il y a sur le c., il y a un réseau pour les violences faites aux femmes, avec... Où dedans il y a le CNIDFF, qui est... Je ne sais plus ce que ça veut dire !*

3E : *Centre Départemental d'Information du Droit des Femmes.*

3A : *Des Femmes et des Familles. Enfin, voilà, il y a plusieurs structures qui agissent et donc, là on me demandait comment faire pour faire passer cette plaquette aux médecins généralistes pour qu'ils sachent s'ils sont face à une femme qui subit des violences, à qui s'adresser, vers qui l'orienter. Et ils me disent « par quel organisme on peut distribuer ? » Et bah, j'étais bien en peine de leur dire bah en fait, il faut prendre l'annuaire et puis envoyer à chacun parce que le Conseil de l'Ordre, il ne veut rien savoir, enfin ils ne veulent pas transmettre des infos, voilà. C'est vrai que c'est difficile d'envoyer des infos comme ça à tous les généralistes.*

3F : *En passant par l'ARS, les syndicats ?*

3A : *Oui l'ARS, les syndicats mais un médecin il n'est pas forcément syndiqué.*

Le **carnet de santé** est souvent cité comme moyen simple et efficace de communication autour du patient, entre professionnels. De plus, il véhicule des informations générales et utiles au patient.

1E : Oui et puis par le carnet de santé, on écrit. La plupart les amène bien donc on voit ce qui s'est passé, on écrit tous un mot.

1B : C'est un bon carnet de liaison. [...] C'est vrai que finalement par le carnet de santé on y arrive pas mal, on voit finalement pas mal. Je trouve que c'est facile de voir : on dit parfois « si je ne peux pas vous voir le mois prochain, voyez avec votre médecin traitant ». Ils reviennent finalement quelques mois plus tard, et on voit qu'il y a bien eu le vaccin de fait avec le médecin traitant, ou ils ont vu le médecin pour autre chose entre temps.

1B : Enfin je dis pas toujours, on ne fait pas toujours un mot au médecin traitant mais par contre on le met dans le carnet de santé.

1B : Mais c'est vrai qu'on l'utilise beaucoup le carnet en tout cas.

1D : Non mais éventuellement, c'est vrai que le carnet de santé c'est pas national, chaque région a son carnet. C'est Général même, c'est départemental. Donc ce qui peut éventuellement être, c'est les coordonnées de la PMI.

1C : Mais elles y sont !!

1A : Elles y sont en dernière page. Vous trouverez la carte avec les territoires, avec les téléphones.

2E : Moi je communique aussi parfois par le carnet de santé.

2C : Oui moi aussi. Je marque tout dans le carnet, je dis bien...

2D : A chaque fois qu'on voit un enfant, c'est systématiquement tout écrit dans le carnet de santé.

2C : C'est vrai qu'il y a des choses qu'on ne va pas marquer...

2B : C'est vraiment hyper précieux quoi.

3D : alors après, non, je pense que faire un courrier ça va être une perte de temps. Je pense qu'à partir du moment où c'est marqué dans le carnet de santé... je veux dire, on regarde en général.

3E : On le marque toujours dans le carnet de santé.

3A : Après pour le retour, vous pouvez faire pareil, mettre un mot dans le carnet de santé, si vous avez refait quelque chose, on le voit de la même manière.

3D : De toute façon ça fait partie du suivi, on feuillette le carnet de santé pour voir les consultations précédentes ; et on va forcément tomber dessus.

La communication peut également s'effectuer **par l'intermédiaire des parents**, en tant que vecteurs de l'information.

1B : On ne s'appelle pas forcément pour ça mais après c'est par les familles, on se renvoie les familles.

1E : *Moi je dis aux parents « Prenez contact avec la PMI », et je vois la fois suivante si ça a été fait ou pas.*

3F : *Ça se passe par écrit ou oralement par les parents.*

3F : *Les parents qui viennent avec l'information orale et qui me disent « voilà le médecin ou l'infirmière qu'on a rencontré à l'école nous ont conseillés de voilà... »*

Pour les deux parties, les moyens dont ils demanderaient une optimisation sont :

Le **site internet** du Conseil Général.

1A : *Le site internet n'est pas très... enfin il faudrait un peu le retravailler.*

1D : *Maintenant on arrive à avoir une adresse ou un partenaire mais on galère un peu. C'est vrai que si on va sur le CG86, trouver la PMI ça va être impossible.*

1A : *Après au niveau du Conseil Général, c'est un problème d'informatisation du service de communication.*

L'annuaire professionnel médico-social.

1E : *Non, mais peut-être pas une plaquette pour distribuer, mais une plaquette pour nous. Sinon, il y a l'annuaire médico-social, ou un genre de truc comme ça.*

1D : *Oui mais qui soit plus spécifique.*

1E : *Le carnet d'adresses c'est bien.*

1B : *Oui ça permet de voir tous les professionnels qu'il y a.*

3F : *Alors, il y a un truc peut-être auquel il faudrait penser... Je pense de façon très égoïste à mon cas quand je suis arrivée ici, parce qu'en plus comme je venais d'ailleurs ce n'était pas évident...*

3E : *Et ce n'était pas forcément organisé comme ça !*

3F : *Là où j'étais, je faisais quelques remplacements, et j'ai bossé quelques années au même endroit donc je commençais à connaître, à avoir tout un réseau. Puis en débarquant ici, il faut tout refaire, en plus je n'ai pas fait mes études ici, donc je n'ai même pas de contact dans l'hôpital, enfin c'était le blackout total !!! En fait, je pense que quand les médecins s'installent ou même quand ils deviennent remplaçants, c'est-à-dire quand ils prennent des licences de remplacement, ce serait sympa que l'ARS donne le « kit du jeune médecin qui sort de la fac »...*

3B : *Non mais complètement !*

3F : *...avec l'annuaire des différents confrères, avec les....*

3F : *Ça serait peut-être à l'ARS d'éditer cet outil là ?*

3A : *Oui c'est ça.*

3F : Parce que ça serait important qu'il y ait, j'allais dire, tout le tissu médical et paramédical, mais oui c'est ça, pour que chaque praticien sache à qui s'adresser.

3B : Oui, oui. Parce que si nous on n'est pas au courant, je ne vois pas comment... Les usagers comme on les appelle et les patients pour vous.

3F : Bah voilà ! « Vous connaissez un nom de psychiatre ? » « Ah bah oui, oui, oui, je ne connais que ça !!! » ou une psychologue « qui soit remboursée si possible ! » « Aaaah oui !!! » Je veux dire ça, c'est des questions au concret et je ne sais pas.

La définition des **territoires**, avec la diffusion

- d'une **carte géographique**,

1E : Moi je fais beaucoup de gériatrie, et par exemple pour la gériatrie, il y a les CLIC. Ce qu'on a réussi à obtenir, c'est d'avoir une carte par commune. On sait que la personne habite ici donc il dépend de tel CLIC. Les CLIC nous ont fait passer des petits cartons qu'on garde dans la poche. Parce que là aussi, le Conseil Général dit « vous allez sur le site du Conseil Général et on trouve le CLIC... », mais moi ce que je leur dit depuis longtemps c'est que « on rentre l'adresse du patient, et aussitôt apparaît le CLIC dont il dépend », mais c'est compliqué pour l'instant.

[...] Si on ne trouve pas le numéro tout de suite et qu'on leur dit vous allez chercher tout seul, ça ne se fera pas. Moins au pire, je veux dire, si ce n'est pas au cabinet, même en visite je prends mon carton, j'ai le numéro, je passe un coup de fil et puis voilà.

[...] Par exemple à M., on va chercher la PMI sur P. alors que non c'est pas là ; alors qu'on aurait par secteur, vous adresseriez un petit carton pour dire « voilà, vous habitez là, c'est tel secteur ». Bah là, on sait où s'adresser tout de suite. A la limite avec au dos du petit carton le numéro de téléphone, le nom des intervenants...

Par exemple, les CLIC, c'était très peu utilisé parce que très peu ne savait pas. C'était très peu utilisé parce que les gens ne connaissaient pas, que ce soit les médecins, les patients, etc... parce qu'il y avait un manque de communication. Mais maintenant voilà, je pense que ça commence à le faire.

- de **fiches pédiatriques des Contrats Locaux de Santé**.

1E : Dans les villes ça peut se travailler avec les contrats locaux de santé, parce qu'à mon avis, ils ont des fiches qui concernent la pédiatrie.

1D : Non, mais tu parles de trucs qu'on ne connaît même pas !!! Contrats Locaux de Santé, quoi !!

1E : Il y en a à P., M. et C. Ils ont des volets de prévention donc je pense qu'il y a de la pédiatrie. Il faut voir avec les mairies pour ça. [...] Ce sont les communes qui s'engagent dans une démarche de prévention, de prise en charge des patients au sens large.

3.2.2.5.2 Moyens de communication à créer

Concernant les moyens de communication à **créer**, médecins généralistes et médecins de PMI insistent sur leur besoin de se connaître physiquement par l'intermédiaire de **rencontres** :

1B : Après moi j'avoue que c'est plus facile de communiquer avec les médecins qu'on connaît.

1A : *Moi j'aurais envie un petit peu de connaître physiquement. Le problème c'est le contact physique. Parce que quand on connaît les gens physiquement, c'est plus facile. Je n'ai pas de difficultés à téléphoner à un médecin évidemment, mais c'est plus facile d'avoir une confiance quand on se connaît.*

2E : *Quand on connaît les gens, qu'on sait qui on va avoir au bout du fil, comment on peut lui parler. Enfin, c'est bête, mais ça marche mieux hein.*

3F : *Bah à partir du moment où c'est du relationnel, je pense que on est deux dans la bataille et à un moment donné, il faut qu'il y en ait un qui fasse le premier pas. Donc c'est soit le généraliste qui va se présenter à la PMI, soit la PMI qui se présente, qui, je ne sais pas, organise une petite réunion d'information avec les médecins généralistes du coin. Voilà ça peut être ça.*

3E : *C'est ce qu'on fait nous.*

3F : *Ça pourrait être une solution, parce qu'évidemment on va avoir un annuaire du tissu médical de l'endroit où on exerce mais...*

3D : *Oui, ça reste impersonnel.*

3F : *Voilà c'est impersonnel. Rien ne remplace à un moment donné, le contact qu'on va avoir entre nous.*

- en **Formation Médicale Continue,**

1E : *Et puis finalement...un truc comme ce soir c'est bien mais moi il y a une vingtaine d'années, j'ai été invité avec des médecins du travail à une réunion. Et c'est vrai que du coup, depuis ce temps là, je travaille beaucoup avec eux parce qu'on se connaît. Comme on s'est rencontrés, on sait ce qu'ils peuvent apporter. Et c'est vrai que la PMI, finalement on n'a pas tellement de relations, donc on aurait une soirée de type FMC d'organisée par un truc...*

3D : *Mais on peut le faire dans les FMC ça. Nous on peut vous inviter au sein d'une soirée FMC.*

3B : *Non mais je suis en train de me dire, euh...*

3E et 3A : *Je pense que c'est une idée très intéressante.*

3B : *Ça serait par ce biais là je pense qu'on pourrait, je pense...*

3A : *Une FMC « PMI » ou « réseau ».*

3D : *Par ce que les gens qui y sont, ce sont des gens intéressés. Par ce que si vous, vous faites, « tiens, tel soir on invite les médecins généralistes », il y en a qui vont « oh bah moi je finis trop tard » ou « tiens moi j'ai autre chose »*

3E : *Oui c'est compliqué de se regrouper comme ça.*

3D : *Alors que finalement, les médecins qui se regroupent en FMC, ils sont là dans le but d'approfondir leurs connaissances et donc forcément voilà. Après, il y a toujours un organisateur, les thèmes sont choisis, on fait venir des rhumatos, enfin voilà et pourquoi pas plusieurs intervenants de la PMI. Ça peut être le médecin, la puer, vous pouvez venir à plusieurs ou juste, voilà.*

3C : *Le truc c'est qu'en pratique, il faut qu'il y ait le premier pas. Alors là, nous on y pense parce qu'on se connaît, voilà maintenant on s'est vu. Le truc, c'est qu'il y en a plein des FMC différentes, moi j'en connais au moins trois dans mon entourage.*

3D : Je pense que ce soit par le biais d'une FMC. Moi j'ai un peu déconnecté des FMC mais voilà, si je ré-adhère, voilà. En général, on se réunit, on choisit des thèmes, etc... Il suffit de proposer « Voilà, est-ce que ça vous dirait ? » Oui, bah voilà. Après moi je vous contacte, on fixe une soirée. Voilà, c'est le premier mardi de chaque mois donc vous choisissez le mardi qui vous convient. Après c'est un débat, chacun pose ses questions.

3B : D'accord. Du coup, il faut qu'il y ait une FMC qui fasse le pas.

3F : Le principe, c'est qu'on a une assemblée générale en début d'année, où on décide des thèmes parce que, voilà, chacun propose en fonction de ce qu'on veut. En gros, celui qui a proposé le thème qui a été accepté, se charge aussi d'organiser, de trouver l'intervenant qui va bien. Nous même, on est vraiment impliqué dans le truc.

3E : Ah oui !

3B : Donc pourquoi pas oui. Moi je suis ouverte à tout ça !

- ou en groupe de pairs,

1B : Il y a des fois des situations qui sont intéressantes à partager.

1D : Ça vaudrait presque le coup qu'on fasse des groupes de pairs, entre médecin de PMI et généralistes, peut-être pas tous les mois comme on a l'habitude de la faire.

1E : Mais au moins une ou deux fois par an.

1D : Ça pourrait être un échange de pratiques, et là je pense qu'on apprendrait beaucoup plus les uns des autres ; que de passer un coup de fil sur un cas particulier. Ça devrait être beaucoup plus interprofessionnel. Amener le cas de PMI, c'est sûr, nous ça va nous désarçonner. Je trouve que le retour d'expériences serait quand même plus intéressant. Votre travail, il est quand même un peu dans la médecine générale. On ne ferait pas un groupe de pairs avec des spécialistes mais là...

1A : Après vient qui veut.

1D : Je trouve qu'on bouge plus dans ce contexte-là, qu'en groupe de FMC, où on reçoit la bonne parole, mais on n'a pas l'acquisition de la même expérience. On n'échange pas aussi facilement avec des spécialistes en médecine générale. On fait peut-être moins de social que vous mais on a quand même quelques notions et le fait d'échanger en ayant votre richesse du social, je pense que ça nous apporterait quand même pas mal.

3C : Le truc c'est qu'en pratique, il faut qu'il y ait le premier pas. Alors là, nous on y pense parce qu'on se connaît, voilà maintenant on s'est vu. Le truc, c'est qu'il y en a plein des FMC différentes, moi j'en connais au moins trois dans mon entourage.

3D : Ou les groupes de pairs.

- au cours d'un **petit-déjeuner** ou d'une **soirée** à thème.

1C : Il faudrait organiser des petits déjeuners comme les labos !

2A : On n'a pas le temps de la concertation. Et c'est pour ça que les mettre avec nous... Si on pouvait prendre le café tous les jours, qu'est-ce que ça irait mieux ! Parce que c'est au café qu'on échange les informations ! Y'a pas besoin de réunions formalisées.

3C : C'est comme ça qu'on se rencontre. Ça arrive qu'on se rencontre par les FMC, ça arrive aussi que ce soit par les labos qui nous invite et qui font la com'. On pourrait s'inspirer un peu de ça pour se rencontrer avec la PMI aussi. C'est-à-dire que... Enfin là je vois un médecin, il nous a invité par le biais d'un labo, c'est F. C. pour faire connaître son secteur « insuffisants respiratoires », et bien, il nous a invité à la B., on a fait un petit diner avec tous les médecins du pôle médical et du coup ça fait une occasion de discuter sur son pôle et sur le fait qu'il ne fallait pas hésiter à lui envoyer nos insuffisants respiratoires, pour une prise en charge qui permette de faire de l'habilitation respiratoire et de la kiné, enfin une prise en charge un peu plus globale. Enfin, voilà, c'était intéressant comme échange. Et je pense qu'on pourrait peut-être s'en inspirer, faire un peu comme tu fais... C'est vrai que dans le coin, on n'a jamais vu ça mais pourquoi pas, ça serait bien de se faire connaître.

- Les médecins de PMI souhaiteraient également aller à la rencontre des **internes**,

1A : En tant que médecin de PMI, j'ai eu l'occasion de participer un samedi, je crois que c'était une... il y avait tous les médecins libéraux. C'était un interne qui nous avait demandé de venir présenter la PMI dans la mesure où on avait été ses maîtres de stage, puisqu'on a deux internes dans tout le service. Donc on avait présenté la PMI à un congrès de médecine générale à Poitiers. C'était un moyen de rencontrer quelques médecins généralistes.

1A : Du coup, moi je pense aussi, il y a tout un travail à faire en amont avec les étudiants. Parce que tout médecin généraliste qui s'installe devrait savoir de quel médecin de PMI il dépend au cas où, si on ne parle que protection de l'enfance.

- Ou de leurs confrères par le biais de la **Conférence de Territoire**.

1E : J'ai une idée pour vous faire connaître, je vais voir ça dans les mois qui viennent. Je l'ai fait pour la médecine scolaire l'autre jour... ça peut être à l'ordre du jour de venir nous faire une présentation à la Conférence de Territoire. C'est une instance médico-sociale. Là, on l'a fait pour la médecine scolaire et toute la médecine universitaire. Ils sont venus nous présenter ce qu'ils font, mais c'est pareil, on avait testé le site internet qu'ils avaient qui n'était pas... Pour un étudiant qui arrive à Poitiers, la première fois qu'il allait sur le site de médecine universitaire, ils tombaient sur un truc... On n'avait pas l'impression que ça allait déboucher sur une consultation. Du coup, ils ont remodelé un peu leur site pour que ce soit plus facile d'accès pour les étudiants qui ne connaissent pas Poitiers. Ça permet une audience intéressante, et après chacun peut faire remonter dans ses différentes instances.

La Conférence de Territoire, c'est une assemblée consultative, il y a des représentants des libéraux, de l'hôpital, des différentes institutions, des usagers... On s'est rendu compte qu'il y avait un manque, les gens ne savaient pas trop. Il y avait des problèmes de consultations sur Poitiers, des étudiants qui arrivaient aux urgences, on se disait « pourquoi ils vont aux urgences, alors qu'il y a la médecine universitaire qui n'est pas très loin. On a vu les liens qu'il pouvait y avoir entre la médecine universitaire et les médecins généralistes, puisqu'ils assurent 4000 à 5000 consultations par an. Et trois quart des consultations, ils le répercutent sur un médecin généraliste ou un spécialiste. Ils font de la gynéco, ils font... et donc finalement, ce sont des choses que peu de gens connaissent bien.

- Les généralistes aimeraient **connaître les locaux** de la PMI.

3C : Vous envoyez une invitation aux médecins pour faire un jour à la PMI une rencontre, inviter des gens...

3D : Et visiter les locaux...

3B : Oui faire visiter les locaux, tout à fait. Voir à quoi ça ressemble.

Les médecins souhaiteraient voir se créer un **système dédié** à la population concernée (périnatalité et petite enfance), pour avoir un réseau structuré.

1D : L'idée c'est d'avoir un outil standardisé qui pour les Contrats Locaux de Santé, la PMI, les machins, les trucs... qu'on dise à nos étudiants « tu peux prendre ça, et tu vas trouver ». Parce que si c'est pour galérer, comme on peut galérer des fois pendant une consultation...

Ce système permettrait une **communication ciblée**.

2A : Moi je pense qu'il faut des réunions de concertations comme pour les vieux. C'est comme les réunions du pôle cancer... c'est systématiquement. Quelqu'un a un cancer, il a sa réunion spécifique, pluridisciplinaire. Pourquoi est-ce que c'est pas la même chose en PMI ?

2D : Alors nous on fait des réunions de synthèse sur des cas particuliers, mais on a assez rarement le généraliste. Et puis quand on le fait, généralement il ne vient pas parce que ça ne tombe jamais comme il faut.

2A : Mais c'est pas d'urgence, parce qu'à la limite j'ai rarement besoin d'un médecin de PMI en urgence, mais ce dont j'ai besoin, c'est de réunions de concertation. Ça c'est plus utile. Donc du coup, il est plus intéressant d'avoir un courrier, un échange comme ça en disant « faut qu'on se voit, et qu'on prenne le temps. » Sur 25 ans, je n'ai jamais eu à signaler un cas dans la demi-heure, où il fallait appeler le juge quoi.

2A : Des horaires et du temps dédié. Quand on est convoqué au CAT, on prend une demi-heure pour parler des cas difficiles, ça je ne l'ai jamais fait en PMI. On ne s'est jamais organisé alors que vraiment, ça aurait été fait, je crois que ça aurait été mieux. Et c'est vraiment ce temps, alors qui ne se fait pas pendant un repas je suis d'accord. C'est vraiment un temps dédié sur une famille à risque, c'est vraiment une demi-heure, une heure, où là on échange entre nous ; où chacun reprend son rôle... et ça c'est super important. Et ça je ne l'ai jamais fait. Je l'ai fait chez les débiles mentaux, je l'ai fait chez les vieux... Jamais fait sur une femme enceinte, sur une famille pathologique, et c'est dommage ! Je ne sais pas si vous l'organisez ça ?

3A : Non, puis une fois qu'on a pris contact avec un médecin pour un enfant, il sait qu'on est là s'il y a d'autres soucis ; les liens se sont plus facilement.

Notamment à l'aide d'une **clé USB**.

1E : Il y a aussi un truc qui ne coute pas très cher, c'est une clé USB avec plein de renseignements mis dessus.

1D : Ouais mais tu la mets où la clé ?

1E : Non mais c'est des choses qui peuvent être diffusées, et après tu l'enregistres sur ton ordinateur. Moi j'ai une clé dans ma poche où j'ai tout un tas de documents dessus.

3.3 DISCUSSION

3.3.1 La méthode

3.3.1.1 Choix d'une étude qualitative

Le focus group est une technique d'entretien de groupe, qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Il fait partie des techniques d'enquête qualitative. Les précédents travaux relatifs au même sujet de Jeanne Fresson(2), Denis Elchardus(3) et d'Eulalie Delannoy-Pernin(4) avaient aussi utilisés une démarche qualitative ; leur méthodologie était basée sur des questionnaires à questions fermées et ouvertes, réalisés soit en entretien individuel semi-directif, soit par envoi postal. Cependant, ils ne permettent pas de répondre à la totalité des questions soulevées. La recherche qualitative par la méthode des focus group peut contribuer à combler ce manque.

La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion(51). Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur. Cette méthode est donc la plus adaptée à notre travail de recherche et à ses objectifs primaires et secondaires. L'objectif primaire est de confronter les attentes des médecins généralistes et des médecins de PMI quant à leur collaboration, et l'objectif secondaire est de proposer des éléments d'amélioration de cette collaboration en lien direct avec leurs attentes, en particulier en terme de communication. L'intérêt de cette méthode est de soulever de nouveaux concepts, de façon interactive et être à l'écoute des deux populations. Contrairement aux deux précédents travaux évaluant les échanges entre médecins généralistes et médecins de PMI, seul le point de vue des généralistes avait été recueilli, les médecins de PMI n'avaient pas été interrogés. Jeanne Fresson avait, en 1988, interrogé les médecins de PMI(2) mais de manière distincte des généralistes ; les deux populations n'ayant jamais été soumises à l'interaction. Or, pour optimiser le fonctionnement d'un réseau, il est indispensable que les besoins de chacun soient définis, confrontés et partagés.

Pour J. Green et N. Britten(56), la recherche qualitative peut constituer une facette complémentaire de l'Evidence-Based-Medicine (EBM) plus performante, dans le sens où elle nous permet de franchir le fossé qui sépare parfois l'évidence scientifique de la pratique clinique. Cette idée d'un lien complémentaire entre l'EBM et la recherche qualitative est aussi mise en avant par Popay et Williams(57) et permettrait à la recherche qualitative de comprendre certains phénomènes peu quantifiables comme la culture organisationnelle d'un système de soins. Ces propos nous ont semblé correspondre à notre travail de recherche puisqu'il s'agissait de souligner les attentes de deux populations quant à leur travail en réseau, afin de le rendre plus efficient.

3.3.1.2 Recueil de données

La technique du focus group a été préférée à l'entretien individuel, pour l'aspect positif de la dynamique de groupe.

Les focus groupes peuvent intervenir dans le cadre d'une démarche d'évaluation et fournir des compléments d'information concernant la perception de l'efficacité d'un programme par la communauté concernée. Par exemple, des focus groupes peuvent être utilisés pour comprendre les problèmes d'organisation et de gestion d'un réseau, la manière de concevoir leur travail par des professionnels. Ils peuvent aussi être utilisés pour aider une communauté à réfléchir sur des idées nouvelles et génératrices d'un programme, en amenant le groupe à discuter des problèmes et des grandes questions s'y rapportant, puis à réfléchir aux voies et aux moyens de le résoudre(52). Ceci est en accord avec les objectifs de notre étude. Des divergences d'opinions sont parfois apparues. La discussion collective permet de saisir toute la complexité psychosociale des problèmes de travail en réseau. Par conséquent, elle permet d'identifier et d'approfondir la compréhension d'un problème, dont les facteurs sont difficiles à mesurer objectivement, en explorant ce qui se passe, mais aussi pourquoi cela se passe.

La mise en évidence des difficultés et de leurs causes, par les interviewés, leur a permis d'exprimer leurs besoins, au plus proche de la réalité de leur pratique.

Les limites de cette méthode résident dans le risque que les participants se limitent à des idées considérées comme « socio culturellement correctes ». La présence d'un meneur d'idées dans le groupe ou des relations conflictuelles entre les participants peuvent aussi entraver la libre expression. A charge du modérateur de canaliser ces différentes tensions, afin d'optimiser le recueil des données et la richesse des débats. L'ambiance conviviale et le nombre restreint de participants a évité de tomber dans cet écueil. De plus, les modalités pratiques du déroulement de l'entretien ont été rappelées au début de chaque focus group pour palier à la méconnaissance de cette méthode par certains participants. Le principe d'anonymisation a également été souligné, afin de faciliter la parole.

3.3.1.3 Echantillon

3.3.1.3.1 Nombre de participants

Le nombre de participants est, idéalement, de 6 à 8 personnes. Un nombre minimum de 4 personnes est indispensable pour assurer une dynamique de groupe, un maximum de 12 personnes pour permettre à chacun de s'exprimer et pouvoir modérer le groupe(50). Le nombre de participants a donc été respectivement de 5 participants aux deux premiers entretiens et de 6 au dernier. Afin d'avoir des groupes homogènes, en terme de représentativité de médecins de PMI et de médecins généralistes (3/3), le chercheur n'a pas effectué de sur-recrutement, et le nombre idéal de participants n'a pas été atteint pour 2 des entretiens. Malgré une relance téléphonique ou par sms la

veille, deux médecins de PMI ne se sont pas présentés à la réunion au dernier moment. Il existait donc un déséquilibre entre représentants de la médecine générale et représentants de la PMI lors de deux entretiens (3 pour 2).

3.3.1.3.2 Recrutement

Tous ont été recrutés sur la base du volontariat.

Le nombre de médecins de PMI dans la Vienne est limité : ils sont 13 à exercer. Néanmoins, ce nombre était suffisant car 3 participants étaient indispensables à chaque focus group. Ceci permettait donc la réalisation d'un nombre maximum de 4 entretiens, dans le cas où chacun participerait. Afin de favoriser leur implication, le projet a été présenté à tous les médecins de PMI par un court exposé de cinq minutes, au cours d'une réunion conjointe. A cette occasion, leurs disponibilités ont été recueillies.

Le recrutement des médecins généralistes a été fastidieux et chronophage. Un grand nombre d'invitations (plus de 50) a été envoyé, avec un faible taux de réponse. Bien entendu, chacun des médecins contactés avait un droit de non réponse. Afin de limiter ce manque de réponses et d'éviter la sous-représentation d'un groupe de participants et par conséquent, réduire la pertinence de l'étude par un biais de non-réponses, nous avons effectué une relance téléphonique, afin de recueillir les disponibilités de chacun. Les contactés ont été nombreux à décliner l'invitation devant des contraintes de temps, la date proposée étant unique. Nous avons choisi de retenir une date par secteur afin de s'assurer de la présence des médecins de PMI, ce qui a pu mettre un frein à la participation des médecins généralistes. Le chercheur s'est également heurté à des refus par manque d'intérêt sur le sujet. On peut noter également que certains médecins généralistes, ayant accepté de participer à ce travail de thèse, étaient des Enseignants Cliniciens Ambulatoires ou ECA (3 médecins sur 9). On peut donc se poser la question d'un intérêt plus grand, motivé par l'aspect pédagogique de ce travail de recherche.

Néanmoins un nombre suffisant de médecins généralistes a été atteint.

Recruter des professionnels volontaires implique que ces personnes soient intéressées par notre sujet. Pour cela, nous avons établi un mail de primo-contact présentant les éléments de notre travail de recherche et les objectifs de la réunion, sans pour autant discuter précisément des questions qui seraient abordées, ni révéler directement le but de l'étude envisagée, de manière à susciter le désir de participer. Le choix d'un courrier ou d'une présentation orale (pour les médecins de PMI) concis a été fait. L'objectif était de ne pas créer un biais de sélection au niveau du recrutement, lié au fait que les participants puissent anticiper leur réflexion sur la problématique avant la réunion.

Les critères d'inclusion ont été respectés.

Le chercheur a fait le choix d'organiser les focus groupes par secteur. Les territoires de PMI sont bien limités, il semblait donc judicieux que les échanges concernent des médecins de PMI et des généralistes du même secteur, prenant en charge le même bassin de population. De plus, nous avons choisi de contacter tous les territoires de la Vienne. Seule E. Delannoy-Pernin(4) avait interrogé les médecins de tout un département, les autres thèses relatives à ce sujet ne s'étaient limitées qu'à un secteur géographique sans prendre en considération la situation sur l'ensemble du département, alors que l'organisation de la PMI est départementale.

3.3.1.3.3 Représentativité des participants

Les participants présentent des caractéristiques communes et homogènes, en lien avec le thème abordé. Le mode de sélection est donc l'échantillonnage « fonctionnel ». Leur sélection vise à panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Nous avons donc choisi un échantillonnage théorique, notamment pour les médecins généralistes, la population de médecins de PMI étant restreinte.

L'échantillon conditionne la validité du travail et doit être caractérisé, dans les résultats, à l'aide d'un questionnaire quantitatif anonyme, soumis en fin de focus group. Il a permis de recueillir les caractéristiques des participants. L'homogénéité n'a pas été respectée en terme de représentativité des sexes puisque nous dénombrons la participation de 12 femmes contre 4 hommes. Ce biais s'explique par la population exclusivement féminine des médecins de PMI.

En revanche, la répartition par classe d'âge est relativement homogène avec 5 médecins dans chacune des 2 classes les plus jeunes et 3 médecins dans chacune des 2 classes les plus âgées.

En ce qui concerne l'expérience professionnelle, la majorité des participants avait eu une expérience en médecine générale, la majorité des médecins de PMI avait également eu une formation ou une expérience en médecine générale. Ceci constitue un biais car certains médecins de PMI ont parfois été tentés de répondre du point de vue de leur pratique de médecine générale. De plus, une majorité avait une expérience professionnelle inférieure à 10 ans. Ces personnes ont pu, parfois, regretter leur faible nombre d'expériences en rapport avec le thème exposé.

Concernant le lieu d'activité des médecins, il existait un équilibre entre urbain et rural. Cet équilibre peut s'expliquer par le choix du chercheur d'avoir sollicité des médecins généralistes et de PMI exerçant sur le même territoire.

Quant au niveau social de la patientèle, il était généralement moyen, en notant qu'il pouvait être plus élevé pour les généralistes et plus faible pour les médecins de PMI, mettant donc en évidence une population cible différente.

3.3.1.3.4 Réalisation des entretiens

Les conditions de réalisation des entretiens influent sur la validité interne de l'étude notamment en ce qui concerne les données qualitatives recueillies, leur fiabilité et leur crédibilité.

3.3.1.3.4.1 Le lieu

Nous avons choisi d'organiser les focus groupes dans un lieu neutre pour tous les médecins, afin d'éviter un biais externe. Par conséquent, il a été choisi de réaliser les entretiens dans des centres hospitaliers, hôpitaux publics, connus de tous, facile d'accès et sur le secteur géographique d'origine des médecins, afin de favoriser leur déplacement. Il a été mis à disposition des salles de taille modérée, permettant l'installation des tables en U, pour faciliter les échanges. Afin de créer une atmosphère détendue et conviviale, des rafraichissements et collations étaient proposés.

3.3.1.3.4.2 Le temps

Le chercheur a fait le choix de proposer des dates après recueil des disponibilités des médecins de PMI. Etant peu nombreux, leur présence était indispensable. Il a donc été choisi de réaliser les réunions le soir, une fois que chacun était libéré de ses contraintes professionnelles et, en semaine, pour ne pas interférer avec les contraintes personnelles de chacun. Néanmoins, la durée

d'un focus group étant programmée pour 1h30, les professionnels sollicités ont été nombreux à décliner l'invitation car ils trouvaient cet engagement trop chronophage et fatiguant.

3.3.1.3.4.3 L'enregistrement

Afin d'éviter la perte de données, les sources d'enregistrement ont été multipliées avec deux enregistrements audio numériques et un enregistrement vidéo numérique pour chacun des entretiens. Le matériel d'enregistrement audio était placé au centre de la table afin d'être accessible à toutes les voix. Les participants ont bien appliqué les consignes quant à la prise de parole, très peu de passages n'ont pu être retranscrits du fait d'une prise de parole simultanée, donc peu d'informations ont été perdues. L'appréhension des participants d'être enregistrés a été minimisée par le rappel du principe d'anonymat et de non diffusion des enregistrements.

L'enregistrement vidéo a permis d'identifier le participant s'exprimant lors des passages de prise de parole simultanée. Néanmoins, le chercheur n'a pas soumis cet enregistrement à l'analyse des attitudes non verbales, pour des raisons de complexité et du manque de connaissances socio-psychologiques approfondies nécessaires.

3.3.1.3.4.4 L'enquêteur ou modérateur

Il constitue un des paramètres majeurs de la qualité et pertinence des données recueillies par la méthode du focus group ; nous avons donc appliqué les techniques recommandées par la littérature(50). Deux modérateurs ont participé en fonction de leur disponibilité et de leur expérience dans l'animation de groupe. Ils étaient tous les deux familiarisés à la technique, l'ayant déjà utilisée lors de précédents travaux. Les modérateurs n'étaient pas impliqués dans la recherche. Ils étaient dans une attitude d'écoute active, les relances permettant de clarifier des propos ou de diriger le débat(58).

Le chercheur a tenu la place d'observateur, sa seule intervention a été l'accueil des participants et les remerciements. Aucune autre intervention n'a été réalisée lors des échanges afin de ne pas influencer le débat. Il était chargé de veiller au bon déroulement technique des entretiens.

3.3.1.3.4.5 La réalisation du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été établi, dans le respect des critères recherchés, avant la réalisation du premier focus group. Nous avons pour cela établi six thèmes principaux. Ces thèmes étaient basés sur nos hypothèses, constituées à partir de l'analyse bibliographique, thèmes que nous désirions aborder durant les entretiens afin de répondre à notre objectif et question de recherche.

Ce questionnaire thématique regroupait six questions. Lors du premier focus group, nous avons constaté une erreur dans la cinquième question. Elle était formulée par une question fermée, erreur du chercheur. Les réponses des participants ont donc pu être négativement influencées. Le modérateur a néanmoins reformulé rapidement la question afin de recueillir des informations pertinentes. Le guide d'entretien a bien entendu été modifié, suite à la première réunion, avec reformulation de cette question en question ouverte. Il a été reproductible ensuite.

L'ordre chronologique des questions a été respecté mais les participants ont parfois souhaité revenir sur des thèmes précédents pour exprimer des idées nouvelles. Cette opportunité leur a été offerte, c'est pourquoi les verbatims semblent parfois anarchiques.

Les questions ont parfois parues trop générales aux participants. Ils ont craint de répondre de manière trop évasive. Nous avons choisi la reformulation et la clarification. Néanmoins, nous avons évité de préciser la question afin de ne pas influencer la réponse des participants et de limiter un biais de réflexion.

3.3.1.3.5 Analyse des données

3.3.1.3.5.1 La retranscription

Pour limiter un biais majeur de perte des données, nous avons pris soins de retranscrire le plus fidèlement possible les enregistrements. Cette étape a particulièrement été chronophage. Afin de restreindre la perte d'information, la retranscription a été réalisée dans les jours suivant le déroulement du focus group. Le ralentisseur de vitesse de lecture de l'enregistrement audio a été utilisé pour bien déchiffrer le discours de chacun. La retranscription a été effectuée par le chercheur. Une seconde écoute par un intervenant extérieur a été réalisée afin de corriger la perte potentielle d'informations. Afin de respecter l'anonymat, la transcription a permis de coder la prise de parole des différents participants au fur et à mesure.

3.3.1.3.5.2 La saturation

Le principe de saturation d'idées est défini comme « le terme à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation n'émerge plus au cours de l'analyse »(54). Nous avons estimé l'avoir atteinte à l'issue du troisième entretien. La retranscription immédiate et les débriefings, entre modérateur et observateur, à l'issue de chaque focus group ont permis de juger de l'obtention de la saturation.

L'homogénéité des groupes a permis d'atteindre ce principe à l'issue de trois entretiens, ce qui aurait pu être plus long à obtenir en cas d'hétérogénéité des participants. Néanmoins, si les groupes avaient été hétérogènes, nous aurions pu attendre une plus grande richesse des éléments de réponse.

3.3.1.3.5.3 L'analyse

Nous avons opté pour une analyse thématique(55) devant différents critères :

- Elle est la plus fréquemment utilisée.
- Elle est la plus simple à mettre en œuvre, pour palier à notre manque d'expérience dans le domaine de la méthode qualitative.
- Elle permet de rechercher une cohérence entre les focus groups.
- Elle est adaptée à l'analyse de la masse d'informations collectées.

Elle a été réalisée de manière continue, systématique et transversale. Lors de la lecture des verbatims nous avons encodé un maximum de données pour limiter la perte d'information. Nous nous sommes aidé du logiciel Nvivo 10® afin de réaliser l'arborescence thématique et de clarifier le codage axial des données. Par méconnaissance du logiciel et par ses fonctionnalités importantes, le chercheur n'a pas pu utiliser tous les programmes qui auraient pu apporter des données supplémentaires, afin de justifier de la validité des résultats.

3.3.1.3.5.4 La triangulation

Afin d'améliorer la validité interne de notre étude, le verbatim du premier focus group a été soumis à l'analyse thématique par trois enquêteurs : le chercheur, le directeur de thèse et un professionnel médical, extérieur au projet de recherche, pour son regard neutre. L'objectif de cette triangulation est de palier à la subjectivité du chercheur.

3.3.2 Les résultats

Afin d'attester de la validité externe de notre étude, nous allons dans ce chapitre confronter nos résultats aux données de la littérature et les critiquer. Il nous semble également pertinent de souligner les axes à développer ou à concrétiser.

3.3.2.1 Place de chaque protagoniste dans la collaboration entre médecins généralistes et médecins de PMI : rappel des rôles.

Cette première question a semblé vaste aux participants, mais volontairement évasive de la part du chercheur. Elle a permis à chacun d'exprimer sa vision du rôle de l'autre et si nécessaire, de rappeler ses missions propres.

3.3.2.1.1 Rôles conjoints

Les rôles cités en premier étaient les rôles conjoints des médecins généralistes et des médecins de PMI, rôles connus de tous. Ceci avait également été mis en évidence dans le travail de recherche d'E. Delannoy-Pernin(4) qui montrait que les médecins généralistes connaissaient les missions des médecins de PMI en matière de pédiatrie, d'aide aux familles en difficultés, de périnatalité et de gynécologie. Ce sont des domaines fondamentaux dans l'exercice de la médecine générale, comme l'expriment ici les médecins généralistes. Il est question des rôles de dépistage, prévention, conseil, éducation, information, réassurance que ce soit auprès des futurs parents, de la petite enfance ou de la périnatalité.

3.3.2.1.2 Cadre d'intervention

La différence du cadre d'intervention a été mise en évidence : les médecins généralistes interviennent personnellement à domicile, ce qui n'est pas le cas des médecins de PMI. Ils sont également amenés à gérer les situations d'urgence, ce qui ne relève pas des missions du médecin de PMI, plutôt inscrites dans le dépistage et le suivi. Le temps d'intervention, en terme de durée de consultation, est plus long pour les médecins de PMI que pour les médecins généralistes.

3.3.2.1.3 Rôles spécifiques

Néanmoins, médecins généralistes et médecins de PMI s'accordent à reconnaître que les fonctions spécifiques des médecins de PMI sont mal connues. Les médecins de PMI estiment que la connaissance des rôles du médecin généraliste est plus inductive car la médecine générale est une discipline connue de tous. Les domaines de la protection de l'enfance, de la prise en charge psychologique et pluridisciplinaire, le rôle de coordinateur, de surveillance des conditions d'accueil des jeunes enfants ou encore les centres de planification et d'éducation familiale étaient mal connus par les médecins généralistes. D. Elchardus(3) mettait en évidence la même chose dans la région de Reims, tout comme J. Fresson déjà en 1988(2).

Concernant les spécificités du rôle de médecin généraliste, elles reposent sur la notion du médecin de famille. Du fait de sa connaissance du milieu, de l'histoire commune partagée, le médecin généraliste est le référent de confiance de la famille. Pour les mêmes raisons, la démarche du médecin généraliste s'inscrit beaucoup plus dans le temps, de manière longitudinale, ce que rappelle la société française de santé publique dans son rapport « des missions de santé publique pour les médecins généralistes »(19).

Nous pouvons conclure que les médecins généralistes ne font pas appel à la PMI par manque de connaissance de cette ressource.

3.3.2.2 Mise au point sur les échanges actuels pour soulever les obstacles existants et en rechercher les causes.

Le rappel des rôles a permis à chacun d'identifier les situations pour lesquelles il pouvait faire appel à son confrère.

3.3.2.2.1 Situations communes

Une situation d'échange est retrouvée. Il s'agit du suivi commun, parallèle, d'un même patient. Dans sa thèse en 2002, Fabienne Yvon(59) montrait l'importance du suivi conjoint, la spécificité du médecin de PMI et sa complémentarité avec celle du généraliste.

3.3.2.2.2 Les médecins généralistes peuvent interpeller la PMI

Le rappel des rôles de chacun a également permis aux médecins généralistes d'identifier leurs difficultés dans certaines situations. Ils expriment des difficultés à gérer des situations socio-médicales complexes, des circonstances où une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire, des cas de protection de l'enfance. Les médecins généralistes soulignent qu'ils délèguent ce type de tâches par manque de temps. Ce sont également des situations pour lesquelles ils reconnaissent ne pas savoir à qui faire appel. Ils expriment ne pas savoir à quelle ressource faire appel. Ils sollicitent alors la PMI pour sa spécificité et son rôle institutionnel. Selon l'étude de S. Fanello et al., « Consultation du nourrisson en PMI : enquête auprès des usagers et des professionnels d'un département français »(5), il s'agit d'un « choix délibéré de s'adresser à l'un ou l'autre des intervenants en fonction d'une orientation spécifique recherchée pour la consultation. » Par conséquent les médecins généralistes ne font pas appel à la PMI par manque de connaissance de

cette ressource. « La collaboration efficace exige d'abord que les professionnels connaissent et comprennent leurs rôles respectifs »(61). Ils reconnaissent en même temps que l'intervention de la PMI peut les décharger d'une tâche qui aurait été trop difficile à gérer.

3.3.2.2.3 Les médecins de PMI peuvent interpeller les généralistes

Les situations pour lesquelles les médecins de PMI font appel aux médecins généralistes n'avaient jusque-là pas été étudiées. Il ressort de notre travail que ces échanges sont rares. Les médecins de PMI font appel aux médecins généralistes pour s'assurer d'un suivi, comme nous l'avons décrit plus haut, mais aussi, fréquemment, pour des recueils d'informations concernant une situation préoccupante ou de problèmes soulevés lors des certificats obligatoires. Ils transfèrent parfois des tâches par manque de disponibilité ou en cas de nécessité d'un suivi à domicile, domaine d'activité hors de leur champ de compétence propre. Le médecin de PMI a un rôle d'intermédiaire avec le médecin généraliste. Dans sa thèse, « Les relations entre médecins généralistes et service de PMI »(2), Jeanne Fresson souligne ce rôle d'intermédiaire, sans pour autant le définir. Ici, les médecins de PMI ont décrit ce rôle d'intermédiaire pour la prise en charge de situation parentale, de situation d'urgence ou pour la prise en charge de la pathologie, domaines dans lesquels ils n'interviennent pas.

3.3.2.2.4 Rareté, utilité, nécessité des échanges

Les précédents travaux de recherche de 1988(2), 2008(3) et 2011(4), 2014(60) ont décrit les relations entre médecins généralistes et médecins de PMI comme rares mais suffisantes. La collaboration a été jugée utile mais à améliorer. L. Dufour souligne qu'« il manque essentiellement une cohérence entre des acteurs qui semblent prêts à travailler ensemble »(60). Les médecins de la Vienne expriment le même ressenti en terme de rareté et d'utilité, en revanche, ils soulignent que les échanges sont insuffisants.

La rareté des échanges serait liée à la méconnaissance partielle des missions de la PMI selon E. Delannoy-Pernin(4) et D. Elchardus(3). Dans notre enquête, nous montrons aussi que la méconnaissance des coordonnées et des territoires est une entrave majeure à l'échange. Il est bien souligné par les intervenants que malgré les moyens actuels de sources de données importants, trouver les coordonnées de la PMI reste compliqué et chronophage.

3.3.2.2.5 Les entraves

Chacune des deux parties regrette ne pas se connaître physiquement. Cette méconnaissance semblerait mettre un frein aux échanges par retenue, en diminuant la spontanéité. Ce type d'entrave a également été mis en évidence entre médecins et pharmaciens selon Claude Richard(61).

Une caractéristique de notre étude est de poser le problème de l'éthique entre médecins généralistes et médecins de PMI, avec parfois des soucis de confraternité et de respect du secret médical, reflet d'un défaut d'habileté communicationnelle de contenu (« quoi ») et de processus (« comment ») comme le décrit l'approche de Calgary Cambridge(61).

Concernant les conditions d'exercice, la notion de difficultés de moyens a été soulevée. Afin d'améliorer la communication, E. Delannoy-Pernin(4) proposait d'augmenter les moyens alloués à la

PMI. Ici, ces difficultés sont listées : le défaut de traçabilité, le surcroît d'information à l'égard des médecins généralistes, des outils inadaptés et le manque de temps dédié à la communication autour de la population cible. D'autres entraves sont également exprimées, notamment les disponibilités différentes des médecins généralistes et des médecins de PMI. L'environnement professionnel des médecins généralistes est décrit comme « pollué » par le manque de temps et des interpellations itératives extérieures (sollicitations des autres professionnels de santé et des patients). Dans sa thèse, H. Binart Ecale souligne « la difficulté de la tâche pour les médecins généralistes, de devoir en permanence s'adapter à leur environnement »(62). La temporalité est différente pour les deux professions : les médecins généralistes expriment leurs difficultés à joindre les médecins de PMI par leur temps de présence limité. Ceci s'explique par le fait que les médecins de PMI interviennent également à l'extérieur des locaux de PMI.

Concernant les représentations sociales de la PMI, la notion de concurrence a également été évoquée, bien plus présente dans le passé (majeure pour J. Fresson en 1988)(2) qu'actuellement. Selon D. Elchardus(3), l'image de la PMI semble plus positive pour les jeunes médecins, améliorée par la formation médicale initiale et un taux d'activité pédiatrique plus élevée que pour les médecins plus âgés. Les médecins de PMI ont exprimé au cours de notre enquête la crainte que leur intervention soit mal vécue par certains confrères généralistes. Ils soulignent que ces situations sont plus rares mais encore existantes. Une autre image négative de la PMI est soulignée : c'est une image de « contrôle » pouvant conduire les familles à refuser d'aller en PMI. Il existe également la notion de recrutement des classes sociales précaires. La PMI est mal connue du fait de sa petite structure, les médecins généralistes ont une vision restrictive de ses rôles. Ceci illustre les concepts d'Abric(63) qui montrent que les représentations sociales comportent quatre fonctions principales : fonctions de savoir, identitaires, d'orientation et justificatrices. Une vision erronée de ces fonctions va donc être un limiteur de son utilisation. L'image restrictive de la PMI, par les médecins généralistes, limite les échanges. De même, dans sa thèse de 2014 sur la collaboration entre PMI et médecins généralistes, Laurine Dufour montre que « plusieurs médecins de PMI ont fait référence à la dévalorisation de leur profession, créant même un possible sentiment « d'infériorité » par rapport à leurs collègues libéraux »(60).

Les précédents travaux de thèse de D. Elchardus(3) et E. Delannoy-Pernin(4) insistent sur le fait que l'amélioration de la communication entre médecins généralistes et médecins de PMI est essentielle et plutôt souhaitée. Nous avons donc fait le choix de ne pas développer de nouveau cette piste réflexive. Néanmoins, les médecins interrogés ont exprimé ce désir de mieux communiquer.

3.3.2.3 Les solutions envisagées et les outils pertinents pour améliorer la communication.

Les données, retrouvées dans notre étude, sont transposables aux caractéristiques de la collaboration interprofessionnelle selon l'ouvrage « communication professionnelle en santé »(61).

En effet, les axes qui se sont dégagés pour favoriser la collaboration sont des domaines :

-du savoir : passant par la compréhension des rôles de chacun. Les aspects pratiques dégagés étaient de créer un réseau en définissant les territoires et en se faisant connaître. L'aspect conceptuel relevé est de définir les missions afin de savoir dans quel domaine interpellé et favoriser une prise en charge pluridisciplinaire.

-du savoir être : avec l'écoute de l'autre, la réceptivité et le respect de l'expertise. C'est ce qu'ont exprimés nos participants en exprimant leur désir de collaborer pour accompagner une démarche, avoir un avis spécialisé pour les médecins généralistes dans certains domaines. La conséquence pratique retenue pour chacune des deux spécialités est le gain de temps, aussi bien pour le patient que pour le médecin.

-du savoir faire : en privilégiant l'échange et le partage d'informations, la rigueur du discours (concret, précis, logique) et la gestion des conflits. Les médecins généralistes ont également souligné l'importance du retour d'information afin d'améliorer la collaboration, de vaincre leur solitude et de fluidifier le suivi.

3.3.2.3.1 Les solutions évoquées pour pallier à ce défaut de communication passent par une optimisation des moyens déjà utilisés.

Comme nous l'avons déjà souligné, le manque de connaissance est un obstacle majeur pour les interviewés, ceux-ci arguant du manque de formation, que ce soit initiale ou continue. Cette étiologie avait également été retenue par E. Delannoy-Pernin(4) et D. Elchardus(3). Les éléments retenus au cours des échanges ont été : de proposer une séance « PMI » dans les différentes FMC auxquelles participent les médecins interviewés, d'améliorer la Formation Médicale Initiale en citant la PMI comme moyens ressources dans les cours, en présentant les services de PMI aux internes ou en ouvrant d'avantage de postes de stage. Les médecins de PMI ont exprimé leur intérêt majeur à se faire connaître, et leur désir de mettre en place ce genre d'actions.

Dans notre étude, nous retrouvons les moyens de communication signalés lors des précédents travaux de thèse comme les plaquettes d'information ou la presse spécialisée, le carnet de santé et le téléphone, moyens paraissant incontournables mais insuffisants pour les médecins de la Vienne. Le souhait de rencontres est vraiment exprimé de manière récurrente. Une étude surfacique des résultats sur Nvivo10® aurait permis de quantifier l'importance de cette proposition. Néanmoins, les participants de notre étude ont également souligné la nécessité de rendre plus efficaces :

-les écrits : que ce soit les courriers ou les mails, avec des échanges sécurisés (utilisation du réseau local e-santé Poitou-Charentes) et regroupés via le dossier médical partagé.

-la création d'un annuaire professionnel médico-social, la définition des territoires afin de faciliter la prise de contact. Ils ont soulevé l'intervention de l'ARS et du CNOM pour la diffusion des informations.

La dématérialisation des données est souhaitée par les médecins généralistes de la Vienne. Ceci rejoint les résultats de l'étude de 2012 relative à la communication des médecins généralistes avec les autres professionnels de santé du secteur libéral : « les messageries sécurisées offrent aux médecins un certain nombre de solutions pour améliorer la qualité de leurs échanges. Elles sont associées à une meilleure gestion des informations relatives aux patients, et à une dématérialisation des données échangées pour les transférer sur un même support, informatique »(62).

3.3.2.3.2 D'autres solutions pour améliorer la communication sont novatrices

Notre étude relève l'idée nouvelle de créer un système dédié. Les participants n'en ont pas défini les caractéristiques précises mais en ont décrit les aspects conceptuels. Ils souhaitent un système de partage. La communication devrait être ciblée et spécifique afin d'harmoniser les langages. L'objectif commun aux médecins généralistes et aux médecins de PMI serait d'optimiser les prises en charge. Les pistes de travail étaient d'améliorer les outils de communication. D'une manière plus générale, ils souhaitent que les moyens soient augmentés. Il semble indispensable d'avoir des temps dédiés, conjoints aux médecins généralistes et aux médecins de PMI pour échanger sur certaines situations complexes.

Henneman et al. proposent une description de la collaboration interprofessionnelle entre médecin et infirmière à l'aide des caractéristiques suivantes(64) :

- la concertation,
- la participation volontaire,
- la planification et la prise de décision partagée,
- l'approche d'équipe,
- le partage d'expertise,
- les responsabilités et le pouvoir partagé,
- les relations non hiérarchiques.

Ces champs sont repris dans le guide méthodologique de la HAS de 2010 relatif à la coopération entre professionnels de santé(65) :

- « -formaliser le projet : une démarche collective de construction et d'appropriation.
- recruter des acteurs motivés et formés.
- mettre à disposition des outils communs.
- créer un environnement favorable. »

C'est ce qu'ont précisé dans leurs demandes les médecins de la Vienne. La faisabilité reste encore à étudier en terme de moyens logistiques et financiers, et de temps. Un projet est à l'étude sur un secteur de Poitiers.

3.3.2.4 Perspectives

Notre étude a donc permis d'identifier des pistes de travail à développer, dont les caractéristiques d'efficience se rapprochent de celles retrouvées dans la littérature. Notre travail a souligné les préférences pour certains outils comme les rencontres, la création d'un annuaire professionnel, la formation et, le souhait de la création d'un système dédié unique. Néanmoins, les modalités précises n'ont pu être définies. Un rapprochement a été évoqué avec les Contrats Locaux de Santé, dont la démarche semblerait adéquate à notre problématique mais à l'échelle départementale : « La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » selon l'article L. 1434-17 du Code de santé publique(66).

Concrètement, les médecins généralistes et les médecins de PMI qui se sont rencontrés lors des focus group, ont échangé leurs coordonnées. Certains médecins généralistes souhaitent proposer au sein de leur groupe de FMC une soirée sur le thème de la PMI, dès la rentrée prochaine.

Le schéma petite enfance 2015-2019 du Conseil Général de la Vienne(67) a défini deux axes de travail « améliorer l'accueil, l'accessibilité et la réponse aux usagers en réorganisant le travail des équipes de secteur et les liens avec les partenaires » et « développer et conforter le partenariat dans les domaines de la santé et de la prévention » dans lesquels les actions « renforcer les liens existants avec les partenaires médicaux » sont cités comme axes de travail. Notre travail pourrait apporter des pistes pour les modalités de mise en œuvre, notamment en organisant des rencontres et des sessions de FMC, en améliorant l'accès aux coordonnées des médecins de PMI.

Une évaluation de l'amélioration de cette collaboration entre médecins généralistes et médecins de PMI pourrait être mise en place afin de juger de l'efficacité des mesures effectuées, afin de s'inscrire dans une démarche qualité.

L'étude canadienne intitulée « Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité »(68) montre que, pour des populations de patients ayant des besoins spécifiques, le renforcement de la collaboration interprofessionnelle donne des résultats positifs tant pour le personnel soignant que pour le système de soins et le patient. Une autre piste réflexive serait donc d'évaluer l'impact ressenti de l'amélioration de cette collaboration sur la qualité des soins pour les usagers, ainsi que son impact en terme d'économie de santé.

4 CONCLUSION

Dans les domaines de la petite enfance, de la périnatalité et, pour la prise en charge des parents, médecins généralistes et médecins de PMI ont un rôle de premier recours. Le médecin généraliste ou médecin de famille a un rôle prépondérant de coordinateur dans le système de soins, et gère simultanément des problèmes de santé aigus et chroniques. La PMI a un rôle primordial de prévention et de santé publique. Ses missions sont multiples, principalement axées sur la santé des mères et des enfants. Leur travail est donc complémentaire, leur collaboration indispensable.

Notre enquête qualitative par la méthode des focus groupes a permis d'évaluer les relations entre médecins généralistes et médecins de PMI dans la Vienne. Elle a permis de mettre en évidence le regret des deux parties quant au manque de relations entre eux. Les rôles et missions spécifiques de la PMI sont relativement mal connus des médecins généralistes. Les deux parties s'accordent à dire que les autres obstacles communicationnels sont liés à une méconnaissance physique de leurs interlocuteurs, à des conditions d'exercice différentes et, à des représentations sociales négatives de la PMI.

La méthode des entretiens communs a permis de confronter les attentes des médecins généralistes et des médecins de PMI pour améliorer leurs échanges. Ils souhaiteraient que le réseau soit clairement redéfini et que la communication soit plus fluide, dans le but de gagner du temps et d'optimiser la démarche de soins. Le souhait des médecins de la Vienne serait d'organiser des rencontres afin de se faire connaître, notamment en complétant la formation (initiale et continue). Un autre axe d'optimisation serait la création d'un système de communication dédié, spécifique. Bien entendu ces améliorations peuvent également se faire en perfectionnant des outils de communication actuels comme les écrits (information dans la presse spécialisées, DMP...), le carnet de santé, les contacts téléphoniques, la diffusion des coordonnées, l'optimisation de l'espace internet consacré à la PMI sur le site du Conseil Général de la Vienne. Malgré la tendance actuelle à la dématérialisation des données, les médecins de la Vienne insistent sur leur besoin de rencontre et d'échange physique, gage d'une meilleure communication.

A l'heure où la démographie médicale et la demande de soins changent, il semble impératif d'avoir des réseaux de soins efficaces concernant une population donnée. Les usagers en sont également demandeurs. Des efforts sont à faire, ayant pour objectif de diminuer les dépenses de santé et d'améliorer la qualité des soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. La coopération entre les professionnels de santé [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/la-cooperation-entre-les-professionnels-de-sante.html>
2. Fresson J. Les relations entre médecins généralistes et service de P.M.I [Thèse Méd.]. Nancy 1; 1988 ; 103.
3. Elchardus D. Dialogue entre médecins généralistes et médecins de PMI : enquête réalisée sur un secteur de Reims [Thèse Méd.]. Reims Champagne-Ardenne; 2008; 112.
4. Delannoy-Pernin E. Perception de la Protection Maternelle et Infantile par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés en Moselle [Thèse Méd.]. Nancy 1; 2011 ; 105.
5. Fanello S, Hassani A, Meunier B, Dagorne C, Parot E. Consultation du nourrisson en PMI : enquête auprès des usagers et des professionnels d'un département français. Santé Publique. 2007;19(1):9.
6. Schéma de la petite enfance 2010-2014. Conseil Général de la Vienne.
7. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract. 2002 Jun;52(479):526–7.
8. Code de la santé publique - Article L1411-11. Code de la santé publique.
9. OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 1998 – La vie au 21e siècle: Une perspective pour tous. WHO. 1998.
10. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. DREES; 2007 août p. 8. Report No.: 588.
11. DUMESNIL S, LE FUR P. État de santé des enfants pauvres et recours aux soins en ambulatoire. Paris: CERC, CGP, CNAF, DREES; 2003.
12. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. HAS; 2005 Sep p. 16.
13. Auzanneau N. Les femmes et l'accès à la santé. Institut Opinionway pour la MGEN et la LMDE; 2011 Oct.
14. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique. 2005;17(1):109.

15. DIAS S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse Méd.]. Paris Diderot - Paris 7; 2010 ; 139.
16. Bézier A. En pratique, quelle place pour le médecin généraliste : enquête auprès de 175 patientes, pôle mère-enfant de Bron. [mémoire de DIU de gynécologie-obstétrique]. 2009.
17. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS; 2007 mai p. 40.
18. République française. LOI n° 2007-1787 du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit. JO du 21 décembre, 2007 p. 20639.
19. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique. 2008;20(5):489.
20. Bouet P, Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2014. Conseil National de l'Ordre des Médecins; p. 274.
21. Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Poitou-Charentes - situation en 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins; p. 60.
22. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Médecine générale en crise : faits et questions. Médecine. 2006 mai;2(5):223-8.
23. Bachelet M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013. DREES; 2014 Oct p. 6. Report No.: 894.
24. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres [Thèse Méd.]. Poitiers; 2013 ; 116.
25. République française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO du 22 juillet, 2009 p. 12184.
26. Belkebir R. Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus: la gynécologie en situation de soins primaires [Thèse Méd.]. Université de Poitiers; 2012 ; 148.
27. Guilleux A-L. Regard sur la formation en pédiatrie au cours du troisième cycle de médecine générale [Thèse Méd.]. Nantes; 2013 ; 76.
28. OECD. Rémunération des médecins généralistes et spécialistes. Panorama de la santé. 2013. p. 74-5.
29. République française. Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile. Nov 5, 1945 p. 7297.
30. Fritz M-T. La protection maternelle et infantile. Annales de Pédiatrie. 1998;501-7.
31. République française. Décret n°47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'Etat de puéricultrice. JO du 13 août, 1947.

32. République française. Décret n°62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile. JO du 19 juillet, 1962 p. 7310.
33. République française. Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances. JO du 5 décembre, 1974 p. 12123.
34. République française. Loi n°70-633 du 15 juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire des certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs. JO du 17 juillet, 1970 p. 6657.
35. République française. Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions. Mar 3, 1982 p. 730.
36. République française. Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé. Jan 8, 1986 p. 372.
37. République française. Loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé. JO du 19 décembre, 1989 p. 15735.
38. République française. Décret n°92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile. JO du 6 août, 1992 p. 10972.
39. République française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Mar 5, 2002 p. 4118.
40. République française. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JO du 11 août, 2004 p. 14277.
41. République française. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JO du 12 février, 2005 p. 2353.
42. République française. Loi n° 2005-706 du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux. JO du 28 juin, 2005 p. 10665.
43. République française. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Mar 6, 2007 p. 4215.
44. République française. Loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant sur les dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale. Jan 27, 1984 p. 441.
45. Code de la santé publique - Article L2112-1 et les suivants. Code de la santé publique Mar 6, 2007.
46. recueil de données PMI 2009-2014 ; Conseil Général de la Vienne.
47. République française. Carnet de santé de l'enfant [Internet]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr>

48. Decis S, Hatem F, Brunel L, Leseigneur O. Agir contre la maltraitance : guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance. Paris: Enfance et Partage; 2014 p. 44.
49. Vidalenc J. Enquête emploi en continu 2012. INSEE; 2013 Sep.
50. Touboul P. Recherche qualitative: la méthode des focus groups. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. 2012. Disponible sur: www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef
51. Moreau A, Dedienne M-C, Letrilliart L, et al. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat Médecine Générale. 2004 Mar 15;18(645).
52. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142–5.
53. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittee J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2009;20(87):74–9.
54. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittee J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2009;20(88):106–12.
55. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. Rech Qual. 2007;3:243–72.
56. Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. BMJ. 1998 Apr 18;316(7139):1230–2.
57. Popay J, Williams G. Qualitative research and evidence-based healthcare. J R Soc Med. 1998;91(Suppl 35):32–7.
58. Thibeault E-N. A propos de la méthodologie des entretiens de groupes focalisés. Disponible sur: <http://www.adjectif.net/spip>. 2010.
59. Yvon F. Attentes et degré de satisfaction des mères vis à vis de la consultation infantile de P.M.I.: à propos d'une enquête réalisée auprès des usagers de la P.M.I. [Thèse Méd.]. Université de Nantes; 2002.
60. 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 [Thèse Méd.]. Université de Bordeaux; 2014 ; 143.
61. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. ERPI; 2005. 864 p.
62. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. [Thèse Méd.]. Bobigny; 2012 ; 128.

63. Abric J-C. Méthodes d'étude des représentations sociales. ERES; 2003. 296 p.
64. Henneman EA, Lee JL, Cohen JI. Collaboration: a concept analysis. J Adv Nurs. 1995 Jan 1;21(1):103-9.
65. Coopération entre professionnels de santé Guide méthodologique - Tome 1 « Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007 ». HAS; 2010 juillet p. 40.
66. Code de la santé publique - Article L1434-17. Code de la santé publique version en vigueur au 1er avril, 2010 p. 12184.
67. Schéma de la petite enfance 2015-2019. Conseil Général de la Vienne.
68. Barrett J, Curran V, Glynn L, Godwin M. Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité. FCRSS; 2007 décembre.

Annexe 1 : plaquette de la PMI du Conseil Général de la Vienne

Comment joindre un professionnel ?

Vous pourrez joindre et consulter un professionnel du service PMI au sein des Maisons Départementales de la Solidarité.

Châtellerauld-Nord 7, allée Vde St Genis Tél. : 05 49 23 23 02	Chivray 11, rue S. Allende Tél. : 05 49 87 01 35	Poitiers 9, rue G. le Troubadour Tél. : 05 49 41 97 00
Châtellerauld-Sud 4, rue R. Cassin Tél. : 05 49 21 38 51	Fontaine-le-Comte 41, rue du Vercors Tél. : 05 49 00 51 30	Antenne des 3 cités 20, rue de la Piquetterie 86000 Poitiers Tél. : 05 49 01 37 40
Chaurigny 37, rue Faideau Tél. : 05 49 46 41 56	Jaunay-clan rue Evariste Galois Tél. : 05 49 00 43 49	Antenne de Beaulieu 10, boulevard Savari 86000 Poitiers Tél. : 05 49 61 44 53
Loudun 14, bd du 8 mai 1945 Tél. : 05 49 98 10 83	Montmorillon 18, place de la Victoire Tél. : 05 49 91 11 03	Antenne de Bel-Air 21, rue Emile Roux 86000 Poitiers Tél. : 05 49 37 00 19
Antenne des Couronneries 25, rue de Slovénie 86000 Poitiers Tél. : 05 49 38 27 20	Antenne de Belleouanne 15, rue Edith Piaf 86000 Poitiers Tél. : 05 49 52 30 30	



Conseil Général de la Vienne
Direction Générale Adjointe des Solidarités
Service de Protection Maternelle et Infantile
39 rue de Beaulieu – 86034 POITIERS
Tél. : 05.49.45.90.28/29
www.cg86.fr

http://nouvelle.86690.86ad



Bébés, enfants, parents...
Le service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
du Conseil Général vous accompagne



La Protection Maternelle et Infantile, un service de santé publique.

Ce service met à votre disposition un ensemble de professionnels :

- Médecins
- Sages-femmes
- Infirmières-puéricultrices
- Psychologues
- Auxiliaires de puériculture

Le service de la PMI vous propose des prestations médicales, psychologiques, sociales et des conseils en faveur des familles, des futures mères et des enfants de moins de 6 ans, dans le respect du secret professionnel.

Toutes ces prestations sont gratuites.

Ce travail s'effectue en complémentarité avec les autres acteurs de la santé.

Si vous désirez, vous pouvez bénéficier, à tout moment de :

L'accès à la contraception

- Consultation gynécologique, de contraception par un médecin ou une sage-femme
- Préparation à votre projet de grossesse (hygiène de vie, antécédents médicaux, préparation à l'accueil de votre enfant...)
- Conseil conjugal et familial
- Entretien psychologique

L'accompagnement au cours de votre grossesse

- Entretien prénatal précoce
- Suivi des grossesses en consultation et/ou en visite à domicile par la sage-femme
- Ecoute, accompagnement, préparation à la naissance
- Consultation gynécologique postnatale

Après la naissance et jusqu'aux 6 ans de l'enfant

- Conseils de puériculture, au domicile par la puéricultrice ou en permanence
- Consultations médicales, vaccinations, suivi du développement de l'enfant par un médecin, une puéricultrice, une psychologue
- Soutien à la fonction de parent
- Bilans de santé en école maternelle qui permettent notamment un dépistage des troubles de la vue et de l'audition, du langage et de l'adaptation scolaire
- Le service PMI garantit la qualité des modes d'accueil et peut vous conseiller dans votre choix.



Annexe 2 : guide d'entretien

REPRESENTATIONS

1. Que représente pour vous le rôle du médecin généraliste ou du médecin de PMI en ce qui concerne la prise en charge des futurs parents, de la périnatalité et de la petite enfance ?

2. Quelles sont les circonstances, situations ou raisons pour lesquelles vous faites appel aux services de PMI ou, à l'inverse, aux médecins généralistes ?

ATTENTES

3. Comment cela se passe-t-il en pratique quand vous faites appel à vos confrères médecins généralistes ou médecins de PMI ?

4. Quels sont les difficultés et obstacles pour échanger avec vos collaborateurs que vous avez pu rencontrer personnellement ?

COMMUNICATION

5. Comment une meilleure communication entre vous, serait-elle susceptible d'améliorer vos pratiques respectives ? (Donnez des exemples)

6. Par quel(s) moyen(s) aimeriez-vous établir des contacts entre vous ?

Annexe 3 : questionnaire quantitatif

Ce questionnaire est anonyme. Il n'a aucune valeur de jugement. Il permettra de démontrer la pertinence de l'échantillon choisi.

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Votre âge

- 25-35 ans
- 36-45 ans
- 46-55 ans
- >55 ans

Votre lieu d'activité :

- Urbain
- Rural
- Semi-urbain
- Semi-rural

Votre formation / diplômes obtenus :

Votre expérience professionnelle

- <à 10 ans
- 10 à 20 ans
- >à 20 ans

Avez-vous déjà exercé

- En PMI
- En médecine générale
- Les deux

Niveau social de votre patientèle

- Bas
- Moyen
- Elevé

Vos impressions sur cette réunion :

.....

.....

Annexe 4 : lettre d'invitation aux focus groupes

Maud KIENER

Médecin généraliste remplaçant

Tél : 06.80.63.44.16

E-mail : kiener.maud@gmail.com

Poitiers, le

Chère consœur, Cher confrère,

Interne de médecine générale, j'ai eu l'occasion de découvrir les services de Protection Maternelle et Infantile au décours d'un stage satellite. Orientés vers la même démarche préventive dans les domaines de la périnatalité et de la petite enfance, médecins généralistes et médecins de PMI sont associés dans le même réseau de soin.

Au décours de mon travail de thèse, je me propose de faire le point sur les relations entre médecins généralistes et médecins de PMI et de rechercher des techniques afin d'optimiser le fonctionnement de ce réseau.

Pour ce faire, je vous convie à participer à des focus groups (ou groupe d'échange) afin de partager vos attentes. Je vous propose les rencontres suivantes :

-le à

Dans l'attente de vos disponibilités, je vous remercie de l'attention que vous porterez à mon projet.

Veillez agréer, Chère Consœur, Cher Confrère, l'expression de mes salutations respectueuses.

Maud KIENER

Médecin généraliste
remplaçant

Dr Alain QUAIS

Médecin généraliste,
directeur de thèse

Dr Florence RETAUD

Pédiatre, Médecin
responsable Protection
Maternelle et Infantile

Conseil Général de la
Vienne

Annexe 5 : transcription intégrale des entretiens (sur CD)

RESUME ET MOTS-CLES

Introduction : Dans les domaines de la périnatalité, de la petite enfance et de la famille, la prise en charge pluridisciplinaire est primordiale. Les principaux acteurs de ce réseau sont les médecins généralistes et les médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI). La coordination entre ces professionnels permet une prise en charge globale, centrée sur le patient. Afin qu'elle soit efficace, l'échange entre ces professionnels est indispensable.

Notre travail consiste à recueillir les attentes des médecins généralistes et des médecins de PMI quant à leur collaboration dans la prise en charge des futurs parents, de la périnatalité et de la petite enfance. L'objectif secondaire est de proposer des éléments d'amélioration de cette collaboration en lien direct avec leurs attentes, en particulier en terme de communication.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude qualitative par la méthode du focus group, en interrogeant les médecins généralistes et les médecins de PMI de la Vienne.

Résultats : Conscients d'avoir des missions et des champs d'intervention communs, les médecins généralistes déplorent ne pas connaître les spécificités du rôle de médecin de PMI. Les représentations sociales négatives, la méconnaissance des coordonnées de la PMI sont analysées comme des facteurs inhibant la qualité de la communication entre pairs. Les médecins généralistes et les médecins de PMI expriment leur regret de ne pas connaître physiquement leur interlocuteur, ce qui met un frein à leurs échanges. Les autres obstacles relevés sont liés aux conditions d'exercice mais sont également de nature éthique. L'amélioration de cette collaboration pourrait passer par la mise en place d'actions partagées. Les deux populations ont exprimé leur souhait de voir se créer un système dédié à ce réseau, avec des rencontres. L'amélioration des outils de communication actuels (presse spécialisée, annuaire médico-social, carnet de santé, courriers...) est également indispensable.

Discussion : Conscients d'une évolution des besoins en santé, médecins généralistes et médecins de PMI s'accordent à dire qu'ils souhaitent améliorer leurs échanges afin d'optimiser la prise en charge des parents, de la périnatalité et de la petite enfance. Des solutions sont proposées mais il reste à déterminer leur faisabilité et les modalités d'évaluation de leur mise en œuvre.

Mots-clés : médecins généralistes, Protection Maternelle et Infantile, recherche qualitative, collaboration, moyen de communication.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Introduction : In the areas of perinatal, early childhood and the family, the acceptance of multi-disciplinarity is essential. The primary participants in this network are general practitioners (GPs) and doctors of Maternal and Child Health (PMI). Co-ordination between these professionals allows a global perspective, centred on the patient. For it to work effectively, exchanges between these professionals is essential.

Our work consists in taking note of the expectations of GPs and doctors of PMI regarding their collaboration in the care of future parents, perinatal and early childhood. The secondary objective is to suggest areas of improvement in this collaboration in direct connection with their expectations, especially in terms of communication.

Methodology : We carried out a qualitative study using a focus group, by questioning the GPs and doctors of PMI of the Vienne department.

Results : Being aware of having common tasks and areas of intervention, the GPs deplore being unaware of the job specificities of a doctor of PMI. The negative social image and the lack of information about the contact details for doctors of Maternal and Child Health are analysed as factors preventing effective communication between equals. The GPs and doctor of PMI express their regret at not meeting their opposite numbers face-to-face, which inhibits communication. The other uncovered obstacles are linked to the practice conditions but fall all equally within the province of ethics. The improvement of this collaboration could be realized by putting in place joint actions. The two populations expressed their desire to see the creation of this network, with face-to-face meetings. The improvement of the existing means of communication (specialist journals, socio-medical directory, health record, letters...) is just as essential.

Discussion : Recognising a development of health requirements, GPs and doctor of Maternal and Child Health agree that they would like to improve their collaboration, with a view to optimising parental care, perinatal and care in early childhood. Solutions are proposed, but their feasibility remains to be determined, as does the means of evaluation for their implementation.

Keywords : General Practitioners, doctor of Maternal and Child Health, qualitative research, collaboration, means of communication.



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé et mots-clés

Introduction : Dans les domaines de la périnatalité, de la petite enfance et de la famille, la prise en charge pluridisciplinaire est primordiale. Les principaux acteurs de ce réseau sont les médecins généralistes et les médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI). La coordination entre ces professionnels permet une prise en charge globale, centrée sur le patient. Afin qu'elle soit efficace, l'échange entre ces professionnels est indispensable.

Notre travail consiste à recueillir les attentes des médecins généralistes et des médecins de PMI quant à leur collaboration dans la prise en charge des futurs parents, de la périnatalité et de la petite enfance. L'objectif secondaire est de proposer des éléments d'amélioration de cette collaboration en lien direct avec leurs attentes, en particulier en terme de communication.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude qualitative par la méthode du focus group, en interrogeant les médecins généralistes et les médecins de PMI de la Vienne.

Résultats : Conscients d'avoir des missions et des champs d'intervention communs, les médecins généralistes déplorent ne pas connaître les spécificités du rôle de médecin de PMI. Les représentations sociales négatives, la méconnaissance des coordonnées de la PMI sont analysées comme des facteurs inhibant la qualité de la communication entre pairs. Les médecins généralistes et les médecins de PMI expriment leur regret de ne pas connaître physiquement leur interlocuteur, ce qui met un frein à leurs échanges. Les autres obstacles relevés sont liés aux conditions d'exercice mais sont également de nature éthique. L'amélioration de cette collaboration pourrait passer par la mise en place d'actions partagées. Les deux populations ont exprimé leur souhait de voir se créer un système dédié à ce réseau, avec des rencontres. L'amélioration des outils de communication actuels (presse spécialisée, annuaire médico-social, carnet de santé, courriers...) est également indispensable.

Discussion : Conscients d'une évolution des besoins en santé, médecins généralistes et médecins de PMI s'accordent à dire qu'ils souhaitent améliorer leurs échanges afin d'optimiser la prise en charge des parents, de la périnatalité et de la petite enfance. Des solutions sont proposées mais il reste à déterminer leur faisabilité et les modalités d'évaluation de leur mise en œuvre.

Mots-clés : médecins généralistes, Protection Maternelle et Infantile, recherche qualitative, collaboration, moyen de communication.