



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Hélène LUCAS

Née le 03/03/1984 à Chauny (02)

le 19/04/2013

**« Analyse des attentes des usagers des consultations du service de
Protection Maternelle et Infantile de Meurthe et Moselle :**

**Sont-elles en adéquation avec les représentations des professionnels de
santé? »**

M. le Pr Cyril SCHWEITZER,	Professeur des Universités- Praticien Hospitalier	Président
M. le Pr Serge BRIANCON,	Professeur des Universités- Praticien Hospitalier	Juge
M. le Pr Emmanuel RAFFO,	Professeur des Universités- Praticien Hospitalier	Juge
Mme le Dr Marie Christine COLOMBO,	Docteur en Médecine	Directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseeurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUUEL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseeurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard
DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT – Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD – Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON
Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

- Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER -
- Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel SCHMITT
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER -
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Michel WAYOFF

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

A notre Maître et Président de jury,

Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER

Professeur de Pédiatrie et de Pneumologie Pédiatrique

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respect et de notre sincère reconnaissance pour nous avoir permis de réaliser ce travail.

A notre Maître et juge,

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Epidémiologie, d'Economie de la Santé et De Prévention

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail et de nous faire l'honneur d'en être juge.

A notre Maître et juge,

Monsieur le Professeur Emmanuel RAFFO

Professeur de Pédiatrie et de Neurologie Pédiatrique

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre respect.

A notre Maître, directeur et juge,

Madame le Docteur Marie-Christine COLOMBO

Médecin de Santé publique, responsable départemental du service de PMI de Meurthe et Moselle

Nous vous remercions très sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre disponibilité, vos conseils et tout ce que vous nous avez appris en nous faisant partager votre expérience de la PMI.

A Olivier, merci pour ton soutien constant et très précieux sans lequel ce travail n'aurait pas abouti. Je te remercie aussi pour tout ce que tu m'apportes jour après jour.

A mes parents, pour l'amour et l'attention dont vous nous avez toujours entourés et qui nous ont aidés à mener à bien nos projets et nos études.

A Xavier, merci pour les trajets et les coups de fil quand il était difficile de se déplacer...Ce sera plus simple maintenant!

A Cécile, Jérémy et à ma filleule Lucie: je vous remercie très sincèrement pour votre aide et vos conseils dans les bons et les moins bons moments de la préparation de ce travail.

A mon parrain et à Anne, un remerciement particulier pour m'avoir rappelé les deadlines de cette année universitaire!

A ma marraine et ma famille, en vous remerciant du soutien que vous avez su m'apporter et d'être présents aujourd'hui.

A mes grands-parents maternels, disparus trop tôt. J'aurai aimé que vous puissiez entendre ma reconnaissance pour ce que vous nous avez transmis. Ce travail vous est tout particulièrement dédié.

A mes grands-parents paternels, pour l'affection attentive dont vous avez toujours entouré vos petits-enfants.

A la maman d'Olivier et à sa famille: merci pour votre aide de relecture et d'être présents en ce jour.

A mes amis, pour les bons moments partagés pendant ces études.

A madame le Docteur Martine Batt, je vous remercie pour vos conseils qui ont facilité l'analyse des résultats.

A madame le Docteur Nelly Agrinier, médecin de l'école de santé publique, en remerciement de l'aide méthodologique apportée.

A l'équipe des médecins et des puéricultrices du service de PMI de Meurthe et Moselle, sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible : merci pour votre aide et votre accueil.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de réserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

« D'un enfant à l'autre, d'une œuvre à l'autre, professionnels et familles vont cheminer et enrichir leurs savoirs réciproques. Les familles marchent devant et nous parcourons un chemin guidé par elles. » Maurice Titran, Pédiatre au CAMPS de Roubaix

« Du respect... du respect pour ce dur travail qu'est la croissance... Du respect pour leur chagrin et leurs larmes. Laissons l'enfant, confiant, boire la gaieté du matin. » Janusz Korczak, Pédiatre polonais

Table des matières

I.	Introduction	16
II.	La consultation de PMI dans le champ du suivi médico-social des enfants en France	18
	a. L'organisation du suivi médico-social des enfants en France	18
	i. L'avènement du dispositif de Protection Maternelle et Infantile et du suivi systématique .	18
	ii. Organisation et modalités du suivi médico-social des enfants en France	21
	iii. Les acteurs du suivi	28
	iv. Le carnet de santé	33
	b. La consultation de Protection Maternelle et Infantile : un outil spécifique de prévention et de protection de la santé des enfants	34
	i. Le cadre institutionnel des consultations du service de PMI.....	34
	ii. Les consultations infantiles: une approche spécifique	36
	iii. La problématique actuelle des consultations infantiles face à l'évolution sociétale	36
III.	Matériels et Méthode de l'enquête	40
	a. Population	40
	b. Matériels et méthode	42
	c. Statistiques.....	45
IV.	Résultats.....	46
	a. Analyse thématique des entretiens selon les groupes	49
	i. Enquête auprès des usagers des consultations infantiles du service de PMI	50
	ii. Enquête auprès des professionnels des consultations infantiles	60
	iii. Médecins généralistes	89
	iv. Pédiatres libéraux	95
	v. Professionnels de CMP	104
	vi. Professionnel de CAMPS	108
	b. Analyse synthétique : corrélation des attentes des usagers aux représentations des professionnels	112
V.	Discussion	119
VI.	Conclusion	125
VII.	Annexes.....	126
VIII.	Références	133
IX.	Résumé.....	136

I. Introduction

« En toutes choses, il est sain de temps en temps de placer un point d'interrogation derrière ce que l'on a longtemps considéré comme acquis. » Bertrand Russel

Le mot « enfant » tient son origine du latin *infans*, littéralement « celui qui ne parle pas », c'est à dire l'enfant en bas âge. Il a pris secondairement le sens plus étendu que l'on connaît aujourd'hui. L'article premier de la convention de l'Organisation des Nations Unies (ONU) définit l'enfant de la façon suivante : « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt. »

Les droits des enfants sont proclamés en 1959. La Convention Internationale sur les Droits de l'Enfant (CIDE) est adoptée à l'unanimité le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France le 7 Août 1990. Elle affirme que l'enfant n'est plus « un adulte en devenir, mais bel et bien un sujet de droits et de devoirs ». Ce texte devient applicable au Droit Français le 27 juin 2008. A l'exception notable des Etats Unis et de la Somalie, les 173 états signataires de la convention s'engagent à mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires à garantir le bien-être et la santé des enfants:« les Etats reconnaissent le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir un accès à ces services » ^[1].

Bien avant cette date, la France s'est attachée à développer un dispositif de Protection Maternelle et Infantile (PMI) définie par l'ordonnance du 2 Novembre 1945. Ce texte consacre la reconnaissance du droit à la protection de la santé en faveur des femmes et des enfants inscrite dans le préambule de la constitution française de 1946, révisée en 1958. Le dispositif repose sur les professionnels de santé impliqués dans le suivi de la périnatalité à la fin de la petite enfance et plus particulièrement sur les services départementaux de PMI. Le service de promotion de santé des élèves prolonge ce dispositif. C'est à partir de ce texte que le suivi systématique des enfants s'est mis en place dans l'objectif de promouvoir la santé mais aussi le développement.

Ce suivi systématique comprend les 20 examens systématiques et obligatoires pris en charge à 100% au titre du « risque maternité » par la sécurité sociale organisant ainsi la contribution à la fois du secteur libéral et celle du service public représenté par les services départementaux de PMI. Il s'agit ici d'apporter un éclairage sur les spécificités des consultations de PMI réalisées dans le cadre du service public.

Si l'espérance de vie à la naissance ne cesse de progresser, les inégalités sociales et spatiales de santé s'accroissent en France et les jeunes parents se montrent moins sécurisés que leurs aînés. Les attentes des usagers des consultations, en l'occurrence les enfants que l'on aborde au travers de leurs parents, se modifient. Les enjeux de la prévention évoluent et la place et les apports des dispositifs de prévention méritent d'être étudiés. Une approche statistique et quantitative est précieuse pour caractériser l'état de

santé d'une population, son évolution et identifier des besoins mais elle laisse dans l'ombre des aspects subjectifs, qualitatifs, moins directement accessibles. L'enquête qualitative permet de caractériser les besoins ressentis, l'attente des usagers ainsi que le positionnement des professionnels qui cherchent à y répondre. C'est l'objectif de ce travail réalisé auprès des usagers des consultations du service de PMI, des professionnels de PMI et des professionnels de santé ambulatoires en relation avec ces consultations.

II. La consultation de PMI dans le champ du suivi médico-social des enfants en France

a. L'organisation du suivi médico-social des enfants en France

i. L'avènement du dispositif de Protection Maternelle et Infantile et du suivi systématique

Le dispositif de PMI actuel est l'aboutissement d'un long cheminement de la société française à l'égard des enfants et de la volonté de quelques précurseurs de réduire la mortalité infantile, d'améliorer la santé et le bien-être des enfants et plus récemment de promouvoir leur développement. Cette évolution n'a pas été linéaire mais a connu plusieurs grandes étapes.

Au moyen âge, la considération pour l'enfant est inexistante. La surmortalité infantile empêche tout attachement profond au petit enfant. On estime qu'un tiers des enfants meurt avant l'âge de cinq ans. Le plus souvent, il est mis au travail dès le plus jeune âge et participe à faire vivre la famille ^[2].

C'est au XVII^{ème} siècle que l'enfance commence à être reconnue comme une étape essentielle pour la vie adulte nécessitant une attention particulière. Le philosophe français Jean Jacques Rousseau est le premier à décrire l'enfant comme une personne à part entière. Un siècle après certain pays précurseurs tels que la Hollande, les premières encyclopédies de puériculture sont éditées en France ^[3]. Au XVIII^{ème} siècle, apparaît le « sentiment familial » et l'attachement de la famille au petit enfant se précise ^[3]. A partir du XIX^{ème} siècle, l'intérêt pour la santé de l'enfant et pour son épanouissement affectif est réel mais la situation sanitaire reste très précaire: 18% des nourrissons décèdent. Les pathologies infectieuses représentent la première cause de mortalité.

La III^{ème} république s'est attachée à résoudre plusieurs grandes questions sociales dont celle de la protection de la santé des enfants. Du point de vue législatif, la première grande loi sociale en faveur des enfants, dite loi « Roussel », est votée le 16 décembre 1874. Elle régleme la protection des enfants confiés en nourrice par la déclaration obligatoire de la garde et par des visites de contrôle de médecins-inspecteurs à domicile. Son accueil est mitigé car elle suscite une polémique sans précédent sur l'intervention de l'Etat dans le domaine privé de la famille.

La médecine moderne et hygiéniste se développe parallèlement à la naissance de la médecine sociale ^[4]. Deux pionniers de la médecine préventive vont proposer des solutions médicosociales pour faire régresser la mortalité infantile.

Le premier, Alphonse Pinard, fait adopter le principe que toute femme salariée doit bénéficier d'un repos durant les trois derniers mois de la grossesse et il organise la protection sanitaire des enfants pendant la grande guerre.

Le second, Pierre Budin, fonde la ligue contre la mortalité infantile en 1901 et s'attache à réduire la mortalité des nouveau-nés en améliorant les soins postnataux. Accoucheur à la maternité de Port-Royal, il organise le suivi des nourrissons jusqu'à l'âge de deux ans sous la forme de consultations infantiles à la maternité. Du lait stérilisé est distribué gratuitement en échange d'un examen médical du nourrisson et de la prédication de conseils aux jeunes mamans. Dès leur création, ces consultations connaissent un vif succès : pas un des nourrissons suivis ne décède et les mères plus fortunées se pressent à leur tour pour obtenir le lait distribué.

Un accompagnement des mères à domicile existait déjà au XIX^{ème} siècle dans la tradition des « healths visitors » ou « ladies inspectors » du modèle anglo-saxon. Les premières consultations pour la petite enfance apparaissent en France à l'initiative de pédiatres et de médecins généralistes à partir de 1892 ^[5]. Le docteur Léon Dufour crée la consultation dite « Goutte de lait » à Fécamp dans le but de suivre la croissance staturo-pondérale du nourrisson et de distribuer du lait stérilisé aux mamans. La consultation devient l'espace de la transmission du savoir autour de la naissance, du nouveau-né et de son développement. La prise en charge des consultations de nourrissons est triple : médicale, sociale et éducative.

Le 29 juillet 1939, date de promulgation du Code de la Famille par décret, marque un tournant dans l'histoire de la protection et de la prévention infantile par la coordination et l'uniformisation des mesures législatives antérieures et leur extension à toutes les catégories de familles et d'enfants. Ce texte prévoit une prime à la naissance du premier enfant et une extension des allocations familiales versées à partir de la deuxième naissance. Il confie l'organisation de la prévention médicale à l'administration publique. Malheureusement, la seconde guerre mondiale ne permet pas la mise en application de ces mesures. Avant 1945, aucune loi n'oblige les familles à faire suivre leur enfant sur le plan médical. Il faut attendre le lendemain de la seconde guerre mondiale, alors que le pays est en reconstruction et que le taux de mortalité infantile avoisine les 220 pour 1000 pour que l'ordonnance du 2 novembre 1945 soit prononcée. Elle prévoit la création d'un service de Protection Maternelle et Infantile territorialisé, un système de sécurité sociale, un système d'allocations familiales et un système de santé scolaire.

L'année 1945 est une année charnière marquant le passage d'une assistance ciblée à un dispositif de protection universelle. La surveillance sanitaire est dès lors accessible à tous et encouragée par des primes d'assiduité. Le certificat prénuptial devient obligatoire ainsi que 3 examens de suivi durant la grossesse. Le suivi des jeunes enfants est assuré par des examens de santé obligatoires jusqu'à l'âge de 2 ans dont le nombre n'est pas spécifié par les textes. Un carnet de santé est remis aux parents pour chaque nouveau-né à l'occasion de la déclaration de naissance.

L'ordonnance prévoit des visites à domicile d'assistantes sociales pour toutes les familles afin de s'assurer de la qualité des soins prodigués aux enfants et de l'utilisation à bon escient des allocations familiales. Chaque mois, les assistantes sociales sont tenues de rendre compte de leurs actions et de leurs constatations à un directeur départemental de la santé. Les établissements et les personnels chargés d'accueillir les enfants doivent se soumettre au contrôle du ministère et obtenir une autorisation préfectorale pour exercer leur fonction. L'Etat s'engage à apporter une partie des financements nécessaires à la mise en place de la protection de l'enfance et de l'assistance sociale en collaboration avec les départements et les communes.

En 1946, une loi complémentaire instaure le régime de prestations des familles en étendant les allocations familiales à tous les foyers sans condition de ressources et en créant l'allocation de maternité. Toutes les familles sont ainsi soutenues financièrement à condition qu'elles se soumettent aux examens de santé pré et postnataux prévus par l'ordonnance du 2 novembre 1945. Toutes ces mesures seront intégrées au Code de Santé Publique (CSP) au début des années 1950.

A partir des années 1960, les services de PMI ont pris en compte l'évolution des connaissances scientifiques et l'évolution sociétale pour répondre aux nouveaux besoins de prévention tournée vers la promotion conjointe de la santé et du développement ^[6].

En 1967, les services investissent le champ de la planification et de l'éducation familiale ^[7].

Au moment de la décentralisation du dispositif des années 1980, une circulaire développe les nouvelles orientations de la PMI. Dans le cadre des départements, ces services sont positionnés pour répondre aux besoins de la population. Ces besoins ont évolué : la circulaire du 16 mars 1983 prend acte que la mortalité infantile est maîtrisée. Selon ce texte, « les problèmes de santé publique ne peuvent plus se poser simplement en termes de lutte contre la mortalité, mais de promotion de la santé considérée globalement dans la rencontre d'un individu avec un environnement physique, social, psychoaffectif qui peut lui être nuisible ou au contraire favoriser son développement » ^[8].

La loi de décembre 1989, qui est la loi 89-899 relative à la protection de la santé de la famille et de l'enfance, définit la double compétence du service de PMI qui est à la fois celui de la santé publique et celui de la médecine préventive individualisée ^[9]. Deux lois, l'une de protection et de promotion de la santé, l'autre de protection vis-à-vis de la maltraitance voient le jour la même année et sont incarnées par deux services distincts au sein des conseils généraux :

- le service de PMI, compétent dans le domaine de la santé,
- le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), compétent dans le domaine de l'enfance en danger et de la maltraitance.

Les deux lois renvoient l'une à l'autre en incitant les services à une collaboration. Plusieurs décrets d'application viendront préciser l'organisation de la PMI en 1992.

Le plan périnatalité de 2005-2007, rédigé dans l'objectif de réduire la mortalité périnatale et maternelle, comporte un certain nombre de mesures visant à développer une offre plus humaine et plus proche tout en améliorant la sécurité et la qualité des soins. Il prévoit la proposition systématique d'un entretien prénatal précoce au cours du 4^{ème} mois en maternité ou en secteur libéral, dont l'information doit être relayée par tous les réseaux sociaux de proximité et en particulier le service de PMI. Il s'attache à renforcer le rôle épidémiologique du service de PMI en améliorant l'exploitation des données statistiques obligatoires ^[10] ^[11].

La loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance vise à améliorer le système de prévention et de protection de l'enfance en danger. Elle prévoit notamment un volet de prévention renforcée. Ce faisant, elle a modifié l'article L2112-2 du code de santé publique relatif aux activités de la PMI. Cette modification a eu pour conséquence d'inscrire certaines actions très globales réalisées par les services de PMI dans une finalité plus restreinte de prévention du danger. Les services de PMI ont craint une remise en cause de leurs missions de prévention globale et généraliste en direction de tous les enfants ^[13].

La loi insiste sur l'importance de l'entretien psychosocial du 4^{ème} mois de grossesse et sur la nécessité d'un maillage plus serré du dépistage précoce des difficultés ou des troubles de l'enfant. Cela repose notamment sur un bilan de santé entre 3 et 4 ans, sur des actions médicosociales spécialisées, sur des visites postnatales, sur des visites médicales obligatoires à 6, 9, 12 et 15 ans et sur un dépistage des troubles du langage et des apprentissages vers 6 ans ^[12].

Les services de PMI ont vu leurs moyens concentrés vers certaines catégories de populations et ceux dédiés à leurs missions de prévention globale généraliste en direction de tous les enfants régresser. Pour les professionnels de PMI, c'est une façon de penser et de faire le dépistage et la prise en charge de l'enfance en danger qui comporte un risque potentiel de cantonner les professionnels de prévention dans un rôle d'enquêteur social difficilement compatible avec la nécessaire alliance avec les parents ^[13].

ii. Organisation et modalités du suivi médico-social des enfants en France :

La place du suivi médico-social dans le système de soins en France :

La définition de la santé est inscrite dans la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) signée le 22 juillet 1946 selon les termes suivants : c'est un « état de complet bien-être physique, psychique et social. ».

La charte d'Ottawa adoptée le 21 Novembre 1986 reconnaît que la santé définie de cette manière ne doit pas être un but en soi mais une ressource de la vie quotidienne ^[14]. Elle montre l'intérêt de la promotion de la santé sur le plan individuel et collectif : « la santé et son maintien constituent une ressource majeure pour le développement social,

économique et individuel ». L'individu se place au centre de toute promotion de la santé : « les individus constituent la principale ressource de santé » et le texte s'engage à « les soutenir et à leur donner les moyens de rester en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis par des moyens financiers et autres » tout en reconnaissant « la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être » [15].

En 1978, le concept de soins primaires est défini à l'occasion de la conférence de l'OMS d'Alta Ama. Il est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès à tous des soins de base.

Les soins primaires constituent une réponse professionnelle lors d'un premier contact avec le système de santé qui n'est segmenté ni par âge, ni par sexe, ni par type de pathologies ou capacité financière des patients [Figure1]. Ils doivent pouvoir répondre à 90% des problèmes de santé et aux missions de prévention et de santé publique. Ils reposent sur des professionnels libéraux mais aussi des structures organisées sur une base territoriale :

- à l'échelle municipale, telles que les centres de santé,
- à l'échelle départementale, telle que le service départemental de PMI.

Les soins primaires s'opposent par définition aux soins spécialisés et segmentés que sont :

- les soins secondaires regroupant la médecine spécialisée de ville ou hospitalière,
- les soins tertiaires représentant la médecine de haute technologie pratiquée dans les hôpitaux universitaires.

Depuis la charte de la médecine libérale de 1927, l'organisation des soins ambulatoires est déterminée par un modèle non hiérarchisé. Cela a plusieurs inconvénients : une répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire et une faible coordination des soins qui dépend des modalités d'entente entre les professionnels et repose en grande partie sur le patient et sa famille.

Le système de santé français tend à évoluer vers une hybridation de plusieurs modèles professionnels : le modèle non hiérarchisé actuel, le modèle hiérarchisé normatif comme en Espagne et le modèle hiérarchisé autour d'un médecin généraliste comme au Royaume Uni [16].

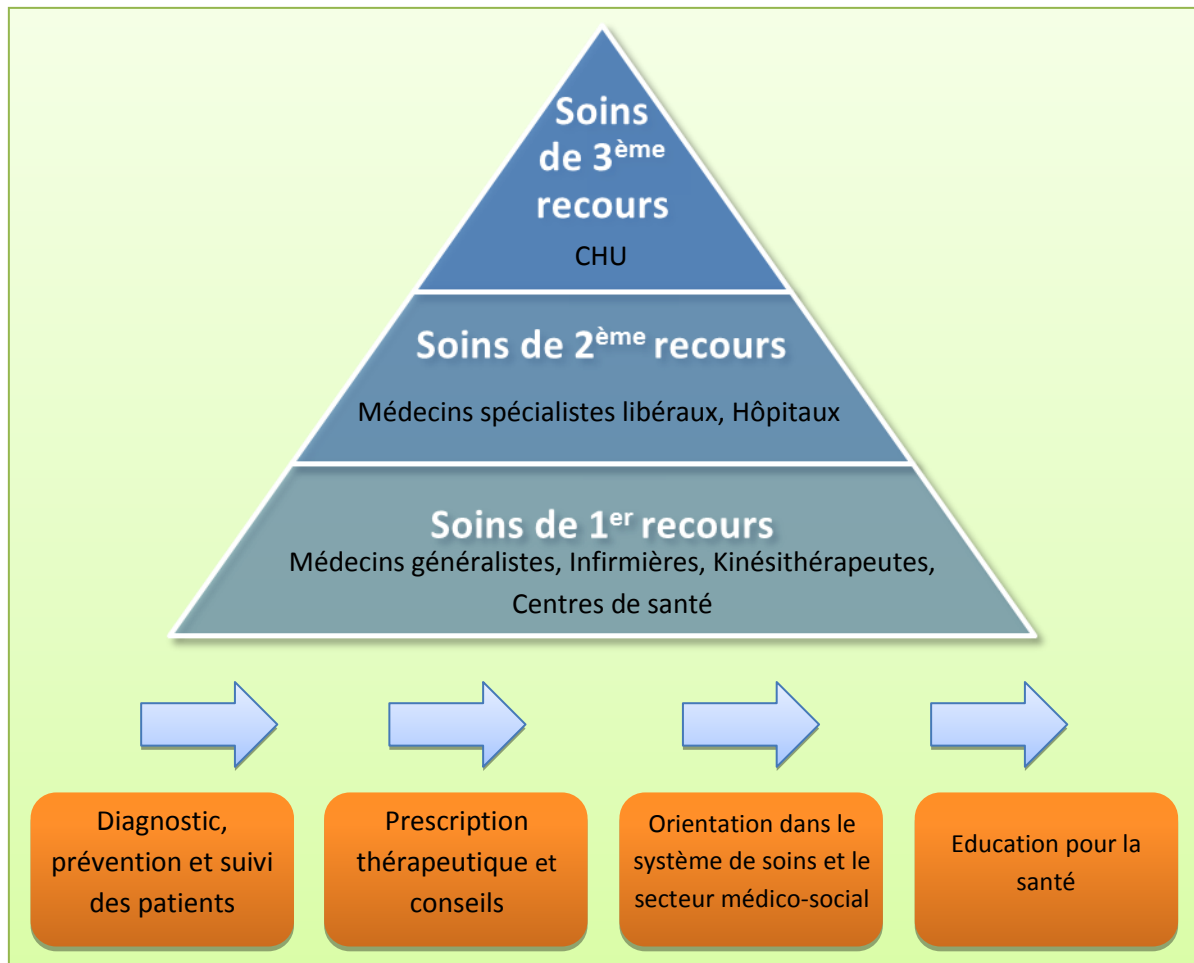


Figure 1 : Organisation des soins en France

L'importance des soins primaires et du suivi médical systématique pour une prise en charge globale des patients

La spécialisation médicale est une source de progrès indéniable. La médecine contemporaine est caractérisée par une fragmentation verticale d'ordre épistémologique et horizontale dans les pratiques professionnelles elles-mêmes. La prise en compte et le développement des soins primaires concourent à une prise en charge globale du patient. Sa négligence conduit au risque de gommer les aspects contextuels, de réduire la complexité et de donner de la médecine l'image d'une juxtaposition de connaissances spécialisées peu apte à livrer une vision synthétique ^[17].

Le suivi médico-social systématique des enfants constitue une mesure préventive primaire permettant de diminuer la morbidité et la mortalité mais aussi de promouvoir le développement. En France, il entre dans le cadre du dispositif de PMI et relève majoritairement des soins extrahospitaliers primaires.

Les modalités du suivi systématique des enfants en France :

Du point de vue législatif, 20 examens médicaux obligatoires sont remboursés de la naissance à l'âge de 6 ans ainsi qu'une visite médicale tous les 3 ans entre 6 et 15 ans ^[12] ^[18]. La loi du 15 juillet 1970 prévoit que 3 examens de santé correspondant aux étapes-clés du développement du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois et du 24^{ème} mois fassent l'objet de la délivrance de certificats de santé obligatoires. Ils conditionnaient, à l'origine, le versement des allocations familiales ^[19]. Ces documents sont envoyés par le médecin qui les a établis sous pli confidentiel au service départemental de PMI. L'objectif est double : s'assurer du suivi de l'enfant et identifier les familles susceptibles de recevoir une aide personnalisée mais aussi réaliser la collecte et le traitement des informations épidémiologiques ^[20].

Une étude réalisée par la DRESS en 2010 montre que cette démarche obligatoire est respectée par 70% des départements pour les 3 certificats. Le taux moyen de couverture national diminue avec l'âge de l'enfant : de 60% au 8^{ème} jour, il diminue à 30% au 9^{ème} mois et 24^{ème} mois ^[15].

Ce taux est relativement préservé en Meurthe et Moselle avec l'envoi de 97% de certificats du 8^{ème} jour, 77% de certificats du 9^{ème} mois et 66% de certificats du 24^{ème} mois en 2010 ^[21].

En 2005, l'HAS a émis des recommandations aux professionnels précisant le déroulement des consultations obligatoires de suivi ^[22].

Elles comportent un examen somatique complet :

- Recueil des paramètres auxologiques et actualisation de la courbe de croissance du poids, taille, périmètre crânien et Indice de Masse Corporelle (IMC),
- Auscultation cardiovasculaire et pulmonaire,
- Palpation abdominale,
- Examen ORL,
- Examen oculaire, avec un examen externe de l'œil et une étude des lueurs pupillaires,
- Examen ostéoarticulaire avec la recherche d'une dysplasie de hanches,
- Examen du tégument et des phanères,
- Examen des aires ganglionnaires,
- Examen neurologique avec l'évaluation des acquisitions de l'enfant.

Les vaccinations sont mises à jour en respectant le schéma vaccinal, après l'information des parents et de l'enfant [Annexe1].

Le suivi du développement de l'enfant doit insister sur les points spécifiques suivants.

La consultation du 8^{ème} jour

Elle comporte la vérification du déroulement de la grossesse et de l'accouchement, la mensuration de l'enfant et un examen somatique complet notamment cardiorespiratoire et neurosensoriel associant une recherche de malformations et d'anomalies orthopédiques comme la dysplasie de hanche.

Depuis le décret L 213-2-2-2, l'audition du nouveau-né fait en principe l'objet d'une évaluation spécifique par la recherche de facteurs de risque tels qu'un antécédent familial de trouble auditif voire de prothèse auditive avant l'âge de 50 ans, une hospitalisation de plus de 48 heures en période néonatale. Le dépistage comporte la réalisation d'otoémissions acoustiques qui peuvent être complétées par des potentiels évoqués auditifs. L'enfant doit être adressé à un centre spécialisé de référence lorsque deux examens auditifs successifs sont perturbés.

Depuis 1978, un test de dépistage néonatal est systématiquement proposé à l'occasion du premier examen de santé. Initié par l'américain Robert Guthrie, il dépiste la phénylcétonurie à partir de 1972 puis il a été étendu à l'hypothyroïdie en 1978, à la drépanocytose et à l'hyperplasie congénitale des surrénales en 1995 et à la mucoviscidose en 2002. En France, il ne fait pas l'objet de législation particulière mais il est confié à une association loi 1901 : l'Association Française pour le Dépistage du Handicap de l'Enfant (l'AFDPHE).

Une vaccination par le BCG, le vaccin de Calmette et Guérin, est proposé dans certaines situations. Il était obligatoire de 1947 à 2007 pour tous les enfants scolarisés et les professionnels à risque, à l'exception des sujets immunodéprimés et des femmes enceintes. Il fait aujourd'hui l'objet d'une politique vaccinale ciblée pour les enfants originaires de pays d'endémie ou amenés à y séjourner plus de quatre semaines consécutives, vivants dans certaines régions françaises ou dans des conditions socioéconomiques défavorables, ou encore lorsqu'un des parents présente un antécédent de tuberculose.

Enfin, le premier bilan de santé doit être l'occasion privilégiée d'une prévention de la mort subite du nourrisson et de la maltraitance.

Les consultations du 1er au 6ème mois :

Au cours du premier semestre de vie, les visites mensuelles de suivi permettent spécifiquement:

- La surveillance de la couleur des selles pour le dépistage de l'atrésie des voies biliaires,
- Une recherche d'anomalies oculaires telles qu'un strabisme, un nystagmus, une perturbation des réflexes à l'éblouissement et à la captation et à la poursuite du regard,
- Une évaluation de la réaction de l'enfant au bruit : par stimulation vocale ou acoumétrie aux objets sonores.

Elles sont l'occasion de rassurer et d'accompagner les parents en apportant des conseils sur l'alimentation du jeune enfant, le sommeil et les modes de garde.

Entre 6 et 24 mois, l'HAS recommande un premier dépistage auditif par le test de Moatti qui comporte l'étude de 4 fréquences de 250 à 3000 Hz.

L'examen du 9ème mois :

C'est une étape charnière pour le dépistage sensoriel, auditif et visuel.

L'examen oculaire recherche un strabisme, une amblyopie par l'étude des réflexes cornéens, l'étude de la fixation, le test de l'écran unilatéral puis alterné.

Le dépistage du saturnisme comporte la recherche de facteurs de risque à l'interrogatoire. Elle est complétée par le dosage d'une plombémie dans les situations à risque.

Les examens des 12ème et 24ème mois :

A partir de l'âge d'un an, les recommandations de l'HAS préconisent de peser et de mesurer les enfants au moins deux fois par an. L'indice de masse corporelle doit être calculé à partir de l'âge d'un an et sa courbe tracée dans le carnet de santé.

La recherche d'un saturnisme doit être renouvelée.

Les conseils de prévention des accidents sont rappelés à ce moment.

Entre 18 et 24 mois, un test de dépistage des troubles autistiques peut être réalisé par les professionnels de santé formés à cette pratique.

Une première évaluation du langage doit être réalisée vers l'âge de 2 ans. L'examen doit comporter des tests de dépistage auditifs comprenant une étude de la réaction à la voix chuchotée ou une audiométrie aux jouets sonores ou aux objets sonores.

En cas d'otite séromuqueuse, un retentissement auditif doit être recherché.

Deux bilans de santé par an jusqu'à 6 ans :

Entre 3 et 4 ans, un bilan de santé est proposé en école maternelle par les équipes de PMI. Il peut être réalisé en libéral auprès d'un pédiatre ou d'un médecin généraliste.

Son déroulement au sein de l'école permet de mettre l'accent sur l'adaptation à la pré-scolarisation et sur les acquisitions réalisées dans ce cadre.

L'examen somatique comporte une mesure du poids, de la taille, de la pression artérielle, une recherche de protéinurie par bandelette réactive et la vérification des vaccinations.

Il sera approfondi sur les compétences sensorielles, motrices et langagières de l'enfant avec :

- un test objectif de vision et l'examen de la vision du relief et de la convergence,

- une audiométrie tonale ou un test Audio4,
- un examen systématique de la motricité globale et de la motricité fine,
- un dialogue de prévention avec les parents sur le comportement de l'enfant à l'école et à la maison,
- une étude du langage.

Les compétences langagières sont explorées par un des tests spécialisés suivants adaptés à l'âge de l'enfant. L'Epreuve de Repérage des Troubles du Langage, nommée ERTL4, est le fruit de la collaboration de deux orthophonistes et de pédiatres. Il a été validé en lien avec l'école de santé publique de Nancy puis diffusé à large échelle ^[23]. Il est utilisé par 85% des départements français pour le dépistage des enfants de trois ans et demi à quatre ans et demi ^{[24] [25]}. Pour les enfants plus jeunes, un autre test de dépistage peut être utilisé entre trois ans et trois ans et six mois : le test de Dépistage et Prévention du langage 3, DPL3, mis au point par une orthophoniste et un médecin ORL dans le département du Nord.

Un deuxième bilan de santé est proposé en grande section de maternelle par les médecins scolaires mettant l'accent sur le dépistage de l'obésité, des troubles visuels, auditifs, cognitifs ou du langage, l'étude du développement psychomoteur, du comportement social et des conditions de vie et la vérification de la couverture vaccinale.

Un bilan de santé tous les 3 ans entre 6 et 15 ans :

Dans le cadre de la santé scolaire, la réglementation prévoit un examen tous les 3 ans entre 6 et 15 ans.

En pratique, un seul examen est souvent réalisé vers l'âge de 8 ans faute de moyens et par méconnaissance des outils de prévention. Il est l'occasion de suivre la courbe de corpulence, la statique vertébrale, le début du développement pubertaire, la réalisation des vaccinations, de mesurer l'acuité visuelle et auditive, et de rechercher des troubles respiratoires éventuels. Il est l'occasion d'évaluer l'insertion sociale de l'adolescent et de dépister les troubles des apprentissages ou du comportement ^[26].

En 2006, le rapport du Professeur Danièle Sommelet, *L'enfant et l'Adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, rappelle que le suivi régulier du développement de l'enfant est un moyen de prévenir les inadaptations grâce à une prise en charge précoce et un soutien adapté aux parents. La régularité du suivi favorise la qualité de la relation triangulaire médecin-parent-enfant, facilite la prise en charge de maladies et la réponse aux inquiétudes parentales éventuelles ^[26].

iii. Les acteurs du suivi :

En France, le suivi médico-social des enfants est partagé entre les pédiatres, les médecins généralistes, les médecins de PMI et les médecins scolaires [Tableau 1].

	Nombre de Médecins	Omnipraticiens	Pédiatres	Médecins de PMI	Médecins scolaires
France	216762	101896	7450	1810	1350
Meurthe et Moselle	3611	678	42	38	16

Tableau 1: Nombre de médecins impliqués dans le suivi des enfants en France et en Meurthe et Moselle (d'après les données 2011 de l'INSEE, du service PMI de Meurthe et Moselle, du Conseil de l'Ordre de Meurthe et Moselle et de l'Education Nationale)

- Les pédiatres :

Ce sont les spécialistes de la prise en charge globale de l'enfant et de sa famille. Leur nombre est estimé à 7450 en France en 2011. Ils exercent en cabinets de ville, en établissements de santé publique ou privé, en services de PMI. Certains ont une activité mixte.

Depuis la fin des années 1970, le suivi relève essentiellement de la pédiatrie de ville tandis que la pédiatrie hospitalo-universitaire est chargée des soins de haute technicité, de l'enseignement et de la recherche.

En France, 20% des enfants sont suivis régulièrement par un pédiatre parmi lesquels seulement 50 à 60 % des enfants âgés de moins de 2 ans ^[27].

Selon la loi du 13 août 2004, l'arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes et le Code de Santé Publique, les missions du pédiatre sont définies par :

- Une participation au réseau de périnatalité,
- Le suivi du développement de l'enfant et de l'adolescent : particulièrement aux âges-charnières et pour les situations de vulnérabilité liées aux conditions de la naissance, aux affections néonatales et à l'environnement familial,
- Une aide à la promotion de la santé à l'échelon individuel et collectif,
- Une prise en charge des pathologies pédiatriques aiguës et des urgences pédiatriques,
- Une prise en charge des pathologies spécialisées, des maladies chroniques et du handicap de l'enfant,
- La réalisation des vaccinations,
- La santé de l'adolescent,
- Les problèmes psycho-sociaux des enfants et des adolescents,

- La pédiatrie communautaire et humanitaire.
- Les médecins généralistes :

Ils voient 80% des enfants sauf les nouveau-nés et 50 % des enfants âgés de moins de 2 ans.

L'accès à la consultation du médecin généraliste est plus aisé que celle d'un pédiatre dans certaines zones notamment les zones rurales. En 2006, la représentation des médecins généralistes est de 20 à 30 professionnels pour 1 pédiatre en France ^[26]. Une étude réalisée par l'Observatoire National des Professionnels De Santé en 2009 montre que la concentration des pédiatres à l'échelle des territoires est forte puisque 94% des pédiatres exercent dans les pôles urbains ^[28].

Selon la loi du 13 août 2004 et le code de santé publique, les missions des médecins généralistes en faveur des enfants portent sur:

- La prise en charge de pathologies aiguës (principalement d'ordre infectieuse),
 - Le suivi physique, psychologique et social de l'enfant dans son environnement,
 - La réalisation des vaccinations,
 - La prévention et le dépistage de troubles neurosensoriels et du comportement,
 - Le repérage des situations de maltraitance,
 - L'accompagnement de la parentalité par la réponse aux inquiétudes parentales, l'apport de conseils de puériculture, d'hygiène, de diététique et d'éducation pour la santé.
- Le service de Protection Maternelle et Infantile :

D'après l'étude sur la Protection Maternelle et Infantile réalisée par l'IGAS en 2006, 20% des enfants de moins de 6 ans et 50 à 60% de nouveau-nés et de nourrissons de moins d'1 an sont suivis en consultations infantiles de PMI ^[27].

Les personnels du service de PMI impliqués dans le suivi des enfants :

Direction :

Chaque département est obligatoirement doté d'un service de PMI. Placé sous la responsabilité et l'autorité du président du Conseil Général, ce service est dirigé par un médecin ayant la qualité d'agent titulaire. Il est soumis aux conditions de qualification des médecins de PMI (cf. infra) et doit avoir une expérience professionnelle d'au moins trois ans au sein d'un service de PMI.

Les personnels du service de PMI sont des agents titulaires ou des contractuels. Ils relèvent de la fonction publique territoriale et sont recrutés par un concours sur épreuves ou sur titres et épreuves. Les professions soumises à un quota minimum en fonction de la population à desservir sont les sages-femmes et les infirmières puéricultrices.

Les médecins :

Les médecins de PMI obtiennent le statut de médecin territorial sous certaines conditions et sur la base d'un concours. Ils reçoivent une formation initiale obligatoire. Le médecin territorial doit être spécialiste ou compétent qualifié en pédiatrie, en gynécologie, en psychiatrie ou en santé publique.

A titre indicatif, les services de PMI comptaient 1587,6 médecins équivalent-temps plein et 127 médecins vacataires en 2011 selon les données de la DREES 2007-2010. Le service de PMI de Meurthe et Moselle qui dénombrait 8600 naissances en 2011 comportait au 31 décembre 2011 : 25 médecins titulaires pour 20,8 Equivalent Temps Plein (ETP). 12 médecins généralistes participent à l'activité de consultations par des vacations.

Les puéricultrices :

Les puéricultrices sont des infirmières ou des sages-femmes diplômées d'Etat qui ont reçu une formation complémentaire d'un an sur les soins à l'enfant. Elles sont des « acteurs essentiels dans le champ de la prévention, de l'éducation à la santé, de la recherche et de la formation des professionnels de la petite Enfance » ^[3].

Elles sont affectées à un secteur géographique donné et selon une norme minimale d'une puéricultrice à temps plein pour 250 naissances vivantes dans l'année.

Leurs missions comportent principalement l'accompagnement des familles et la prévention par les visites à domicile et la participation aux consultations infantiles.

Elles mènent d'autres actions de prévention telles des permanences en centre-médicosocial, des actions de soutien à la parentalité, par exemple en organisant des lieux d'accueil parents-enfants, des actions de prévention et d'information des familles, l'orientation des enfants et des familles vers les structures d'accueil individuelles et collectives.

En Meurthe et Moselle, au 31 décembre 2011, le service de PMI comptait 57 puéricultrices pour 52,6 ETP.

- Les médecins scolaires :

Ce sont des médecins généralistes ou des pédiatres recrutés par un concours national. Ils reçoivent une formation obligatoire d'une année après leur admission. En 2005, leur nombre est estimé à 1350 soit 1 à 8 pour 12000 élèves ^[26].

Le département de Meurthe et Moselle comptait 16 médecins scolaires soit 13 ETP, au 31 décembre 2011.

Leurs missions sont définies par l'ordonnance du 18 Octobre 1945. L'objectif est d'assurer les examens périodiques de dépistage des maladies contagieuses et d'organiser des campagnes de vaccination en milieu scolaire. Elles sont redéfinies par le programme quinquennal de prévention et d'éducation décrit dans la circulaire n°2003-210 du 1^{er} décembre 2003 portant sur les points suivants :

- Repérer et suivre les problèmes de santé des élèves,
- Mieux connaître, repérer et prendre en compte les signes de souffrance psychique des enfants et des adolescents,
- Assurer tout au long de la scolarité la continuité des actions de l'éducation nationale à la santé,
- Développer chez les élèves des comportements solidaires,
- Réaliser des interventions ponctuelles auprès des élèves.

En pratique, les médecins scolaires sont chargés du dépistage de troubles visuels, auditifs, de langage et cognitifs au cours de la 6^{ème} année. Ce bilan est réalisé dans 80% des écoles maternelles en 2006 ^[26]. D'autres bilans de santé peuvent être organisés en CM2 et en troisième année de collège mais sans caractère obligatoire.

Les interactions entre les différents professionnels de santé :

Selon le modèle professionnel non hiérarchisé français, l'articulation entre les différents acteurs du suivi dépend avant tout de la qualité des relations interpersonnelles et de l'acceptation d'une complémentarité ^[13].

En 2006, le travail du Professeur Danièle Sommelet préconise une meilleure articulation entre les acteurs du suivi par la définition d'un périmètre d'action pour chaque professionnel en favorisant les réseaux. A titre d'exemple, elle propose une répartition des rôles entre les professionnels [Tableau 2]. Le suivi de la santé et du développement de l'enfant pourrait être réalisé jusqu'à l'âge de six ans soit par le service de PMI soit par un binôme généraliste-pédiatre permettant d'optimiser le suivi en s'adaptant au niveau de spécialisation des professionnels de santé. Si le suivi est réalisé par un binôme généraliste-pédiatre, le pédiatre serait sollicité pour les examens-charnières et le médecin généraliste pour tous les autres. Au-delà de l'âge de six ans, le suivi pourrait être réalisé indifféremment par le généraliste ou le pédiatre. La place du médecin scolaire pourrait être renforcée entre 12 et 18 ans ^[26].

En 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire, dite loi HPST, s'attache à améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé en plaçant les Agences Régionales de Santé (ARS) au centre de la coordination ^[29].

Calendrier	Acteur	Gratuité
Anténatale (3 ^{ème} trimestre grossesse)	Pédiatre Gynéco-obstétricien Sage-femme	-
Néonatale : - Naissance - 8 jours	Pédiatre Pédiatre PMI	+ +CS8 j
1 mois	Pédiatre PMI	+
2 et 3 mois	Pédiatre ou Généraliste PMI	+
4 mois	Pédiatre PMI	+
de 5 à 8 mois	Généraliste ou Pédiatre PMI	+
9 mois	Pédiatre PMI	+CS9 m
10 et 11 mois	Généraliste ou Pédiatre PMI	-
12 mois	Pédiatre PMI	+
15 mois	Généraliste ou Pédiatre PMI	+
18 mois	Pédiatre ou Généraliste PMI	+
2 ans	Pédiatre ou Généraliste PMI	+CS24 m
3-4 ans	PMI (école maternelle) Pédiatre ou Généraliste	+
5-6 ans	MEN* (école maternelle) Pédiatre/Généraliste Chirurgien-dentiste	+ +
8 ans	Pédiatre ou Généraliste	+
10 ans	Généraliste ou Pédiatre	-
12-13 ans	Pédiatre ou Généraliste Chirurgien-dentiste	Expérimental gratuit
15-18 ans	Pédiatre ou Généraliste Chirurgien-dentiste	- gratuit

* MEN = médecin de l'Education Nationale

Tableau 2 : Proposition de répartition des examens de suivi des enfants d'après le rapport du Professeur Danièle Sommelet en direction du ministère de la santé en octobre 2006

iv. Le carnet de santé :

Les ordonnances de 1945 ont donné un cadre réglementaire au carnet de santé de l'enfant dont le contenu est fixé par arrêté ^[19]. Il est financé par les Conseils Généraux qui peuvent le personnaliser en y ajoutant des éléments d'informations spécifiques à leur département. Il est délivré par l'officier d'Etat Civil lors de la déclaration de naissance et doit être conservé par les parents ou les représentants légaux de l'enfant jusqu'à sa majorité ^[30].

Il matérialise le système de suivi médical de l'enfant. C'est un véritable outil de liaison entre les différents médecins sollicités à un moment ou à un autre du suivi. Il contient de précieuses informations en direction des parents voire de l'enfant lorsque, devenu adolescent, celui-ci sera en mesure de prendre en charge de manière autonome ses préoccupations de santé.

Il est recommandé au parent de le présenter à chaque consultation médicale, pour permettre au médecin de prendre connaissance des renseignements qui y figurent et d'y noter ses propres constatations et ses interventions.

Le carnet peut tenir lieu de certificats de vaccination à condition que le médecin ait daté et signé la mention des vaccinations.

Toute personne amenée par sa profession à connaître les renseignements inscrits dans le carnet de santé est astreinte au secret professionnel. Seuls les certificats de vaccinations sont exigibles en dehors d'une consultation médicale. Lorsque le carnet de santé est remis à un tiers, il doit l'être sous pli cacheté portant la mention « secret médical ».

La qualité du carnet de santé s'est progressivement améliorée et son contenu a été enrichi. La dernière version date de 2006 avec une présentation plus conviviale grâce à différents espaces signalés par des pictogrammes selon qu'ils sont destinés aux professionnels de santé, aux parents, à l'enfant et à l'adolescent. Ils comportent des messages de prévention et de repérage.

Le carnet de santé de l'enfant est donc un véritable outil de coordination entre les différents professionnels qui interviennent autour de l'enfant. Bien investi et bien approprié par les familles, il constitue le dossier médical de l'enfant qui est généralement très soigneusement tenu et précieusement conservé par les parents.

- b. La consultation de Protection Maternelle et Infantile : un outil spécifique de prévention et de protection de la santé des enfants :

- i. *Le cadre institutionnel des consultations du service de PMI*

Ce cadre institutionnel est bien défini et entouré de normes réglementaires particulièrement précises. De manière générale les consultations s'inscrivent dans un cadre législatif très global ^[18].

L'article L 2111-1 du code de santé définit le cadre des missions de PMI :

« L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent livre, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé des futurs parents et des enfants, et des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes. ».

Ces missions sont organisées par le service de PMI.

L'article L 2112 en détaille les mesures. Le président du Conseil Général a pour missions d'organiser :

- 1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- 2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle.

La partie réglementaire détaille le contenu de ces mesures dans le décret d'application de la loi de 1989, reprise en 1992 et codifiée au R 2112 – 1 et suivants.

Les actions médico-sociales concernant les enfants de moins de six ans « ont notamment pour objet d'assurer, grâce aux consultations et aux examens préventifs des enfants pratiqués notamment en école maternelle, la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations. »

Au plan quantitatif, il est prévu que : « le service doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine pour les enfants de moins de six ans une demi-journée de consultation pour 200 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département. ».

Et encore que :

« La répartition géographique de ces consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités sociodémographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés. ».

Pour l'exercice de ces missions la réglementation relative à l'organisation des services de PMI prévoit les moyens en personnels de manière suivante :

- « Le service départemental doit disposer : « d'une puéricultrice à plein temps ou son équivalent pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département. »,
- « Les médecins attachés aux consultations de nourrissons doivent être agréés par le médecin responsable du service départemental de Protection Maternelle et Infantile. Ces médecins doivent justifier de connaissances spéciales en pédiatrie et n'avoir jamais été l'objet de sanctions d'ordre professionnel. ».

Les conditions matérielles des consultations décrivent un cadre de fonctionnement qui s'impose aux départements. L'équipement immobilier et mobilier des consultations est donc soumis à des normes détaillées prévoyant par exemple que les locaux doivent comporter une salle d'attente équipée pour l'accueil des enfants, une salle de pesée ou de déshabillage, une salle de consultation, un box d'isolement. Il est prévu que dans ces locaux soient présents une puéricultrice, une assistante sociale et du personnel pour l'accueil. La tenue et la conservation des dossiers médicaux sont placées sous la responsabilité du médecin qui réalise la consultation. Les textes vont jusqu'à prévoir la fréquence du nettoyage des locaux.

Ce cadre de fonctionnement permet un accueil de qualité et adapté à la fonction complexe de ces consultations dans la continuité avec les missions historiques.

Le service de PMI est un acteur du suivi médical des enfants mais n'a pas vocation à se substituer aux services de soins curatifs. Il n'est pas en mesure de répondre aux urgences, ni d'assurer la continuité des soins puisque fonctionnant selon une périodicité propre.

Dès leur origine, les consultations de nourrissons recouvrent trois missions :

- La fonction de soins préventifs et exceptionnellement de soins curatifs,
- La fonction éducative en direction des usagers mais aussi des médecins qui tirent des enseignements de l'observation longitudinale et régulière des enfants,
- La fonction de socialisation.

Aux trois missions correspondent trois espaces spécifiques définis par la réglementation :

- Un bureau de consultation équipé,
- Un espace de pesée et de déshabillage,
- Une salle d'attente adaptée à l'accueil de jeunes enfants, comportant notamment un garage à poussettes et un box d'isolement.

ii. Les consultations infantiles: une approche spécifique

Ces trois missions se retrouvent aujourd'hui, certes réinterprétées et adaptées aux besoins de l'époque. La description des locaux permet même d'en situer le lieu symbolique.

Alors que la fonction médicale s'exerce principalement dans le bureau de consultation, la fonction éducative trouve sa place en salle de déshabillage auprès de la puéricultrice notamment, la fonction de socialisation s'exprime dans la salle d'attente spécialement aménagée pour le jeu des enfants mais pouvant aussi proposer des animations diverses en direction des familles.

C'est ce constat que posent les inspecteurs de l'IGAS dans leur rapport sur la PMI en écrivant à leur propos :

« A la croisée du médical, du social et de l'éducatif, les consultations du service de PMI mettent en œuvre une approche très globale des soins en accueillant les familles et les enfants ».

La valeur ajoutée de la PMI est moins quantitative que qualitative. Elle réside essentiellement dans :

- Son accessibilité géographique administrative et financière,
- Son approche globale,
- Sa place dans les dispositifs partenariaux ^[27].

iii. La problématique actuelle des consultations infantiles face à l'évolution sociétale :

Pour réduire rapidement la mortalité infantile et étendre la promotion de la santé à toutes les familles, la politique de Protection Maternelle et Infantile s'est appuyée à l'origine sur la notion d'obligation : l'établissement de règles à respecter par les familles conditionnait les aides et les prestations familiales. Cette politique a rapidement montré ses fruits avec une réduction efficace de la mortalité infantile. Puis, la société française a évolué dans sa manière de réfléchir et d'appréhender les grandes questions sociales. Notre époque est marquée par un plus grand libéralisme et l'établissement de règles à respecter n'est plus la seule réponse possible. D'un point de vue sociologique, le passage à la période de « deuxième modernité » ou « modernité avancée » dans les années 1960 décrits par les théories du britannique Anthony Giddens et de l'allemand Ulrich Beck ^[32], marque l'émergence du principe de « différenciation ». Il devient nécessaire de faire attention à chacun et de tenir compte de la personnalité des individus en présence. L'évolution de la société passe dès lors par l'adoption de principes élaborés collectivement et ajustés en fonction de la situation et des personnes impliquées ^[32].

En matière de Protection Maternelle et Infantile, le passage d'une assistance ciblée au XIXème siècle puis d'une politique d'assistance pour tous dans les années 1945 et de

concept de prévention de la santé et du développement dans les années 1960 à celui plus global de promotion de la santé dans les années 1980 ont permis d'avancer. De nombreux efforts sont faits en matière de coordination comme en témoigne la loi HPST de 2009. Néanmoins, c'est le manque de stratégie qui fait défaut et est dénoncé par différents auteurs.

La PMI n'est plus perçue comme un cadre structurant par les professionnels et les parents [33] [9].

Dans son rapport, le Professeur Danièle Sommelet dénonce une France orpheline d'une politique globale de promotion de la santé en faveur des enfants [26].

Le rapport de la Cour des Comptes de Février 2012 sur la politique de périnatalité requiert : « Une mobilisation de l'ensemble des acteurs s'imposent au niveau national comme sur le plan local pour améliorer au plus vite nos performances sanitaires dans un domaine généralement considéré comme reflétant le niveau de développement d'un pays. »

Si la notion d'obligation semble aujourd'hui moins adaptée, la définition d'une politique globale de promotion de la santé et du développement des enfants est essentielle pour continuer à améliorer le bien-être et la situation sanitaire des enfants en France. Selon le rapport de l'IGAS de 2011, on observe une aggravation des disparités sociales et spatiales de santé [34]. En France, les données disponibles sur l'état de santé des enfants sont rarement corrélées à la situation sociale si bien que les disparités sociales de santé ne sont que partiellement connues.

A titre d'exemple, on observe que :

10000 enfants naissent chaque année avant 33 semaines d'aménorrhée. Parmi eux 40% présentent des troubles moteurs, sensoriels ou cognitifs à 5 ans [35].

Les troubles psychologiques ou du comportement touchent 12% des enfants. L'autisme et les troubles envahissants du développement sont estimés à 6 ou 7 pour 1000 jeunes de moins de 20 ans [36].

Le surpoids a reculé de 14,4% à 12,1% des enfants de grande section de maternelle. Depuis le Plan National Nutrition Santé de 2001, elle fait l'objet d'actions de prévention ciblées. Le protocole de promotion d'activité physique et d'alimentation PRALIMAP en Lorraine en est un exemple [31].

Concernant les maladies chroniques on estime à 20000 le nombre d'enfants diabétiques avec une augmentation de 78% chez les enfants de moins de 4 ans en 10 ans [38]. 9% des enfants sont atteints d'asthme en 2009 [39]. Entre 2000 et 2004, 8473 cancers ont été enregistrés chez les enfants de 0 à 14 ans: dont 29% de leucémies, 23% de tumeurs du système nerveux central, 12,5% de lymphomes et 8 % de neuroblastomes [40].

En 2010: 96,4% des enfants de 6 ans sont vaccinés par le DTPolio, 94,5 sont immunisés contre la coqueluche mais seulement 37,8 % contre l'hépatite B et 44,3% des enfants sont vaccinés par le ROR ^[41].

Les conduites d'alcoolisation touchent 10 % des 15-19ans ^[34].

Les enfants dont les parents appartiennent aux catégories socioprofessionnelles défavorisées sont plus souvent touchés que les autres enfants. Par exemple, le taux de prématurité touche 6,9% des enfants de mères salariées dans le domaine des services aux particuliers pour 3,9% des enfants de mères cadres. En grande section de maternelle, 13,9% des enfants de pères ouvriers sont obèses pour seulement 8,6% des enfants dont le père est cadre ^[34].

En réaction à un plus grand libéralisme, les besoins sécuritaires des familles se sont accrus particulièrement en ce qui concerne la périnatalité. Les jeunes parents sont moins confiants que leurs aînés dans leur rôle parental. Plusieurs facteurs sont en cause tels qu'un appauvrissement des liens familiaux et une certaine fragilisation des familles. Selon une étude de l'INSEE publiée en 2009, le nombre de familles monoparentales est passé de 12,4% à 20,9% avec le risque de précarisation car les conditions de logement sont plus difficiles et les revenus plus incertains ^{[42] [43]}. La pression de la société à l'égard de la fonction parentale mais aussi des performances des enfants eux-mêmes est anxiogène pour de nombreux parents, en témoigne la masse des informations disponibles sur le sujet de la parentalité. La psychanalyste Sylvie Giampino estime que les attentes de notre société à l'égard des petits enfants sont inadaptées car ce sont celles que l'on attend des enfants plus âgés: « notre société oublie que les petits sont des petits ». Cela peut nuire à la diversité des rythmes d'évolution qui est la clé de l'équilibre futur des enfants ^[44].

Les enjeux de la prévention et de la promotion de la santé ont donc beaucoup évolué en l'espace d'un demi-siècle avec certes une réduction de la mortalité infantile mais une aggravation des disparités sociales et spatiales de santé et une insécurisation des jeunes parents dans leur fonction parentale. Par leur fonction de soins préventifs, leur fonction éducative et leur fonction de socialisation, les consultations infantiles sont un vecteur possible de l'amélioration de la promotion de la santé et du développement des enfants qui est insuffisamment connu des parents et des professionnels de santé.

Quelles sont les attentes des usagers qui consultent en PMI dans notre département et quelles réponses y trouvent-ils ? Comment les professionnels de PMI s'attachent à y répondre en consultation ? Quels sont les liens avec les professionnels de santé ambulatoires impliqués dans le suivi des enfants de moins de 6 ans ?

L'enquête qui constitue la deuxième partie de ce travail s'intéresse aux consultations infantiles du service de PMI du département de Meurthe et Moselle dans le but de comprendre comment ces consultations répondent aux nouvelles problématiques et se

positionnent par rapport aux autres professionnels de santé impliqués dans le suivi des jeunes enfants.

III. Matériels et Méthode de l'enquête

Pour analyser les attentes des usagers des consultations infantiles du service de PMI, une enquête qualitative est menée pendant 3 mois en Meurthe et Moselle par des entretiens individuels et collectifs. L'objectif principal est d'identifier les attentes des usagers, les représentations des professionnels de PMI et de quelques professionnels de santé ambulatoires afin de vérifier leur corrélation [Figure 1]. Secondairement, l'enquête permet d'étudier l'appréciation des consultations et recueillir les souhaits d'amélioration éventuels.

a. Population :

Pour participer à l'enquête, les personnes interrogées doivent répondre aux critères suivants :

- Etre professionnels du service de Protection Maternelle et Infantile de Meurthe et Moselle et avoir une expérience des consultations infantiles d'au moins 1 an,
- Ou être parent (père et /ou mère) ou substitut parental d'un ou plusieurs enfants consultant au centre médico-social choisi,
- Ou être professionnel de santé ambulatoire impliqué dans le suivi médicosocial des enfants,
- Et être volontaire pour s'exprimer sur un certain nombre de thèmes,
- Et accepter les conditions d'enregistrement, la retranscription et l'utilisation des données.

Les professionnels de PMI sont sélectionnés avec l'aide d'un médecin responsable du service de PMI et d'une puéricultrice grâce à leur connaissance de l'équipe. Les puéricultrices sont choisies pour leur fonction polyvalente ou leur fonction de coordination au sein du service de PMI qui leur assure une vision globale des consultations infantiles du département. Ces participants sont conviés par un courrier d'information [Annexe 4].

Les professionnels de santé ambulatoires sont choisis au hasard avec une représentation équivalente en secteur urbain et en secteur rural quand cela est possible. Un rendez-vous est proposé par téléphone puis un courrier d'information est adressé plusieurs jours avant l'entretien pour permettre au participant de réfléchir aux thèmes abordés [Annexe 6]. Le nombre et la qualité des professionnels sont limités à 4 médecins généralistes, 5 pédiatres, 2 pédopsychiatre de CMP, 1 médecin de CAMPS pour obtenir différents points de vue de professionnels de santé ambulatoires. Le nombre de participants n'a pas été choisi pour obtenir une représentativité des groupes par rapport à la population des professionnels de santé ambulatoires car il ne s'agissait pas de réaliser une enquête d'opinion mais d'élargir le point de vue aux professionnels extérieurs à la PMI.

D'autres interlocuteurs des consultations infantiles sont éligibles pour élargir le point de vue sur les attentes des usagers comme les professionnels des services de maternité, de crèches et de structures d'accueil de la petite enfance ou d'école maternelle. Ils ne sont pas interrogés par manque de temps.

Concernant l'enquête auprès des usagers, deux centres de consultations de PMI sont choisis avec l'aide d'une puéricultrice coordinatrice en fonction des disponibilités du service de PMI. Un centre devait se situer en secteur rural et l'autre en secteur urbain. Tous les usagers consultant durant les demi-journées choisies sont invités à participer par l'enquêteur et interrogés après leur accord. Le nombre de demi-journées d'enquête est fixé à 4 dont 2 en secteur rural et 2 en secteur urbain, pour obtenir au minimum 8 entretiens par centre.

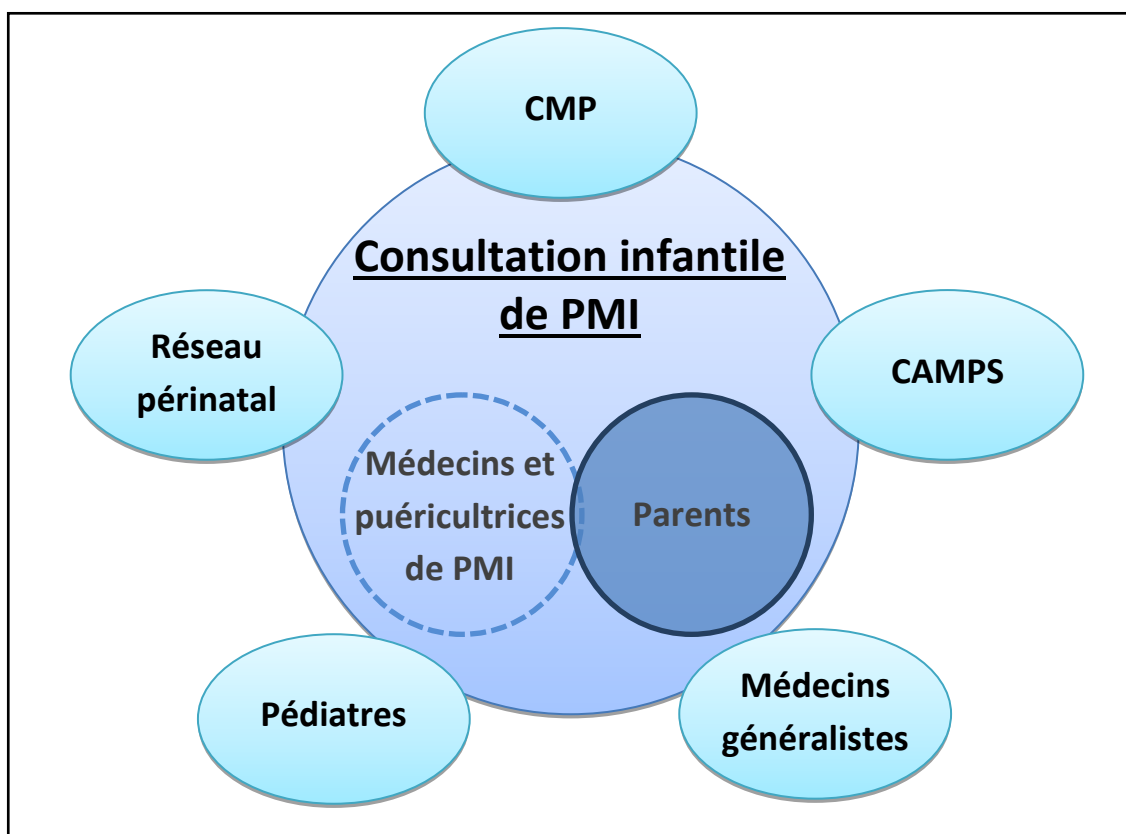


Figure 1 : Les consultations infantiles de PMI et ses interlocuteurs parmi les professionnels de santé ambulatoires

b. Matériels et méthode :

Méthode [Figure 2] :

Technique d'entretien :

La technique d'entretien est adaptée au nombre de participants de chaque groupe :

- Pour 1 ou 2 participants, l'entretien est semi-directif.
- A partir de 3 participants, l'entretien est réalisé par groupe focalisé.

L'Entretien Semi-Directif (ESD) est mené par l'enquêteur au moyen d'une grille d'entretien et enregistré par magnétophone. En cas de digression, le propos est ramené vers les thèmes choisis ^[45].

Le Focus Group (FG), nommé également entretien de groupe focalisé, permet la collecte d'informations sur un sujet à partir d'un questionnaire établi à l'avance soumis au groupe ^[46]. Il a été choisi pour ce travail car c'est une des méthodes de choix pour évaluer les attentes, la satisfaction, la compréhension des opinions, des motivations ou des comportements.

Les entretiens de groupe se déroulent dans une salle de réunion du Conseil Général choisi pour son caractère neutre et agréable. Un modérateur est chargé d'animer le groupe. Il tente de faire émerger différents points de vue en reformulant, clarifiant les questions et en synthétisant les idées évoquées. Un observateur réalise le script, note les aspects non verbaux et relationnels et gère l'enregistrement audio phonique.

Le déroulement de la séance est le suivant: le modérateur présente le but de l'enquête et la méthode de l'entretien, puis il informe les participants du respect de l'anonymat et il recueille leur consentement pour l'enregistrement et la retranscription des propos. Les thèmes sont proposés selon une grille d'entretien.

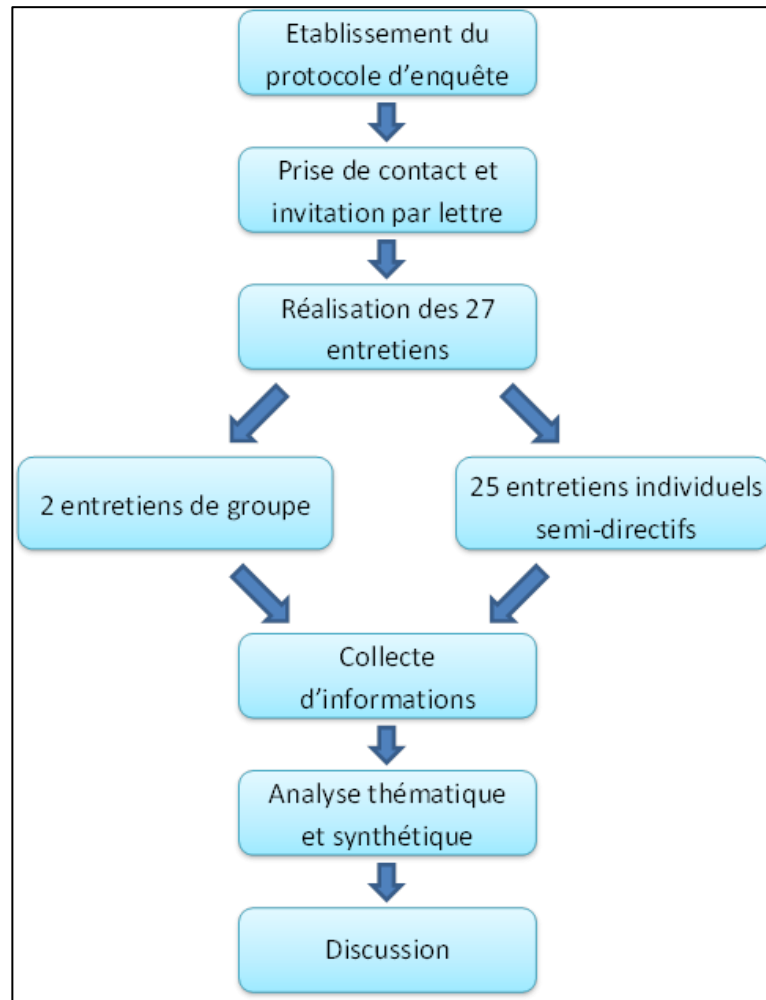


Figure 2: Méthodologie de l'enquête

Grilles d'entretiens :

Trois grilles d'entretiens, disponibles en annexes sont établies pour les usagers des consultations infantiles [Annexe 3], pour les professionnels de PMI [Annexe 5] et pour les professionnels de santé ambulatoires impliqués dans le suivi des enfants [Annexe 7].

Concernant l'enquête auprès des parents, les thèmes abordés sont les suivants :

- Le mode de découverte de la consultation du service de PMI,
- Leurs attentes par rapport à la consultation,
- Les points forts et points faibles des consultations infantiles sur l'accueil, la qualité de l'écoute et des réponses obtenues, le délai d'obtention des rendez-vous, le délai d'attente en consultation, le matériel et l'environnement,
- Les souhaits d'amélioration éventuels.

La durée du suivi en PMI et les caractéristiques sociodémographiques des usagers sont recueillies durant l'entretien. Elles permettent de déterminer la catégorie socioprofessionnelle du parent interrogé, ses contraintes d'horaires de travail et son expérience de la parentalité.

Concernant les professionnels de PMI, les différents thèmes abordés sont les suivants:

- Le public cible des consultations infantiles et celui qui les fréquente en pratique,
- Le mode de découverte des consultations infantiles de PMI par les usagers,
- Les attentes des usagers,
- L'évolution des attentes des usagers dans le temps,
- Les points forts et faibles rapportés par les usagers à propos des consultations infantiles,
- Les souhaits d'amélioration éventuels émis par les usagers ou par les professionnels.

Concernant les professionnels de santé ambulatoires, les thèmes abordés sont proches de ceux abordés avec les professionnels de PMI avec :

- Le public cible et le public qui fréquente les consultations de PMI,
- Les attentes des usagers de consultations infantiles,
- Les relations avec les professionnels de PMI,
- Les retours positifs et négatifs rapportés par les parents sur les consultations,
- Les souhaits d'amélioration éventuels.

Pour chaque participant, l'expérience professionnelle des consultations infantiles de PMI est recueillie pour pondérer les réponses et analyser les représentations en fonction de la connaissance des consultations de PMI. Les grilles comportent une brève enquête de satisfaction avec le recueil des critiques des parents usagers à propos des consultations infantiles, et les souhaits d'amélioration éventuels.

Exploitation des résultats :

L'exploitation des résultats comporte une phase de collecte d'informations par la retranscription des propos enregistrés et la notification des réactions non verbales du groupe. Elle précède une analyse thématique des entretiens. Pour chaque entretien, les verbatim en rapport avec le sujet sont regroupés par thèmes et notifiés en intégralité dans les résultats. Une évaluation du pourcentage de verbatim intégrés aux résultats pour chaque groupe et du pourcentage de verbatim négligés permet d'étudier la fidélité des résultats aux retranscriptions des entretiens.

Une analyse synthétique finale permet de confronter les points de vue et de corrélérer les attentes des usagers aux représentations des professionnels de PMI et des professionnels de santé ambulatoires.

c. Statistiques

Les tableaux sont réalisés à partir du logiciel Microsoft Excel version 2010 et les figures à partir du logiciel Microsoft Word version 2010.

Les valeurs qualitatives sont exprimées en médiane avec la borne haute et la borne basse lorsque la distribution est différente d'une distribution normale. Dans le cas contraire, elles sont exprimées en moyenne et écart-type.

Les variables quantitatives sont exprimées en pourcentages.

IV. Résultats

L'enquête s'est déroulée du 6 décembre 2012 au 18 février 2013 dans le département de la Meurthe et Moselle. 46 participants, dont 17 professionnels de PMI, 10 professionnels de santé ambulatoires et 19 parents usagers, répondent aux critères d'inclusion et sont interrogés [Tableaux 3 et 4].

Les participants sont répartis selon les six groupes suivants:

- ❖ Groupe 1 : Enfants et parents usagers de la consultation infantile du service de PMI,
- ❖ Groupe 2 : Professionnels de PMI connaissant les consultations infantiles,
- ❖ Groupe 3 : Médecins généralistes,
- ❖ Groupe 4 : Pédiatres libéraux,
- ❖ Groupe 5 : Professionnels de CMP,
- ❖ Groupe 6 : Professionnel de CAMPS et membre du réseau périnatal.

Le groupe 2 est interrogé par un entretien de groupe focalisé et les 5 autres groupes par entretiens individuels semi-directifs.

4 professionnels de santé ambulatoires, 2 pédiatres et 2 médecins généralistes ont accepté un rendez-vous mais n'ont pas été rencontrés. Deux professionnels de santé, le pédiatre N°4 et le médecin généraliste N° 3, ont été interrogés par téléphone pour une raison organisationnelle. 2 participants sont exclus : 1 pédiatre volontaire mais indisponible à la période de l'enquête, et 1 médecin généraliste qui ne s'est pas rendu au rendez-vous.

Groupe	Numéro	Nombre de participants	Sexe	Profession	Médiane d'expérience des consultations infantiles (années)	Durée (min)	Nombre de mots	Technique
2	1	5	F	Puéricultrices de PMI	12	60	11093	FG
2	2	12	F	Médecins de PMI	16	75	8903	FG
3	1	1	M	Médecins généralistes	3	15	1369	ESD
3	2	1	F	Médecins généralistes	3	7	1037	ESD
3	4	1	F	Médecins généralistes	3	3,3	124	ESD
4	1	1	M	Pédiatre	0	18	2073	ESD
4	2	1	F	Pédiatre	0	12	2135	ESD
4	3	1	M	Pédiatre	0		1637	ESD
4	4	1	F	Pédiatre	0	7,5	701	ESD
5	2	2	F	CMP: pédopsychiatre	0,25	18	3214	ESD
6	1	1	F	CAMPS: neuropédiatre	0	26	2433	ESD

Tableau 3: Description des professionnels de santé interrogés

L'enquête auprès des parents s'est déroulée pendant 4 demi-journées de consultation en février 2013. 19 parents usagers sont sollicités et ont accepté de participer à l'enquête : 10 dans le centre médico-social rural et 9 dans le centre médico-social urbain [Tableau 4]. 19 enfants sont présents.

Numéro	Type de Centre	Lien parental	Age(s) de(s) l'enfant(s) en mois	Nombre d'enfants de la fratrie	Durée (min)	Technique
1	Urbain	Parents	4	1	4	ESD
2	Urbain	Maman	26	3	3	ESD
3	Urbain	Parents	11	1	3	ESD
4	Urbain	Maman	18	2	5	ESD
5	Rural	Maman	7	2	2,9	ESD
6	Rural	Maman	14	1	6	ESD
7	Rural	Maman	24	2	5,5	ESD
8	Rural	Maman	24		3,5	ESD
9	Rural	Maman	24/18/3	7	5,1	ESD
10	Rural	Maman	16	1	4,6	ESD
11	Rural	Maman	24	3	2,3	ESD
12	Rural	Maman	7	3	5,5	ESD
13	Rural	Maman	9	2	6	ESD
14	Rural	Maman	3 et 24	2	12,2	ESD
15	Urbain	Parents	4	1	4	ESD
16	Urbain	Maman	9	1	4,5	ESD

Tableau 4: Description des usagers de consultations infantiles interrogés

12 mamans sont venues consulter sans leur conjoint, 2 mamans sont sœurs et ont pris rendez-vous durant la même demi-journée. 3 couples de parents ont assisté ensemble à la consultation [Figure 3].

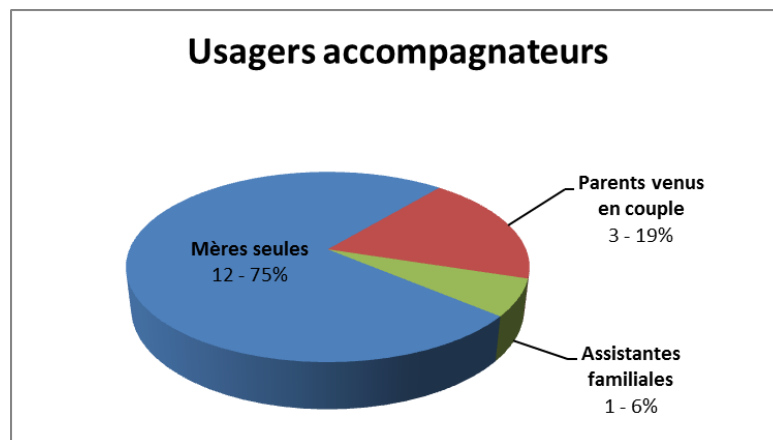


Figure 3 : Lien de parenté de l'utilisateur accompagnateur avec le/les enfants interrogé(s) (en valeur absolue et en pourcentages)

Pour un des 2 couples, c'est systématique :

- Parents 3 : « Toujours parce que moi, j'estime que c'est un rendez-vous pour son évolution. Donc c'est important que Papa soit là. Et puis s'il se pose des questions, il peut les poser [aussi]... »

Les autres parents ne se connaissent pas. 6 usagers, 5 dans le centre rural et 1 dans le centre urbain ont une activité professionnelle. Les professions citées sont les suivantes : 1 assistante familiale, 1 professeur des écoles, 1 auto-entrepreneur 1 praticienne en institut de soins, 1 kinésithérapeute, 1 fonctionnaire. Les autres participantes sont mères au foyer.

Les usagers interrogés connaissent la PMI depuis une durée médiane de 3 ans pour le centre rural et 0,8 an pour le centre urbain.

7 participants sont considérés comme jeunes parents avec 1 seul enfant âgé de moins de 18 mois. Les autres usagers sont expérimentés et ils ont au moins 2 enfants. Le nombre médian d'enfants par fratrie tous groupes confondus est de 2 avec des extrêmes compris entre 1 et 7. Pour le centre rural, il est de 2 enfants avec des extrêmes compris entre 1 et 7 tandis que pour le centre urbain, il est de 1 enfant avec des extrêmes compris entre 1 et 3. Tous les enfants interrogés ont moins de 3 ans, le plus âgé a 26 mois et le plus jeune a 2 mois.

Concernant le suivi, 18 enfants participants ont un suivi parallèle chez un généraliste pour la prise en charge curative. Un enfant est suivi chez un pédiatre, le suivi en PMI servant de complément. 2 enfants sont suivis en PMI et par un pédiatre membre du réseau RAFAEL en raison de leur naissance prématurée et sont pris en charge chez un généraliste en cas de symptômes [Figure 4].

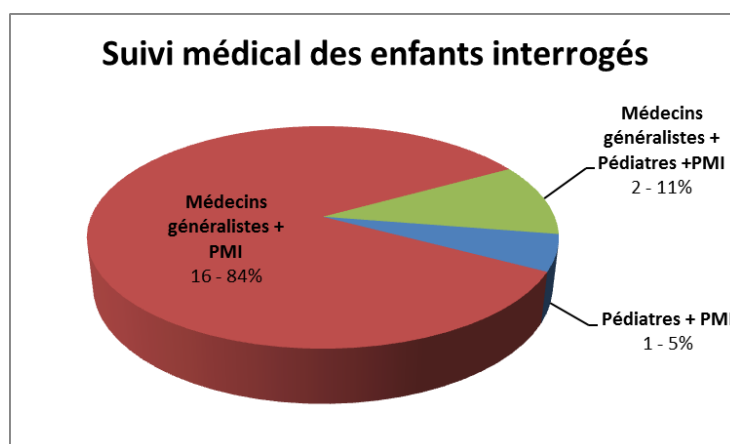


Figure 4 : Nature du suivi médical des enfants interrogés (en valeur absolue et en pourcentages)

a. Analyse thématique des entretiens selon les groupes

Les entretiens sont découpés par thèmes : 37% des verbatim sont considérés comme hors-sujet et éliminés, 63% des verbatim sont intégrés à l'analyse thématique [Tableau 5, Figure 5].

	Nombre de mots retranscrits intégrés à l'analyse thématique	Nombre de mots retranscrits dans les entretiens
Usagers	3165	4507
Professionnels de PMI	9521	15297
Professionnels de santé ambulatoires	7929	12737
Propos hors sujet	11926	0
Total	32541	32541

Tableau 5 : Représentativité des résultats de l'analyse thématique par catégories de participants

**Nombre de mots retranscrits intégrés
à l'analyse thématique**

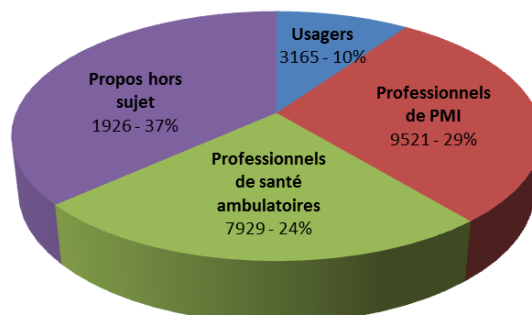


Figure 5 : Répartition des mots utilisés dans l'analyse thématique (en valeur absolue et en pourcentages)

i. *Enquête auprès des usagers des consultations infantiles du service de PMI :*

La durée moyenne des entretiens est de 5,4 minutes pour le centre rural et 3,8 minutes pour le centre urbain.

L'analyse thématique des entretiens montre les résultats suivants :

○ **Les modes de découverte des consultations infantiles du service de PMI :**

Les modes de découverte de la PMI cités par les parents sont les suivants par ordre de fréquence :

- 8 parents ont consulté suite à un premier contact avec un professionnel de PMI,
- 3 parents ont consulté sur les conseils d'un membre de la famille, par habitude familiale de suivi des enfants. 2 d'entre eux ont eux-mêmes été suivis en PMI lorsqu'ils étaient enfants.

Parent 2 : « Je me rappelais que quand j'étais petite on faisait les vaccins à la PMI »,

Parent 4 : « Quand le premier est né, c'est ma belle-mère qui m'a dit : il faut trouver la PMI pour la pesée, le suivi les vaccins. C'était le premier, je n'étais pas trop renseignée ! »,

Parent 16 : « En fait par mes sœurs. Je ne connaissais pas du tout la PMI. Moi, je pensais aller directement chez un pédiatre. Elles m'ont parlé de la PMI en me disant que c'était mieux... ».

- 3 parents ont choisi le suivi en PMI après avoir été informés par le service de maternité et par habitude familiale de suivi des enfants,

Parents 3 : « Par le service de maternité. Quand j'ai accouché de mon premier enfant, ils nous en ont parlé. Et puis je connaissais à peu près madame D. parce qu'elle s'était occupée de moi quand j'étais petite. »,

Parent 12 : « C'est à l'hôpital. La maternité nous a parlé de la PMI, [nous a expliqué] que je pouvais la faire suivre ici. Et puis comme j'ai ma grande sœur qui a eu un enfant avant, on connaît. »,

- 1 usager a découvert la consultation infantile seulement par le service de maternité,

Parent 10 : « A la maternité. Je ne sais plus si ce sont eux qui ont proposé ou moi qui avais demandé. C'est mon premier enfant. »,

- 1 couple a découvert la consultation infantile grâce à des amis :

Parents 17 : « Une amie. Je venais occasionnellement car elle avait un pédiatre. Je venais pour la pesée et puis il y avait des rencontres organisées avec d'autres enfants, des lieux d'éveil. ».

- 1 parent a choisi la PMI pour le suivi des enfants sur les conseils de ses amis et de la maternité :

Parent 7 : Je ne connaissais pas la PMI avant. C'est par rapport à des connaissances. Je connaissais l'assistante sociale et puis le service de maternité m'en a parlé aussi. ».

- 1 usager qui est assistante familiale a découvert la consultation infantile par le biais du Conseil Général :

Usager 8 : « Je l'ai connue par le Conseil Général. Je me suis occupée d'un enfant handicapé. Avant je l'emmenais chez le médecin généraliste et on m'a conseillé d'aller en PMI parce que ce sont des pédiatres. Donc maintenant quand j'ai des petits, je les emmène à la PMI parce que c'est un pédiatre et que cela m'a plu. ».

Concernant les contacts par les professionnels de PMI, il s'agit de la puéricultrice dans 4 cas sur 8 dans les situations suivantes :

- 1 cas lors d'une visite à la maternité,
- 2 cas lors d'une visite à domicile postnatale,
- 1 cas par contact téléphonique après la naissance.

Pour les 3 autres parents, il s'agit d'un contact avec la sage-femme lors d'une visite prénatale dans 2 cas et 1 visite postnatale. Une seule participante a découvert la consultation infantile par l'assistante sociale du centre de PMI.

La retranscription des verbatim de ces 8 usagers montre les résultats suivants :

Parents 1 : « C'était quand j'étais enceinte... J'étais suivie par une sage-femme dans un centre de PMI et ensuite j'ai déménagé ici. La sage-femme de ce centre est venue à la maison pour m'expliquer comment cela aller se passer et c'est là qu'elle m'a donné rendez- vous pour venir ici. »,

Parent 5 : « Quand la puéricultrice est venue chez moi, elle m'a dit que l'on pouvait venir en consultation. Je ne connaissais pas avant »,

Parent 6 : « A la maternité, la puéricultrice est passée me donner un dépliant. Une personne du centre médico-social m'a rappelée à la maison pour me demander si j'avais besoin d'avoir quelqu'un à domicile ou de venir en consultation. Et du coup je suis venue en consultation. »,

Parent 9 : « C'était ici. Je suis venue à l'aide sociale et puis en fin de compte tout s'est enchaîné. J'ai eu les visites à la maison quand j'étais enceinte de la dernière. »,

Parent 11 : « A la naissance, c'est une sage-femme qui est venue à domicile [qui m'en a parlé] »,

Parent 13 : « C'est mon premier enfant. Donc c'est une puéricultrice qui est passée à la maternité. »,

Parent 14 : « A la maternité... Non, je réfléchis en même temps... Non, c'est une puéricultrice qui est venue à domicile, en Bretagne. ».

Aucun des usagers interrogés n'a évoqué la découverte des consultations infantiles par le biais du médecin généraliste ni par celui du pédiatre.

○ **Les attentes vis-à-vis des consultations :**

Les attentes des usagers pondérées par ordre de fréquence sont les suivantes :

○ Un suivi régulier de la santé et du développement de l'enfant pour 15 usagers :

Parents 1 : « Pour le suivi proposé qui est plus complet... Ce n'est pas comme si on allait chez le médecin. Chez le généraliste, c'est juste pour voir s'il est malade ou non... Ici c'est plus régulier. »,

Parent 2 : « Des conseils... Ils peuvent nous aider sur le développement. Il y a la puéricultrice qui nous donne beaucoup de conseils, sur le développement du langage par exemple... »,

Parents 3 : « C'est surtout par rapport à son poids, pour savoir comment il grandit et comment il évolue. »,

Parent 4 : « On est sur V. et vu que l'on a déménagé, il fallait absolument une PMI pour pouvoir faire le suivi. Les vaccins, les médicaments, les vaccins... Un contrôle du suivi quoi ! »,

Parent 6 : « C'est surtout par rapport à son évolution parce qu'il est pesé et mesuré. »,

Parent 7 : « Je viens voir si tout va bien, pour mesurer, pour voir l'évolution. »,

Usager 8 : « Surtout connaître s'ils prennent bien du poids, leur taille et s'il y a des problèmes particuliers à régler. Comme par exemple la nourriture. »,

Parent 9 : « Je pense qu'il y a un très bon suivi. Pour la petite, j'ai le poids régulièrement. Il y a vraiment un suivi sérieux. Pour vérifier qu'il évolue bien sur le plan psychomoteur, les vaccins et puis voilà. »,

Parent 10 : « Quand on vient, on fait la visite. Pour savoir combien il pèse et tout. »,

Parent 12 : « Les enfants sont bien suivis [ici]. »,

Parent 13 : « C'est d'avoir le suivi, de savoir si les enfants se développent correctement. Le suivi médical se passe bien. »,

Parents 16 : « Pour le suivi, pour voir comment il grandit, si ça va... Pour vérifier qu'il est en bonne santé. »,

Parent 17 : « C'est un complément par rapport au dernier rendez-vous chez le pédiatre par rapport à l'évolution de son poids. Quand elle est malade c'est le pédiatre qui gère. ».

- Un temps d'écoute avec la possibilité de s'exprimer, de poser des questions et d'obtenir des conseils pour 13 parents :

Parents 1 : « Des conseils ... Par rapport à la santé de l'enfant, par rapport à son alimentation et tout... »,

Parent 2 : « Des conseils... Ils peuvent nous aider sur le développement. Il y a des puéricultrices qui nous donnent des conseils...sur le développement du langage ... Quelques fois on a des questions comme : il doit parler à quel âge? J'ai découvert ça au fur et à mesure... »,

Parents 3 : « Quand on a des questions ils nous répondent plus facilement [qu'ailleurs] »,

Parent 5 : « Qu'ils me donnent des conseils, c'est surtout ça. »,

Parent 6 : « Les questions c'était au tout début à la maternité. Comme je suis venue à trois mois, tout était mis en place. Si, je me rappelle la toute première fois, j'ai discuté longtemps avec la puéricultrice au téléphone quand elle m'a appelée parce qu'il ne buvait pas beaucoup de biberons. Donc on a discuté de l'alimentation par téléphone. On avait déjà fait le point sur ce qu'il buvait [quand je suis venue ici] ... »,

Parent 7 : « On peut parler, prendre des renseignements... »,

Parent 9 : « S'il y a des questions, elles y répondent. »,

Parent 12 : « Les deux grands sont suivis à l'école on peut demander aux dames, ça c'est bien. »,

Parent 14 : « C'est une puéricultrice qui est venue et qui m'a donné des conseils pour l'allaitement. »,

Parents 17 : « C'est pas mal ici, peut-être qu'on prend plus le temps, il y a moins de monde. Chez le pédiatre, c'est un peu plus expéditif quand il y a du monde. ».

- Une réassurance et une guidance parentale pour 6 parents :

Parents 3 : « Pour bien se faire accompagner. »,

Parent 7 : « Ici c'est surtout le suivi de l'évolution, de la croissance et puis pour être rassurée. Parce qu'en dix ans, on oublie des choses... Enfin ça revient vite ! »,

Parent 10 : « Les premiers mois : comment apprendre à s'occuper d'un bébé, les repas, le sommeil, la propreté... Les premiers mois, c'est indispensable d'être

entourée pour ne pas faire d'erreur comme donner trop à manger... C'est mon premier enfant, quand on se dit que l'on va partir au bout de trois jours de la maternité cela fait bizarre. On a eu une puéricultrice ou une sage-femme qui répondait aux moindres coups de sonnette, cela fait bizarre de se dire que l'on va se retrouver seule à la maison avec personne pour donner des conseils. Mes frères et sœurs n'ont pas d'enfant. C'est le premier de cette génération. Donc pas de conseil... »,

Parent 13 : « Savoir si je ne fais pas de bêtise, parce qu'il n'y a pas d'école pour devenir parent. Savoir si ce qu'on fait au niveau de l'éveil ça va avec son évolution, surtout que j'ai deux enfants qui sont plus grands que leur âge donc on a tendance à oublier qu'ils sont petits ! »,

Parent 14 : « La puéricultrice m'a dit que c'est normal, qu'ils stimulent plus [à certains moments de l'allaitement], qu'on a l'impression qu'ils se calent et qu'on est un peu désespérée parce qu'ils réclament toutes les deux heures. »,

- Un regard spécialisé sur la santé et le développement de l'enfant pour 4 participants :

Parents 3 : « Un médecin généraliste c'est bien mais on ne le voit que quand il est malade... Il va nous dire ce qu'il a mais il ne va pas parler de son évolution. C'est un peu spécialisé ici. »,

Usager 8 : « Je les emmène à la PMI parce que c'est un pédiatre. Le premier enfant dont je me suis occupée avait un handicap au cerveau. Elle m'a orientée vers les spécialistes. »,

Parent 12 : « En fait, ils nous disent tout déjà directement, c'est ça qui est bien ça évite de poser des questions. »,

- L'offre d'aide pratique, d'informations concernant les démarches, la scolarisation, les modes de garde pour 2 participants:

Parent 7 : « Comme j'ai toujours été satisfaite, je continue. S'il y a un problème de papiers, ou quoi que ce soit, ils peuvent nous aider. »,

Parent 13 : « Qu'on soit bien conseillé sur les démarches »,

- La réalisation des vaccins pour 5 parents usagers :

Parent 4 : « Quand j'ai emménagé, j'ai trouvé un centre de PMI pour elle pour faire les vaccins. Je savais que l'on devait faire les vaccins... »,

Parent 9 : « Pour vérifier qu'il évolue bien sur le plan psychomoteur, les vaccins et puis voilà. »,

Parent 13 : « Les vaccins »,

Parents 17 : « Pour les vaccins tout ça... »,

- Un suivi de proximité pour 1 couple :

Parents 17 : « C'est pas mal ici. On arrive plus à joindre, il y a toujours quelqu'un. Comme c'est plus près, c'est peut-être plus pratique pour nous. ».

- La possibilité de rencontrer d'autres parents pour 1 père :

Parent 1 : « C'est bien on voit des gens... Ça peut rapprocher les gens. Ça permet de se sentir plus à l'aise... ».

- La convivialité de l'accueil et l'ambiance particulière des consultations pour 1 mère :

Parent 16 : « On est toujours bien ici. On s'entend bien avec les dames. Elles nous accueillent bien. ».

- La gratuité des soins pour 1 mère :

Parent 16 : « Par rapport aux frais cela m'arrangeait un peu plus. C'est vrai que chez le pédiatre, on avance les frais et on n'est pas remboursé tout de suite. Alors c'est un petit bloc. ».

- **Les points forts et les points faibles des consultations :**

Tous les parents interrogés se disent satisfaits des consultations infantiles et apprécient ce moment.

Les points forts relevés par les usagers et pondérés selon la fréquence sont les suivants :

- Le temps accordé, l'écoute et la disponibilité des professionnels, pour 11 usagers :

Parent 4 : « Franchement ça va... Surtout d'avoir été écoutée, d'avoir eu le temps. Parce que c'est important ça aussi et je vois que cela ne se passe pas comme cela partout. ».

Parent 5 : « Qu'ils prennent du temps avec elle. C'est surtout ça. ».

Parent 6 : « Le fait que l'on puisse discuter du quotidien ou ce qu'il faut lui donner, ne pas lui donner. ».

Parent 7 : « Oui, j'ai toujours eu l'impression d'être écoutée. ».

Usager 8 : « Elle prend son temps. C'est bien on se sent entendu... ».

Parent 12 : « Ils me disent tous les conseils qu'il faut. ».

Parent 13 : « Que ça prenne trois ou dix minutes, le médecin n'est là que pour ce petit bout... ».

Parent 14 : « On venait d'emménager, on allait voir le médecin traitant. Les horaires [du médecin traitant] tout ça n'était pas pratique, ça ne m'allait pas. Par rapport à un médecin de ville ? Ici elles ont le temps. C'est énorme par rapport à un médecin de ville qui va prendre un quart d'heure. Ce qui est normal mais ici elles ont le temps. ».

On oublie toujours la moitié des choses que l'on avait à demander donc c'est agréable parce qu'ici on a le temps de se souvenir. »,

Parent 16 : « Oui, on a les réponses à nos questions et il y a le temps pour cela ce n'est pas fait à la va-vite. »,

Parents 17 : « L'écoute ! On peut parler prendre des renseignements. »,

- Le soutien aux jeunes mamans ou aux mamans qui en ont besoin pour 4 participants :

Parents 3 : « Quand je suis arrivée mon fils était tout petit. Et du coup au début j'avais beaucoup de questions... C'est mon premier ce n'est pas évident au début. Par rapport à mon fils c'était plus facile. Il y avait moins d'inquiétude. Franchement je trouve que l'on est bien encadré. J'aime bien venir ici ! »,

« J'avais beaucoup de questions au début avec la grande sœur parce qu'elle ne mangeait pas beaucoup. Ils m'ont bien aidée. »,

Parent 9 : « Elles nous aident beaucoup. Au bout du septième [enfant] ça va... Mais c'est plutôt que j'ai eu une grossesse difficile... J'ai failli la perdre à la naissance et que la grossesse était vraiment très difficile. C'était un bon soutien. C'est vrai aussi que quand on arrive quelque part et que l'on ne connaît personne... Ce n'est pas facile. »,

Parent 13 : « J'ai toujours été bien entourée quand je suis venue. La première information que l'on m'a donné c'était de faire confiance à mon instinct de maman. J'ai eu un petit garçon qui faisait quatre kilos deux cent trente, il est né à midi. A dix-neuf heures il a eu sa dernière tétée et à trois heures du matin, le mien dormait [toujours]. J'étais angoissée. Surtout qu'on a des informations qui divergent, on nous donne tout d'un coup. »,

- Un regard spécialisé sur le développement des enfants et sur la petite enfance, pour 7 parents :

Parent 4 : « Tout ce qui est maternel... Tout ce qui va avec ... Les conseils, ce qu'il faut faire, ne pas faire... Les renseignements... Tout ce qui est modes de garde. Là elle m'a donné des renseignements sur la crèche. Quand je vais sortir je vais aller voir la crèche... Je n'avais pas toutes ces informations-là. Je savais que je pouvais aller à la mairie mais je n'avais pas toutes ces informations-là. Ça aussi c'est un plus. »,

Parent 2 : « Les conseils et un suivi par rapport à son évolution, par rapport à son poids... C'est le suivi en fait. »,

Parent 5 : « J'aime bien parce qu'ils la surveillent bien. Elle avait des problèmes de peau, ils donnaient les bonnes pommades pour enlever ça. »,

Parent 6 : « Pendant un temps je me posais beaucoup de questions par rapport à l'alimentation. On reçoit des fiches pour ça. C'est quelque chose que j'apprécie. »,

Usager 8 : « C'est un médecin pédiatre donc elle sait tout regarder. »,

Parent 11 : « Savoir la taille, si l'enfant se porte bien, s'il bien grandi. »,

Parent 12 : « On voit comment les enfants évoluent. Surtout les deux derniers, enfin la deuxième c'est elle que j'ai failli perdre. Quand ils sont plus petits que les autres, ils sont aussi plus fragiles. Quand ils sont malades tout le monde s'inquiète. »,

- La convivialité de l'accueil et l'ambiance particulière des consultations de PMI avec un espace de jeu adapté aux enfants, pour 9 parents :

Parent 1 : « On se sent plus à l'aise, voilà... »,

Parent 4 : « Franchement ils sont très gentils. Pour moi c'est vraiment un plus. [L'organisation] c'est bien, c'est propre c'est carré... Tout ce que je recherche ! »,

Parent 7 : « En plus, il y a toujours un accueil... Je suis toujours tombée sur des femmes très gentilles. Il y a la petite pièce avec des jeux pour les enfants. »,

Parent 9 : « On est bien reçu cela se passe bien. »,

Parent 13 : « Tout le processus... Déjà la salle d'attente est bien adaptée aux petits, c'est un environnement bien calme par rapport à chez le médecin traitant où il y a toujours plein de monde. [Ici] il n'y en a que pour ce petit bout... C'est propre, c'est accessible aux enfants. Il y a même une table à langer à disposition en cas de besoin.

On n'a pas de pédiatre parce qu'on a eu une mauvaise expérience. Pour le premier, on est allé chez le pédiatre à L. et elle m'a dit à deux reprises que je n'étais pas une bonne maman. Alors quand on vient parce que l'enfant a une bronchiolite qu'il est encombré et que la maison est humidifiée comme si c'était un aquarium et qu'elle me dit: il faut humidifier, il faut relever les pieds du lit... Vous voulez que je fasse quoi ? Que je le fasse dormir sur un toboggan ? Ça m'a énervé... Donc on s'est dit que le médecin traitant sera tout aussi compétent.»,

Parent 14 : « Les enfants sont moins effrayés [ici]. »,

G. a été hospitalisé pour une bronchiolite. Il y a un terrain hyper-important c'est de parler aux enfants... C'était à R. On vous dit qu'il est libéré à midi mais on ne vient pas. L'interne... Même le kiné pour la kiné respiratoire alors que je suis kiné... Moi, je sais qu'en parlant, en expliquant aux enfants cela se passe mieux.

G. a maintenant l'habitude de venir. Il n'est pas effrayé. C'est hyper bien adapté aux enfants, alors que pas forcément dans un cabinet de ville. Il y a des jeux, de l'espace, le temps, c'est calme. »,

Parent 16 : « Elles nous accueillent bien. Elles sont toujours là à le chouchouter. Il rentre et il peut jouer tout de suite. C'est bien, c'est agréable. Moi, ça me plait oui. »,

Parents 17 : « Un très bon accueil... L'écoute... ».

- La continuité du suivi et la personnalisation de l'aide apportée, pour 4 usagers :

Parents 1 : « S'il y a un problème, on peut appeler. »,

Parent 9 : « Si on a besoin d'une adresse, on nous donne, cela fonctionne très bien. »,

Parent 10 : « Le fait d'avoir toujours la même interlocutrice, d'avoir la même personne. Elle est plus à même de voir s'il y a un problème de santé parce qu'elle le connaît. Sur sa taille, son poids, son développement: elle serait alertée s'il y avait quelque chose. Le médecin lambda ne saurait pas s'il est en retard ou non sur son développement. ».

- Le nombre de professionnels des consultations avec la présence d'une puéricultrice pour 1 maman :

Parent 9 : « Elles sont plusieurs aussi... Elles sont deux et comme il y a trois enfants cela m'évite de stresser et de courir après les trois. Elles en gèrent deux et moi j'en gère un ça va... ».

- La possibilité de rencontrer d'autres parents, pour un père :

Papa 1 : « C'est bien, on voit des gens. Ça peut rapprocher les gens. Ça permet de se sentir moins seul. ».

- La gratuité des soins est importante pour 1 des mères interrogées :

Parent 16 : « On n'avance pas les frais. Moi, par exemple, je n'ai jamais consulté de pédiatre donc je ne pourrai pas comparer. Le médecin traitant cela ne m'arrange pas d'avancer les frais Comme j'ai eu récemment un souci avec la carte vitale... Mais je n'ai pas le choix, je fais avec... » .

Quelques points faibles sont relevés par 12 parents : 9 parents du centre rural et 3 parents du centre urbain. Ils concernent l'organisation et le matériel :

- Le nombre ou les horaires de consultation ne sont pas jugés pratiques pour 2 usagers qui travaillent et 1 qui n'a pas d'activité professionnelle :

Parent 6 : « Je travaille tous les jours sauf le jeudi matin. C'est le seul moment où je peux venir en consultation. Normalement je devrais aller sur L. et comme c'est le seul jour, je viens ici. Ça ne me dérange pas mais normalement je ne devrais pas consulter ici. ».

Parent 14 : « Le délai de rendez-vous d'un mois, c'est peut-être beaucoup. Au début je devais aller à E. parce que c'est plus près. Honnêtement quand je travaillerai ce sera un peu difficile. Je suis en congé parental pour le moment. Mais si on sait d'un mois sur l'autre il y a moyen de s'organiser. ».

Parent 16 : « Si c'est un peu long pour avoir rendez-vous. C'est dommage que cela ne soit qu'une fois par semaine. Une fois il était malade, j'ai appelé pour prendre rendez-vous mais cela n'était pas possible. Du coup j'ai dû prendre rendez-vous chez le médecin traitant. ».

- Le report des consultations n'est pas toujours possible ou seulement d'un mois sur l'autre. C'est un problème pour 3 usagers :

Parent 6 : « Quand un rendez-vous est annulé, il n'est pas reporté [tout de suite] mais reporté au mois d'après. On m'a demandé d'aller faire le vaccin chez le médecin traitant. »,

Parent 12 : « Il y a une fois, j'ai oublié le rendez-vous, pourtant je ne suis pas du genre à oublier. »,

Parent 13 : « C'est un peu compliqué quand on oublie un rendez-vous parce qu'on égare sa convocation. Ça m'est arrivé deux fois avec les fêtes et tout. Du coup en janvier, on ne m'a pas réinvité. Alors j'ai rappelé parce que je voulais revenir. ».

- L'organisation du centre de consultation a gêné une maman :

Parent 6 : « Pour les toilettes j'ai un peu cherché la première fois. Avec le petit, j'ai demandé à ce que quelqu'un me le garde pour pouvoir y aller parce que d'habitude je vais aux toilettes pour handicapés. Ce n'était pas très pratique. ».

- Le matériel est jugé vétuste par une participante :

Usager 8 : « Elle a l'air de se plaindre de la balance. Il faudrait qu'elles aient une balance un peu plus récente. Moi personnellement cela ne m'a pas gênée. ».

- L'attente est évoquée par plusieurs mamans mais cela ne semble pas vraiment source de mécontentement :

Parent 6 : « C'est arrivé quelques fois qu'il y ait du retard mais la plupart du temps, ils sont à l'heure. »,

Parent 7 : « Ca dépend des PMI. En général, c'est comme les médecins, on attend toujours un peu. On s'y attend, on le sait de toute façon. C'est pour la santé de notre enfant. ».

- Une mère regrette que la PMI ne s'ouvre pas aux médecines parallèles :

Parent 14 : « La seule chose que je regretterais c'est que c'est une médecine très classique. Par exemple, pour l'homéopathie, je suis pro-allaitement... C'est déjà plus facile que chez le médecin traitant ou le pédiatre. Notamment pour les vaccins C'est peut-être un peu particulier parce qu'on est homéopathe, acupuncteur... Mes enfants n'ont presque pas de Doliprane®... ».

- L'engorgement de certains centres de PMI :

Une mère du centre urbain évoque son mécontentement vis-à-vis des consultations de PMI qu'elle fréquentait à Paris. Elle explique que l'engorgement des consultations de PMI était source de délai important dans l'obtention des rendez-vous et d'un manque d'écoute et de disponibilité des professionnels de PMI.

Parent 4 : « Oui un peu... Par rapport au médecin de V. [Ancien département de résidence]... C'est vrai que là-bas, ils sont un peu débordés contrairement à ici. Parce que là-bas, il y a énormément de monde... Vous savez quand il y a trop de monde, les gens sont un peu saturés et assez fatigués, un peu moins disponibles quoi !

Par exemple, les vaccins, on va les faire dans deux semaines. Ça aurait été à C. [ancienne ville de résidence] le rendez-vous aurait été dans un mois et demi... On nous a donné rendez-vous en février juste pour les vaccins... C'est un peu embêtant parce que pour elle il y a des rappels [de vaccins] à faire [plus tôt]. Ici ça s'est bien passé. ».

○ **Ce que les parents souhaitent voir améliorer :**

Sur les 19 parents interrogés, 13 n'ont pas exprimé de souhait d'amélioration, 6 parents ont évoqué quelques propositions de changement.

Ils concernent les points faibles suivants :

○ Le matériel :

Usager 8 : « Il faudrait qu'elles aient une balance un peu plus récente. ».

○ L'organisation des rendez-vous et l'accessibilité des consultations aux parents qui travaillent :

Parent 4 : « C'est vrai que si on travaille, on ne peut pas venir en consultation. Si on a un empêchement, il faudrait avoir un rendez-vous d'une semaine sur l'autre quitte à aller à une autre consultation ailleurs. ».

Parent 14 : « Le délai d'un mois c'est peut-être beaucoup. Au début je devais aller à E. parce que c'est plus prêt. ».

○ Préserver la disponibilité et la facilité d'accès en luttant contre l'engorgement des consultations pour le parent 4.

ii. Enquête auprès des professionnels des consultations infantiles

○ Enquête auprès des puéricultrices de PMI :

5 puéricultrices de PMI sont interrogées au cours d'un entretien de groupe dans le but d'explorer leurs représentations des usagers des consultations infantiles et de leurs attentes [Tableau 3]. L'entretien a duré 55 minutes et comporte 11093 mots. L'analyse thématique des entretiens met en évidence les résultats suivants :

○ **Les usagers des consultations infantiles du service de PMI :**

Pour les 5 participantes, les consultations infantiles du service de PMI s'adressent à tous les enfants de 0 à 6 ans avec leurs parents ou leur tuteur :

« Je crois qu'on dirait toutes à peu près la même chose : les consultations s'adressent à tout le monde, à toutes les catégories socioprofessionnelles. »,

« Ce n'est pas réservé à une population défavorisée. ».

Dans leur pratique, elles reçoivent tous les types de familles :

« [Les consultations] elles sont fréquentées par toutes les populations », « des personnes qui travaillent », « des intellectuelles », « des enfants de parents d'origine étrangère »,

« Quel que soit le lieu de consultation en fait et on a tourné pas mal... ».

Quelques fois, elles accueillent des enfants dont les parents sont atteints de toxicomanie :

« Il y a aussi des parents toxicomanes qui viennent ».

Les parents sont expérimentés ou non :

« Il y a des ados aussi ».

Les enfants sont accompagnés en consultation le plus souvent par la maman et plus rarement par les deux parents ou par le papa seul. Quelque fois, il s'agit d'un substitut parental:

« Des papas, des assistantes familiales et des familles d'accueil ».

○ **Les modes de découverte des consultations:**

D'après les puéricultrices, les modes de découverte de la consultation infantile sont les suivants :

- Par un premier contact avec les professionnels de PMI après la naissance :

«C'est automatiquement présenté à la visite postnatale ou c'est rappelé dans notre courrier »,

- Par le bouche à oreille:

« Ils discutent avec d'autres personnes et du coup, ils téléphonent ou ils ont déjà vu l'assistante sociale. On devient l'annexe de la mairie. »,

- Par le service de maternité :

« Ou alors à la visite de sortie de maternité, ils veulent faire peser leur bébé et du coup, ils accrochent bien et ils viennent »,

- Par une habitude familiale de suivi des enfants :

« D'autres enfants ont été suivis »,

« Oui, j'ai suivi les parents, les grands-parents, enfin... Voilà il y a toute une évolution. Il y en a qui me reconnaissent : vous êtes là maintenant ? Vous vous souvenez ? Je vais vous envoyer ma fille, elle vient d'avoir un bébé. Voilà, il y a des choses qui se mettent en place mais en positif. ».

○ Par le médecin traitant pour la réalisation du BCG :

« Sauf quand le pédiatre ne savait pas faire le BCG : il fallait voir la PMI.

Il y en a beaucoup. Ils viennent pour faire les BCG et qui après retournent voir leur médecin traitant. »,

« Et ils le disent : c'est le médecin qui m'a envoyé parce que vous avez l'habitude. Parce que vous avez l'habitude de tenir les enfants qui bougent beaucoup ! Ca je l'ai vu plein de fois.»,

« Il y en a qui ne veulent pas le faire. Parce que c'est une technique particulière et qu'ils ne savent pas.»,

« Du coup, il y a [aussi] des parents qui reviennent en consultation de PMI. Par l'intermédiaire du BCG, qui avaient dit non à la visite postnatale, qui viennent parce que les médecins les envoient pour le BCG et qui du coup restent mais gardent leur suivi auprès de leur médecin traitant. Il faut quand même que je retourne le voir Un peu de loyauté quoi...».

Consulter en PMI relève d'une démarche personnelle de la part des parents :

« Tout parent peut faire la demande. »,

« Depuis peu sur C., j'ai des demandes spontanées. »,

« Les consultations s'adressent à tous les parents, après c'est leur choix... Soit ils ont le choix d'aller chez le pédiatre, le médecin [généraliste], ou de venir en consultation. ».

Pour les participantes, ce choix est souvent motivé par la qualité du contact avec l'équipe et notamment la puéricultrice en visite postnatale ou lors d'une pesée du jeune enfant au centre médico-social :

« Moi ce que je pouvais remarquer c'est qu'une maman qui avait bien accroché avec la puéricultrice voulait que ce soit elle qui suive le bébé après. »,

« Ils veulent faire peser le bébé et du coup ils accrochent bien et ils viennent », « ils voient le médecin [lors d'une pesée] et après le suivi... [Se met en place] »,

« Ca à l'air sympa et pour peu qu'ils tombent sur une consultation qui est animée ou en salle d'attente, qu'il y ait un intervenant qui leur fasse des activités... donc ça peut-être sympa... ».

Le choix de consulter en PMI est un choix pratique et de proximité :

« On est en plein milieu du quartier donc voilà, ils viennent à la PMI »,

« Il y a des personnes qui viennent car ils n'ont aucun moyen de locomotion et comme on propose [parfois] d'aller les chercher, elles viennent. Il n'y a pas trop de médecins ou de pédiatres »,

« Il y a des endroits où il n'y a pas de moyens de locomotion, de pédiatres, de médecins... Enfin, c'est quand même assez désert. Donc les parents aiment bien venir à la consultation. ».

La consultation du service de PMI est une solution face à l'engorgement des cabinets de médecins libéraux :

« Il peut y avoir des cabinets de pédiatrie qui sont complètement débordés. ».

○ **Les attentes des usagers :**

Les usagers attendent principalement une disponibilité des professionnels et un temps d'écoute bienveillante et de conseils :

« [Ailleurs] ça va trop vite, c'est ça le mal. Les mamans ne se sentent pas écoutées... elles n'ont pas la possibilité de dire leurs interrogations. Il faut toujours aller vite, vite, vite. Elles nous le disent bien. ».

Ce temps disponible est une source d'étonnement pour les parents lorsqu'ils découvrent le fonctionnement des consultations infantiles :

« On essaie de leur proposer un autre accueil. Nous on leur explique que l'on a vingt minutes voire une demi-heure par enfant et alors elles disent : vous prenez autant de temps ! »;

« On leur dit de prendre le temps de souffler. Ce sont des choses qu'elles ont besoin d'entendre que peut-être [ailleurs] on ne leur dit pas assez. ».

Les consultations répondent à l'attente de réassurance et de guidance des jeunes parents. Il s'agit d'une demande croissante en réaction à la pression qui est mise sur la fonction parentale :

« Leur dire que ce sont de bonnes mamans, les réassurer un peu. »,

« On sent la pression qui est mise en ce moment sur la fonction de parent... Ca déstabilise toutes les mamans. ».

Les usagers recherchent un espace adapté aux enfants, un accueil et une ambiance propice à la détente et au jeu pour les enfants :

« Un espace adapté aux enfants... C'est vrai que la salle d'attente, on l'aménage avec des jeux. On peut dire à la maman : vous pouvez rester un peu après. C'est un autre environnement qu'une salle d'attente ou il y a des chaises, des tables... ».

Les consultations infantiles favorisent le lien social :

« Ils arrivent en salle d'attente mais ils ne sont pas tout de suite obligés d'être dans la consultation. »,

« Ils ont le temps de se poser. »,

« Il y a aussi l'échange avec les mamans qui se fait, tranquille, naturellement, spontanément, qui ne se retrouverait pas en cabinet de pédiatrie. »,

« Des fois, elles reviennent ensemble ! Elles prennent le rendez-vous le même jour. Il y a des liens qui se font. »,

Les usagers attendent un regard spécialisé sur le développement de l'enfant et un suivi global personnalisé et adapté à chaque situation :

« Je pense aussi la double ou triple compétence parce qu'il y a un temps avec la puéricultrice et un temps avec le médecin. »,

« La puéricultrice prend le temps de peser l'enfant, de discuter et ensuite il y a la consultation [médicale] : ça fait deux intervenants. Il n'y a pas de jugement, les mamans osent dire les choses. »,

« Des fois, ils n'osent pas dire au médecin : je n'en peux plus, je pleure tout le temps... Il y a des choses comme ça qu'ils vont dire à la puéricultrice. Nous on a l'habitude de voir la personne, on verra bien si elle a des yeux comme ça ! On peut dire nous qu'elle ne se repose pas... »,

« Bien souvent quand on fait des synthèses de ce que les parents nous ont dit et ce qu'ils ont dit au médecin : ils n'ont pas dit du tout la même chose... Nous c'est plus du quotidien, l'enfant et le médecin c'est beaucoup plus médical. »,

« Je pense qu'elles se sentent reconnues. On les accueille : Bonjour Madame Untel, on appelle le bébé par son prénom ou l'enfant par son nom. C'est hyper important. »,

« Ce sont les mêmes personnes qui suivent l'enfant. »,

« Quand on aborde le développement psychomoteur, on essaie de s'assurer que quand on propose quelque chose cela va pouvoir se réaliser à la maison. C'est vrai qu'on ne les suit pas toujours à la maison donc on essaie d'avoir cela en tête. »,

Les usagers recherchent une régularité, une souplesse d'organisation et une continuité du suivi :

« Quand il y a un suivi à domicile, on peut en reparler après. Pendant la consultation, on parle de ce qui s'est passé à domicile, et je pense que pour certaines personnes, c'est important cette continuité, ce repère. »,

« Elles savent qu'elles peuvent revenir. Des fois, la prochaine consultation est dans un mois mais si jamais elles ont besoin... Elles peuvent revenir. On peut leur proposer un temps des fois juste pour peser leur enfant ça les rassure. »,

« Si elles sont en retard, si elles loupent le rendez-vous, ce n'est pas grave. »,

« Beaucoup ne respectent pas les rendez-vous mais si jamais elles ne viennent pas et qu'elles n'ont pas donné d'excuse : on les reprend quand même... On s'inquiète de ce qui se passe... Alors que des fois auprès des médecins cela ne passe pas. Après plusieurs défections, les médecins ne prennent plus après alors que nous si. ».

Certains usagers recherchent une aide matérielle et une solution à leur isolement :

« Et puis, elles n'ont pas à avancer l'argent. Si jamais elles n'ont pas de vaccin, on peut les avancer aussi et après elles les rapportent. Il y a des familles ou carrément on donne... »,

« Ce qui arrive pour les sans-domicile et les demandeurs d'asile et puis les personnes qui sont sans papiers »,

« Des fois, on peut leur prêter... Ça leur fait du bien : du lait, des couches et puis des adresses, les restaurants des bébés, des structures d'accueil pour être moins seule et aussi pour rencontrer d'autres familles, d'autres enfants, et puis toutes ces infos sur les LAPE [Lieux d'Accueil Parents-Enfants] pour aider à la socialisation. »,

« J'ai des enfants : c'est quand la consultation ? Elles essaient de nous faire comprendre que... [Elles sont dans le besoin.] »,

« Des fois, il y a des mamans qui arrivent dans un nouveau village, dans un nouveau lieu d'habitation. Elles sont à la consultation et là du coup, elles savent un peu ce qui se passe au niveau des structures de la petite enfance à l'endroit où elles sont. »

C'est aussi la globalité de la prise en charge qui est en question :

« On aborde en plus...Ce n'est pas que la santé au sens médical. C'est vraiment global donc de toute la famille... On arrive à faire des liens aussi avec des membres de l'équipe, de sécu... On peut les orienter dans les mêmes locaux en général. On peut prendre rendez-vous et présenter la personne physiquement. ».

○ **Les attentes particulières :**

Les parents qui s'informent beaucoup, notamment de catégories socioprofessionnelles supérieures, peuvent se sentir déboussolés face à la masse des informations disponibles. Ils attendent principalement une guidance et une réassurance:

« C'est vrai qu'il y a des catégories socioprofessionnelle qui lisent énormément, qui s'informent et lisent beaucoup de choses mais qui du coup surinvestissent. Dès que l'enfant naît, il faut qu'il sache faire 50000 choses. »,

« Ça déstabilise toutes les mamans... Et c'est vrai qu'il y a des catégories socioprofessionnelles qui lisent énormément. »,

« Il faut que l'enfant soit performant. »,

« Les personnes de niveau intellectuel supérieur, c'est différent : ce sont les performances de leur enfant [qui les préoccupent], s'il pouvait déjà parler à six mois ce serait extraordinaire ! ».

Les jeunes parents demandent plus de soutien que les parents expérimentés :

« Moi, je voyais une différence entre les mères âgées et les jeunes mères. Les jeunes mères c'est terrible... Elles sont maladroites parce qu'elles se posent tellement de questions que du coup elles sont complètement paniquées... Elles ne se font pas confiance. »,

« J'en ai eu une ou deux qui me posaient de telles questions que je me disais : elle se moque de moi franchement ! Et bien non... ».

Les usagers de culture étrangère ont des attentes sensiblement différentes axées sur la bonne santé et la croissance staturo-pondérale des enfants :

« J'ai des populations d'origine étrangère sur L., pour lesquelles c'est vraiment l'examen médical qui est attendu : est-ce que l'enfant va bien ? Ils sont moins dans le questionnement, dans l'éveil... »,

« Ils sont plus axés sur le suivi médical en général : un enfant qui va bien c'est un enfant bien portant, qui ne pleure pas, qui n'est pas malade »,

« C'est vrai qu'elles ont confiance dans la transmission qu'on leur a faite. »,

« Et puis quand on leur donne des conseils sur l'alimentation, de toute façon elles font comme elles ont appris ! Voilà, on a beau leur dire... ».

Les parents toxicomanes et les très jeunes parents recherchent spécifiquement un soutien dans leur rôle de parents, sans jugement :

« Etre considérée comme normale, comme toutes les autres mamans. C'est montrer qu'elles sont capables de faire aussi bien que d'autres mères.

Elles sont plus difficiles à faire venir. Quelques fois elles se font accompagner de leur maman, de leur conjoint et il faut gérer les deux...»,

« Elles montrent tout ce qu'elles savent faire. Elles ont besoin qu'on leur dise : c'est bien ! »,

« J'ai eu une maman toxicomane que j'ai eu énormément de mal à faire venir... C'était la peur du jugement, du regard des autres... Elle changeait tout le temps de médecin parce qu'elle n'arrivait pas à se fixer. »,

« Ce sont les plus réticentes, ça sous-entend toujours de s'assurer que ce que l'on dit a été bien perçu, que notre message est bien passé... Parce que le dérive, elle est rapide... C'est transitoire... Si jamais une petite phrase... Nous, on peut se donner le temps de faire ça. C'est un peu notre argument, on a ce temps-là. On sait que l'on a une demi-heure et qu'il y a toujours deux personnes... ».

○ **Evolution des attentes des usagers :**

Pour les professionnels de PMI interrogés, les attentes qui ont évolué sont principalement celles des jeunes parents qui demandent plus de conseils que leurs aînés :

« Ils sortent avec des petits poids... 2kg100... De plus en plus d'enfants de 2kg300 se retrouvent à domicile. Après ça dépend des familles, des milieux... »,

« Ils ont tellement de questions quand on arrive à les voir en postnatal ! »,

« C'est souvent nous qui reprenons le suivi médical : vous avez telle possibilité pour le suivi. Et pour les consultations de la petite enfance, de toute façon, on leur dit qu'il faut un médecin traitant, que les enfants ne sont pas traités en consultation [de PMI]. Moi je trouve qu'ils sont de moins en moins... Les papiers par exemple [ou] le BCG [qui est] beaucoup fait à la maternité en ce moment mais les effets sont [peu expliqués]. »,

« Moi je trouve qu'on met les papiers dans le carnet de santé et débrouillez-vous ! Les parents découvrent les papiers parce que nous, nous leur demandons le carnet de santé... »,

« Même le zymaD® et les vitamines ne sont plus données correctement. »,

« Ce n'est pas expliqué : Pourquoi avez-vous donné de la vitamine K ? Est-ce que vous savez ? Ils ne savent pas ! »,

« C'est donné n'importe comment... »,

« Ou alors si ça a été dit, ça n'a pas été [retenu], ils n'ont pas enregistré. Il y a trop d'informations. »,

« Je trouve que du coup voilà les parents sont un peu perdus... »,

« Et puis voilà les soins basiques, de base... Il y a les parents... Même le couchage... Enfin voilà les informations : il y en a trop de données et les essentiels ne sont pas donnés. »,

« Et si la grand-mère est omniprésente et dit voilà il faut les coucher sur le ventre. Moi, j'ai appris comme ça... »,

« Vous savez qu'un enfant est décédé la semaine dernière chez une assistante maternelle. Il était couché sur le ventre... La mère avait voulu parce qu'il avait des coliques... [C'était le] premier jour de l'assistante maternelle... »,

« Après cela des endroits. Quand nous, on peut intervenir à la maternité pour se présenter [on le fait], comme on fait dans certaines maternités. On roule chacune et puis on envoie à nos collègues les naissances et elles peuvent se mettre en relation plus rapidement [avec les jeunes parents]. On a souvent des liaisons ou des appels des mamans parce que la maternité leur a dit qu'on existait. Ils veulent absolument qu'on vienne tout de suite dans la première semaine pour une visite à la maison mais elles ne viennent pas en consultation. Elles ont déjà prévu [un autre rendez-vous] à un mois de vie... Même avant parce qu'à la maternité, ils conseillent au bout de 15 jours

d'aller voir un pédiatre. Ce n'est même pas un médecin, c'est un pédiatre [qui est conseillé] et du coup, il y a des parents qui le font et après le suivi s'engage chez le pédiatre. D'autres parents vont attendre le deuxième mois pour commencer un suivi médical. Il y a les deux extrêmes... Du coup, moi, je raccroche à ce moment-là : ça serait bien qu'il soit vu... et du coup j'arrive à proposer une consultation [en PMI]. En général, sur L. ils [les jeunes parents] acceptent très facilement. ».

Les puéricultrices soulignent que l'arrivée massive de population étrangère a entraîné une autre évolution des attentes des usagers :

« Les besoins ont évolué, il y a eu beaucoup d'arrivée massive de population étrangère... Il y a beaucoup de familles qui arrivent qui ne parlent pas un mot de français... Enfin, vraiment c'est la difficulté de communication... Ils nous font quand même confiance je pense... ».

Certains usagers de consultations rurales ont vu leur situation sociale se dégrader et ont des difficultés à se rendre à la consultation :

« Il y a du coup des enfants qui se sont retrouvés hospitalisés en catastrophe parce que la situation sociale dans les milieux ruraux, s'est dévalorisé, s'est dégradée... Du coup il y a des enfants qui ne sont pas vus.

On essaie de demander que quelqu'un puisse venir faire l'interprète. Mais c'est difficile d'en avoir plusieurs en consultation.

Les consultations prennent un temps fou. Donc moi, je sais que j'en prenais un ou deux après ce n'était pas possible autrement. ».

○ **Les conséquences d'une disparition des consultations :**

Pour les participantes, la suppression des consultations ou de leur remboursement nuirait au suivi de certains enfants et de certaines familles :

« Il y aurait beaucoup d'enfants pas suivis, pas vaccinés... beaucoup d'accidents, augmentation des morts subites... »,

« Je pense que les parents trouveraient des solutions mais ils seraient moins bien suivis, moins régulièrement. »,

« Je pense que les parents trouveraient une solution. Ça dépend des secteurs moi j'ai connu le secteur de P. où il y avait une consultation. Elle a fermé parce que le médecin prenait sa retraite. C'est sûr que certains parents ont appelé : alors où est-ce que l'on peut appeler? Est-ce que cela va rouvrir ? Et puis ça s'estompe mais pour autant, les enfants sont quand même suivis et on n'a toujours nos visites à domiciles pour les informer aussi... »,

« Oui mais je pense peut-être qu'ils seraient moins bien suivis, ça serait moins régulièrement. »,

« Et ça serait différent, je pense que... Un suivi entre un pédiatre et un médecin traitant peut-être [qu'] il y a une différence. Entre nous, un médecin traitant, un pédiatre, il y a des différences. Le suivi sera fait mais différent. Pour ceux qui viennent en consultation, ne plus avoir ce temps-là ça changerait... Ça c'est clair, sinon ils ne nous rappelleraient pas. Moi, je me souviens, j'ai répondu pendant quelques mois en disant non, on n'a pas de solution, venez à P., ça fait une certaine distance. Il y a le train quand même. Mais ils ne le prenaient pas. Il y a une famille qui venait sur P. et c'est tout. Ça ne fait pas beaucoup. Mais, ils trouveraient des solutions. »,

« Ils solliciteraient peut-être plus les médecins de garde... SOS médecin est de plus en plus sollicité. Pour les enfants qui sont malades... Pour un contexte particulier...

Moi je suis étonnée du nombre de familles qui [quand] on leur demande à la visite post-natale : est-ce que vous avez un médecin traitant ? Je ne sais pas combien répondent : SOS médecin.

En fait ce sont des [réactions] de panique, il y a des gens qui appellent en panique... Et ce sont des choses qui auraient pu être expliquées... Souvent, ce sont des pleurs qui ne se comprennent pas... Des pleurs de bébé incompris, des coliques... ».

« J'ai eu une seule maman qui mettait comme médecin référent le médecin de PMI... C'est la première fois que je le voyais... Et quand j'ai vu son carnet. Ce n'était qu'en consultation de PMI. L'enfant n'était jamais malade ! ».

○ **Les relations avec les professionnels de santé ambulatoires :**

Elles sont jugées de qualité variable selon les professionnels de santé : parfois bonnes ou parfois insuffisantes :

« C'est 50/50, je dirai... »,

« Il y a des secteurs où il n'y a aucun contact.

Il y a des secteurs où on ne nous sollicite pas, on passe par l'intermédiaire d'un autre médecin, cela se passe d'égal à égal. »,

« Il y a des relais qui se font. »,

« Il y a des pédiatres qui connaissent la PMI qui ont fait des vacations de PMI, qui savent. »,

« Parce qu'il y en a qui ne veulent pas comprendre. »,

« Il y a des réactions ... Je me souviens, on y était allé avec le médecin de secteur. Des médecins qui étaient très ouverts et d'autres non... Cinq minutes entre deux patients... Alors on ne sait pas trop comment cela va se passer après. ».

Il existe une certaine concurrence entre les professionnels de PMI et les professionnels de santé ambulatoires et dont les puéricultrices témoignent :

« Ça dépend si c'est un médecin traitant ou un pédiatre. »,

« Un pédiatre, il aurait l'impression qu'on lui pique son [travail]... enfin sa patientèle. »,

« Le médecin généraliste c'est différent parce que c'est souvent un médecin de famille qui connaît bien les parents. ».

○ **Les points forts des consultations :**

Plusieurs points forts des consultations infantiles sont rapportés fréquemment aux puéricultrices :

○ Le temps et la disponibilité des professionnels,

« Le fait qu'ils reviennent, je crois... Je pense que c'est important qu'ils reviennent. »,

« Ils disent: on a le temps de dire, on a le temps de parler, vous écoutez... »,

« C'est l'écoute parce que je pense que même s'ils appellent et puis qu'il n'y a plus de place, on a toujours une réponse.. ».

○ La qualité de l'accueil,

« Je pense aussi le fait qu'on les rencontre ailleurs qu'à la consultation et qu'ils prennent le temps de s'arrêter, de nous dire un mot, comment va leur enfant... Ça prouve aussi qu'on a une bonne relation avec eux. »,

« Une écoute bienveillante ! Après ça dépend des professionnels, comme partout. »,

« Quand j'ai commencé les consultations duraient 10 minutes c'était à la chaîne... Maintenant on respecte le lien. Avant c'était de l'abattage ».

Mais aussi :

○ La souplesse d'organisation des consultations,

« Elles savent qu'elles peuvent revenir. Des fois, la prochaine consultation est dans un mois mais si jamais elles ont besoin... Elles peuvent revenir. On peut leur proposer un temps des fois juste pour peser leur enfant ça les rassure. ».

○ La présence de la puéricultrice,

« Parce ce que le médecin [de PMI], je pense que d'emblée, il ne va peut-être pas demander comment ça va ? Alors que nous, on a l'habitude de voir la personne. ».

- La continuité du suivi,

« Quand il y a un suivi à domicile, on peut en reparler après. ».

- Le matériel et les locaux adaptés aux enfants,

« Après cela dépend comment on présente les choses aussi. J'utilise beaucoup un tapis pour poser les petits. J'invite les mamans à se poser... On regarde, on observe ensemble. ».

- **Les points faibles des consultations :**

Quelques points faibles sont relevés tels que :

- La connotation négative du suivi en PMI qui est véhiculée par certains parents mais aussi par certains professionnels,

« Quelques fois, il y a quelques réticences à consulter... »,

« On avait un pédiatre sur Metz qui disait ça : la PMI c'est pour les cas sociaux. »,

« J'ai eu des réflexions en visite post-natale ou je proposais une autre visite pour le suivi... Elle me dit : non, je pense que vous avez d'autres personnes à voir qui sont plus vulnérables. »,

« Réservé aux personnes vulnérables c'est un peu l'image que l'on veut nous coller... C'est comme d'aller au CMP ou voir la psychologue : c'est pour les fous ! »,

« La PMI c'est pour les pauvres, les cas sociaux... »,

« Le public a cette image-là mais il y a aussi les professionnels qui la véhiculent. »,

« On a des collègues assistantes sociales qui dès qu'elles voient une famille un petit peu [en difficultés] : ça y est, il faut tout de suite que la puéricultrice soit dans la famille. Alors que ce n'est pas comme cela qu'on peut faire un suivi correct. ».

- La méconnaissance de ce qui est fait en consultation de PMI :

« Moi, j'ai eu le cas d'une jeune maman qui m'avait téléphoné pour venir en visite postnatale et qui m'a tendu sa carte vitale...

Carnet de chèques...

Je vous dois combien des fois ?

Du coup, je lui explique notre rôle et elle a été très [surprise]... Je pense qu'en fait elle pensait appeler la sage-femme libérale... ».

- La nécessité d'un suivi différent pour les soins curatifs,

« Il y en a qui viennent avec leurs ordonnances, des fois, d'endroits où elles sont allées parce qu'elles pensent qu'on va leur délivrer les médicaments. »,

« Il y a certains médecins qui disent que la PMI, n'a pas à suivre les enfants. On ne fait pas l'ordonnance si l'enfant est malade.

Mais en même temps, un médecin de PMI qui détecte une otite et qui ne peut pas mettre en place un traitement et [doit] dire : rentrez voir votre médecin traitant, je ne trouve pas ça cohérent. Les médecins appelaient le médecin traitant en disant voilà j'ai mis en route... »,

« L'ordonnance de vitamines, ça fait quand même partie de la consultation de PMI.

J'explique qu'il faut qu'il y ait un médecin de référence [pour les soins curatifs].».

○ La mixité sociale qui peut parfois gêner,

« Les personnes qui ont l'habitude de venir... S'il y en a trop [de population étrangère], elles ne sont pas contentes et elles ne viennent plus. Donc il faut faire attention à ne pas les mettre tous ensemble. »,

« Je ne veux pas être après Untelle parce qu'elle ne sent pas bon ! ».

○ Le changement des professionnels de certaines consultations:

« C'est pareil, il y a des consultations qui ne marchent pas du tout à cause du médecin. En fonction du professionnel... C'est lié à ça. Ce qui est difficile c'est quand il y a deux médecins qui font la consultation.

Oui et des fois, ils ont vite fait de repérer... Quand ils appellent pour dire : c'est quel médecin ? ».

○ L'engorgement qui induit de l'attente en consultation et un délai dans l'obtention des rendez-vous dans certains centres :

« L'attente ! »,

« On a des consultations qui sont surchargées. »,

« Quand il n'y a pas de médecin ou que le médecin fait la consultation une fois par semaine, je pense à L., il n'y a pas de monde On a du mal à faire venir les gens parce que l'on ne sait jamais d'une fois sur l'autre quand aura lieu la consultation. »,

« Il peut y avoir des consultations qui peuvent s'arrêter, quand sur certains territoires, il y a des puéricultrices qui sont parties en retraite et qui n'ont pas été remplacées.

Et après c'est difficile à remettre... difficile à remonter... Parce que les gens ont réussi à retrouver leurs marques ailleurs. »,

« Il y a des endroits où c'est encore comme ça : 10 minutes par enfant ! »,

« Moi hier, j'ai vu une maman. Je ne peux pas lui proposer une consultation pour le premier mois. Je suis obligée de l'envoyer chez son médecin et lui proposer une consultation pour le deuxième mois alors qu'on a des consultations toutes les semaines...Je n'ai plus de place.

Il y a les deux extrêmes : ou ils y vont très rapidement ou je dirais ils attendent vraiment. »,

« Il y a aussi des gens qui ne se repèrent pas dans le temps ou qui n'acceptent pas d'attendre. Et puis il y en a qui même s'ils ont pris rendez-vous à 4 heures, ils pensent qu'en venant à 2 heures, ils seront pris plus tôt.

Ou alors ils arrivent toujours en retard en sachant que de toute manière, on les prendra.

Je pense que c'est à nous de cadrer.

On peut négocier avec eux s'ils ont un autre rendez-vous, s'ils doivent aller chercher un enfant à l'école. Mais après les gens râlent parce qu'ils arrivent deux heures avant. C'est une discussion : c'est possible ou ce n'est pas possible. ».

○ **Estimation de la qualité des réponses aux usagers :**

Les puéricultrices estiment que la réponse aux attentes des usagers est globalement bonne mais qu'elle pourrait être améliorée par des moyens supplémentaires :

« Globalement, oui. Après c'est sûr qu'il y a des consultations que l'on pourrait améliorer parce qu'il n'y a pas assez d'espaces... Mais après ce sont des problèmes de coût. »,

« C'est sûr que l'on peut toujours mieux faire. »,

« Il n'y a pas de plainte parce que s'il y a une plainte, ils ne reviennent plus. ».

Certaines attentes ne peuvent pas être exaucées telles que la prise en charge curative et le transport de tous ceux qui ont des difficultés à se rendre en consultation :

« Nous, ce qui se passe sur V. : il y a eu un grand pic pendant 3 ans et les enfants ont grandi, on a eu les petits frères mais on a du mal à reprendre de nouveaux bébés parce qu'il y a des gens qui ont de plus en plus de difficultés. On ne peut pas tous aller les chercher. Ça prend un temps fou. Donc on peut aller en chercher 2 ou 3 par consultation c'est tout.

Parce qu'en plus, il y a l'assistante sociale et l'éducateur qui vont nous aider à aller en chercher. Et le problème, il est là. Du coup il y a des enfants qui ne sont pas vus parce que les parents ne vont pas non plus les faire voir par le médecin, etc. Ou alors ils appellent en urgence, le weekend et c'est le médecin de garde... Du coup il y a des loupés. Il y a des enfants qui se sont retrouvés hospitalisés en catastrophe parce que la situation sociale dans les milieux ruraux s'est dévalorisée, s'est aggravée. »,

« Il y a des personnes, si tu ne vas pas les chercher : ils ne sont pas vus. Tu vois quelles sont leurs priorités. Moi je ne suis pas complètement d'accord avec ça : Je dis que les gens se débrouillent pour faire leurs courses pour aller chercher leurs cigarettes. Après c'est comment ils prennent les besoins des enfants. ».

- **Ce que les puéricultrices souhaitent voir améliorer :**

Il s'agit de l'image négative de la PMI, des difficultés d'organisation et du matériel :

« Qu'on ne nous dise pas que c'est réservé aux personnes vulnérables ! »,

« C'est l'image qui reste pour la population... On essaie de [lutter]. C'est pour tout le monde la PMI quel que soit le milieu. On a tous nos temps de vulnérabilité... On peut tous être un cas social quand tu prends la définition. »,

« J'ai horreur de ce mot là c'est vraiment systématiser. »,

« C'est sûr que l'on peut toujours faire mieux. On peut toujours prévoir une salle où les enfants jouent... Tout le monde n'a pas une éducatrice de jeunes enfants pour faire des animations en salle... »,

"Donc le matériel et puis parfois les propositions de consultations que l'on peut donner... Il n'y a parfois qu'une consultation par mois. ».

L'organisation des consultations pourrait être améliorée dans la limite des moyens disponibles :

« Je trouve qu'on est un peu limité. Il y a [une consultation] par semaine, là où je suis et encore on n'a pas assez de place et on est tenu par des fonctionnements.

Donc le matériel je trouve et les propositions qu'on pourrait donner... Il n'y a qu'une consultation par mois ! »,

« Tu arrives en consultation et le médecin t'interpelle : je n'ai pas de hochet... Tu ne le crois pas sur le coup. Et bien si effectivement. »,

« C'est sûr qu'il y a des consultations qu'on pourrait améliorer, qu'il n'y a pas assez d'espaces... Mais après ce sont des problèmes de coût.

C'est sûr que l'on peut toujours mieux faire. On peut toujours prévoir une salle plus grande. Les locaux sont ce qu'ils sont et on ne pourra pas pousser les murs. Tout le monde n'a pas une éducatrice de jeunes enfants sur le centre pour faire des animations en salle ... ».

La qualité de l'articulation avec les professionnels de santé ambulatoires est jugée variable et gagnerait à être améliorée :

« Mais c'est vrai que c'est intéressant qu'une puéricultrice qui prend son poste puisse faire le tour pour se présenter dans les structures de la petite enfance, auprès des médecins traitants. »,

« Je pense que ça c'est très personnel. »,

« On n'a pas forcément le temps nous d'aller voir les médecins. »,

« Si [une puéricultrice] va se présenter, peut-être que cela changerait les choses... »,
« Cela présenterait peut-être les choses différemment ! »,
« Moi je l'ai fait ! ».

○ Enquête auprès des médecins de PMI :

12 médecins de PMI ont accepté de participer à l'enquête [Tableau 3]. Ce sont toutes des femmes dont la médiane d'expérience des consultations infantiles de 16 ans.

L'entretien de groupe a duré 90 minutes et comporte 8903 mots.

L'analyse thématique de l'entretien est la suivante :

○ **Les usagers des consultations infantiles du service de PMI :**

Pour les médecins interrogés, les consultations de PMI sont destinées à tous les enfants de la naissance à 6 ans avec leurs parents :

« A tout le monde. »,
« Aux enfants de 0 à 6 ans avec leurs parents essentiellement ou l'assistante familiale. »,
« Les 0-2 ans, jusqu'à l'école... »,
« J'ai des enfants de 18 mois, deux ans qui reviennent mais ce n'est pas la majorité. »,
« Pour les enfants plus grands cela dépend des endroits parce que c'est très lié aux consultations de deuxième âge. En tous cas les bilans à la chaîne cela ne marche pas.
On revoit en consultation à la suite des bilans. C'est souvent parce qu'ils ne reviennent pas après, on convoque... La convocation à la rigueur pendant les vacances d'été, les parents sont plus disponibles et là on peut leur donner rendez-vous. Je pense que c'est à cause des horaires. ».

Dans leur pratique, le public reçu en consultation de PMI comporte une plus grande proportion de familles modestes et de population étrangère que d'autres catégories de familles:

« On n'a pas parlé du type de population que l'on a. Je pense que l'on a des familles plutôt modestes malgré tout. Du fait que les consultations se passent pendant les heures de travail. Quelques fois on voit de jeunes mamans pendant deux, trois mois qui viennent à la consultation et puis on ne les voit plus après parce qu'on n'est pas ouvert tard le soir. On n'a quand même pas une représentation de toutes les couches sociales si on peut parler comme ça.

On disait tout à l'heure : c'est ouvert pour tous mais ça ne veut pas dire que l'on a une représentation de l'ensemble de la population française. On sélectionne du fait

des horaires d'ouverture plutôt des femmes qui ne travaillent pas.... Pas tellement le couple qui travaille tous les deux et qui recherchent des horaires en soirée. »,

« Mais il y en a qui viennent. J'ai quand même quelques familles comme ça qui reviennent, qui s'organisent et qui prennent rendez-vous. »,

« On a quand même un pourcentage important de populations étrangères. ».

Cette proportion peut varier en fonction de la localisation urbaine ou rurale du centre médico-social : les consultations rurales sont fréquentées par une population plus mélangée :

« Les consultations dans les villages drainent peut-être aussi de manière un peu plus large parce que la proximité joue. »,

« A la campagne il y a moins de pédiatres et on a peut-être une population plus mélangée. ».

Le public et l'organisation des consultations infantiles varient entre les départements voire les pays :

« [En consultation], je vois un peu plus de familles aisées qui viennent de Paris. A Paris, ils vont beaucoup plus en PMI tout public. Ce sont plus des centres de consultation que des centres médico-sociaux. Des centres de PMI vraiment de consultation. Je pense que quand j'étais jeune maman, le centre médico-social : je n'avais pas la notion que j'y étais la bienvenue ou que c'était quelque chose pour moi.

Et puis on a une maman qui vient de Bruxelles et qui du coup vient très souvent nous voir. ».

L'enfant qui consulte en PMI est le plus souvent accompagné par sa maman mais quelques papas fréquentent aussi les consultations. Il arrive enfin que ce soit les deux parents voire d'autres membres de la famille qui accompagnent :

« Plusieurs papas n'ont pas les mêmes horaires et du coup viennent à la consultation. Et au niveau des demandeurs d'asile, ils viennent en famille : les frères, les sœurs... »,

« Moi j'ai été confrontée à des mamans qui étaient totalement déstabilisées. C'étaient de bonnes maîtresses de maison mais il y avait un manque de confiance dans leurs compétences maternelles. La consultation permet de rétablir un peu [les choses]. J'en profite pour faire passer quelques messages par rapport à la relation amoureuse mère-enfant. Du coup, ça permet au papa de se rendre compte que la mère n'est pas si incompétente qu'il faut du temps. ».

- **Les modes de découverte de la consultation :**

Parmi les réponses, on note que la découverte de la consultation infantile de PMI se fait suite :

- A une visite postnatale ou à une autre prise de contact par la puéricultrice de PMI :

« Ils ont rencontré la puéricultrice à la maison en visite postnatale et puis du coup ils ont envie de venir en consultation. ».

- Par un aiguillage par les services sociaux,

« Ils ont vu l'assistante sociale au cours de la grossesse qui nous a présentés. Un lien a été fait et ils viennent. ».

- Par une habitude culturelle de suivi des enfants,

« Il y a aussi les habitudes culturelles, certaines populations viennent plus facilement en PMI dans certains quartiers. »,

« Ma voisine vient en PMI, alors on vient en PMI... Cela fait partie de la vie de quartier. »,

« C'est vrai que pour les populations, je dirai, étrangères la consultation en PMI c'est quelque chose de très naturel. En Afrique subsaharienne il y a des consultations au dispensaire. Les gens connaissent un système de santé comme ça. Par rapport au suivi des enfants c'est au dispensaire. Et il y a des consultations qui ressemblent aux consultations de PMI. ».

- Par le bouche à oreille :

« Le bouche à oreille c'est quelque fois clair que ça soit ça. ».

- Par le pédiatre avant le premier mois de vie :

« Les pédiatres renvoient sur la PMI par contre parce qu'ils disent que ça ne sert à rien de voir [le nouveau-né] à quinze jours et ils considèrent que si le bébé va bien cela ne sert à rien.

En même temps, elle ne sait que le bébé va bien que si elle le voit... »,

« Comme ils ne sont pas sur la carte vitale... ».

- Par l'école ou le bilan de santé d'un grand frère ou d'une grande sœur fait à l'école maternelle :

« Ça arrive de temps en temps aussi que ce soit les enseignants d'un enfant qui présente des difficultés qui parlent de nous. Et du coup on les voit une première fois en petite section de maternelle alors qu'il était suivi ailleurs. »,

« Quelques-uns comme ça qui ont eu leur bilan pour leur aîné et qui ont vu la dimension de la PMI. Ils sont venus après en disant mais si on fait ça [en PMI] pour les enfants de 4 ans alors qu'est-ce qu'on fait pour les plus petits ? »

- **Les attentes des usagers:**

Elles sont énoncées dans l'ordre d'apparition suivant:

- Le temps d'écoute :

« Du temps ! »,

« Le temps d'écoute. Les parents disent : on prend le temps. Je peux poser des questions. ».

- La gratuité des consultations :

« Quelques fois, ils viennent parce que c'est une consultation ouverte gratuite. ».

- La proximité du centre médico-social :

« C'est une consultation de proximité. ».

- La présence de la puéricultrice :

« Parce que la puéricultrice leur a parlé. Ils ont rencontré la puéricultrice à la maison en visite postnatale et du coup [ils viennent]»,

« On est à deux aussi, il y a la puéricultrice. »,

« Je pense aussi que la puéricultrice et le médecin, on va dans le même sens. ».

- Le regard spécialisé sur le développement de l'enfant,

« Il y en a qui viennent parce qu'ils veulent des consultations orientées. »,

« J'ai déjà entendu qu'ils alternent avec un autre médecin. Et quand l'autre médecin n'est pas pédiatre, c'est la PMI. Cela fait penser que l'on est spécialisé. »,

« C'est quand même l'habitude de la petite enfance. Les gens nous demandent est-ce que vous êtes pédiatres qualifiés ? Souvent nous n'avons pas ce regard... » ,

- La qualité de l'accueil et l'ambiance singulière des consultations de PMI :

« Un petit nombre de personnes viennent pour la convivialité, l'ambiance particulière des consultations en PMI. Moi c'était mon cas en tant que maman. Pour mon premier enfant, je suis allée en consultation pédiatrique dans une salle d'attente classique. Je dirai qu'il ne s'y passe pas grand-chose sauf d'attendre. Et puis pour mon deuxième enfant, je suis venue en consultation de PMI volontairement parce que je trouvais là une manière d'être regardée en tant que parent et pas en tant que médecin. Le fait de voir d'autres enfants crapahuter par terre et ressembler curieusement à ma propre fille m'a beaucoup rassurée. C'était mon deuxième enfant, il n'y avait pas de raison d'être déstabilisée mais cela m'a permis de dédramatiser certains points qui n'avaient pas lieu d'être autrement. »,

« C'est vrai que la salle d'attente est importante, il y a beaucoup de gens qui arrivent en PMI après des consultations ailleurs qui disent que c'est bien, qui sont très contents de la salle d'attente. ».

Secondairement sont évoqués :

- La possibilité de créer du lien social :

« Sur le fait de rencontrer d'autres mamans, j'ai l'impression que c'est quand même moins fréquent. Bien sûr il nous arrive de prendre du retard. Quand même en général, on n'a pas beaucoup de familles ou de mamans qui arrivent ensemble. Sauf celles qui viennent exprès plus tôt et qui attendent pour repartir, ça existe et comme quoi c'est [parfois] une attente. »,

« Et puis toutes celles dont les enfants font la colère quand il faut repartir. ».

- Le suivi de la santé et des acquisitions de l'enfant qui est placé au premier plan :

« Moi je pense qu'il en reste une qui est de savoir s'il a bien grossi et bien grandi. Le poids honnêtement c'est souvent en première intention. »,

« Et puis savoir s'il va bien, l'avis de l'expert ! »,

« Le développement psychomoteur »,

« Peut-être s'arrêter à l'aspect factuel de la chose... Le poids, la taille, les vaccins... Oui factuel alors que le temps donné permet parfois l'expression de crainte que l'on ne dit pas d'emblée. Alors que le temps le permet précisément. ».

- Une prise en charge curative pour quelques usagers :

« [Soigner les enfants ?] Certains oui. Il est malade le matin, ils savent qu'ils viennent en consultation... Ils viennent. »,

« Ou alors ils appellent : est-ce que je peux passer, il est malade ? Et bien non ! »,

« Je dirai que c'est moins fréquent qu'avant, ils ont compris qu'on n'était pas... On a expliqué qu'au rythme de la consultation, il n'y avait pas de suivi possible [pour les soins curatifs]. ».

- Une réassurance et une guidance parentale :

« Etre rassuré... Parce qu'il y a un gros concurrent qui est Internet. Avant, il y avait les familles, maintenant il y a Internet. Et ça crée beaucoup d'anxiété. Au début j'avais des questions de parents de milieu modeste, maintenant c'est tous milieux confondus où on sent l'anxiété parce que la famille est passée, les amis et Internet ! Tout ça fait un bon mélange ...

Donc je pense que le fait que l'on ait du temps, qu'on puisse échanger par rapport au premier enfant ça dédramatise un peu. Et puis bon les gens n'ont plus dix enfants, ils en ont deux ou trois. Donc par conséquent, il y a beaucoup d'attentes par rapport aux enfants et cela fait que l'anxiété augmente. »,

« Etre plutôt rassurant, dire que tout ce qui va bien. »,

« Ils viennent pour demander conseils aussi. Ils ont souvent des questions en tête ou écrites. Il y a la liste ! »,

« Je pense que cette question de l'anxiété c'est [important]... Je la ressens beaucoup. Je ne suis pas en contact avec les gens à la consultation mais globalement au niveau de la parentalité, j'ai un peu le sentiment qu'effectivement on n'a beaucoup moins aujourd'hui. On a tellement voulu un enfant, on choisit de l'avoir avec des attentes, une pression de la performance, il faut qu'il réponde à des présentations, des projections très fortes. L'écart [avec l'enfant réel] est effectivement générateur d'une certaine anxiété parentale qui va croissant par rapport à ce qu'elle a été. C'est plus tellement un enfant parmi les autres enfants mais un enfant pour soi, un enfant singulier, un enfant particulier qui doit répondre à toutes les attentes que les parents placent dans cet enfant. Alors que peut-être que justement la salle d'attente, il faut qu'il y ait du monde dans la salle d'attente, cette notion d'enfant parmi les autres enfants. Ca déstresse les parents de le voir évoluer parmi d'autres enfants... ».

Pour une des professionnelles, un certain nombre d'usagers ont très peu d'attentes voire se rendent aux consultations par obligation :

« Je pense qu'il ne faut pas idéaliser ce qu'on voit. Il y a celui qui n'a aucune attente. »,

« Un certain nombre de familles viennent en consultation pour savoir si l'enfant a bien grossi et bien grandi, pour savoir si ses vaccins sont à jour et ils sont quelques fois un peu désemparés par les questions que l'on pose et qui les pressent. Ils finissent par être habitués à tout le questionnement que l'on a autour de l'éducatif, du comportement, mais ce n'est pas leur attente première. Je crois qu'il faut être clair aussi et c'est là qu'il y a un décalage entre ce que nous on a envie de faire dans nos consultations et les attentes de la famille qui est en face et qui ne sont pas obligatoirement si vastes. »,

« Il y en a qu'on pousse... »,

« Il y a des gens qui viennent parce que c'est inscrit en accompagnement. »,

« Il ne faut pas se leurrer non plus, il y a des consultants qui viennent par obligation même si ce n'est pas formellement écrit dans l'ordonnance... ça peut être poussé par l'éducateur d'AEMO [Aide l'Educative en Milieu Ouvert]. ».

- **Les attentes particulières :**

Les médecins de PMI distinguent des attentes particulières selon la catégorie socioprofessionnelle, la culture ou le niveau d'expérience de la parentalité des usagers.

Les usagers de catégories socioprofessionnelles favorisées se préoccupent plus du développement psychomoteur et des acquisitions de leur enfant que les autres parents :

« C'est vrai que la question ou la demande de conseils par rapport au développement psychomoteur, ce n'est pas tout le monde qui s'inquiète de ça. La majorité, ce sont nous qui leur posons des questions alors que ce n'est pas leur préoccupation. ».

- **L'évolution des attentes des usagers:**

Les participantes perçoivent une augmentation de l'anxiété des jeunes parents et une perte de repères des enfants :

« Moi, l'évolution que j'ai vu c'est l'anxiété. »,

« Il a des mamans par rapport aux pleurs de bébé qui sont extrêmement inquiètes. Le bébé pleure. Ce sont des choses assez simples. C'est quelque chose qui était assez banal il y a une dizaine d'années. Mais là c'est quelque chose de très angoissant, très inquiétant. »,

« Je me pose la question d'une évolution au niveau du comportement des enfants aussi. Est-ce que qu'on n'a pas plus aujourd'hui des enfants tous puissants, qui manquent de limites, surinvestis ? Les parents ont du mal à limiter. Ces dernières années, on est beaucoup sollicité sur cette question-là : quand est-ce que l'on peut dire non, les difficultés de sommeil... »,

« Je pense que le fait de dire non pour eux, ils associent ça à [être] de mauvais parents. C'est souvent [des parents] de milieux modestes. S'ils refusent quelque chose à leur enfant, ils se sentent montrés du doigt. »,

« Les parents ne savent plus. Ils sont débordés par tout ce qu'on propose aux enfants. ».

Les jeunes parents sont plus isolés qu'auparavant :

« Moi je trouve les jeunes mamans de plus en plus seules, isolées, perdues. L'isolement, je trouve ça de plus en plus... »,

« Avec le travail, il n'y a plus la fonction des grands-parents, la proximité de la famille et le coût. Donc les jeunes parents sont loin. Il y a des mamans [pour qui], on est un peu leur seule sortie des fois à la consultation. »,

« J'ai été frappé par un petit film que l'on avait réalisé sur l'histoire de la PMI, un témoignage qui disait justement qu'elle venait d'arriver, qu'elle ne connaissait rien, ni personne. Et qu'heureusement, il y avait la PMI parce qu'elle avait des liens, ça la sortait de chez elle. Enfin, elle apprenait à connaître un peu le quartier. ».

Pour les participantes les plus anciennes, le changement du fonctionnement des consultations a modifié les demandes des usagers vers moins de temps d'attente avant la consultation et plus de temps d'écoute et de dialogue pendant la consultation:

« Ce qui a changé aussi c'est le fonctionnement des consultations. On avait quand même des consultations très chargées et sans rendez-vous à une certaine période. Le

service médical rendu n'était pas le même. Ce qu'on pouvait proposer aux familles, c'était le suivi médical et les vaccinations. On n'avait pas forcément de temps pour dialoguer et pour écouter... Il y a quelque chose au niveau du fonctionnement, qui fait que l'on propose autre chose et qui fait que les attentes sont certainement aussi différentes. »,

« C'est vrai que c'est une puéricultrice qui organise cet aspect-là. Cela répond aussi à une attente des parents de ne pas devoir patienter extrêmement longtemps... De ne pas devoir attendre son tour. Attendre son tour, c'est devenu difficile. Par contre rester un peu plus longtemps ce n'est pas pareil. »,

« Pouvoir venir après la sieste de bébé. Tenir compte du rythme de l'enfant ou alors aller chercher les grands à la sortie de l'école et choisir de venir après en consultation. »,

La mise en place de la CMU a modifié les attentes des usagers en leur laissant un plus large choix pour le suivi préventif des enfants :

« Je crois aussi qu'il y a la CMU. »,

« Avant la CMU, les gens n'avaient pas le choix. C'était forcément la PMI s'il voulait un accès gratuit. Là maintenant, ils peuvent quand même consulter leur médecin sans payer d'avance de frais, le tiers payant. Ca a coïncidé avec une diminution des consultations. »,

D'une manière générale, les demandes de soins curatifs sont moins fréquentes qu'auparavant :

« Je dirai que c'est moins fréquent qu'avant. Ils ont compris je pense qu'on n'était pas [habilité à le faire]... On a expliqué au fur et à mesure qu'il n'y a pas de suivi possible quand on met [en route] un traitement antibiotique. Je pense que les gens n'attendent pas pour prendre une consultation intermédiaire auprès du médecin traitant. Il y a quinze ou vingt ans en arrière c'était : mettez-moi telle pommade et pour le grand mettez-moi un peu de sirop pour la toux. »,

L'âge des enfants qui consultent en PMI a changé avec plus de nouveau-nés et de très jeunes enfants :

« Je trouve qu'on voit un petit peu plus de tout-petits qui ne sont pas encore sur la carte vitale.

Beaucoup de 15 jours depuis quelques mois. »,

« Les pédiatres renvoient sur la PMI parce qu'ils disent que cela ne sert à rien de les prendre à 15 jours si le bébé va bien, s'il boit bien. »,

« Les 0-2 ans »,

« Au-delà de 2 ans, c'est moins fréquent. »,

L'engorgement des cabinets libéraux entraîne des demandes de conseils plus fréquentes :

« Je pense qu'à l'heure des difficultés au niveau de la pression médicale, même les confrères qui ont envie de prendre du temps, ne trouvent plus le temps. Ça devient un luxe. Les médecins sont obligés d'écourter les consultations. Donc les familles trouvent intéressant qu'on puisse prendre un petit peu plus de temps avec elles et qu'on puisse poser des questions. ».

- **Les conséquences d'une disparition des consultations de PMI :**

Pour les familles, la disparition des consultations engendrerait des difficultés par rapport au coût financier, à l'accessibilité d'un autre suivi et à la perte du suivi à domicile :

« Je pense que dans certaines familles ce serait catastrophique. Surtout les plus fragiles qui n'ont pas de ressource. »,

« Au niveau du dépistage précoce aussi »,

« Et puis le fait de pouvoir aller en visite à domicile et pas uniquement quand l'enfant est malade. Le fait de pouvoir bénéficier du suivi quand l'enfant est sain, c'est un aspect important parce que l'on voit l'enfant dans son environnement. Alors que nos confrères vont à domicile quand l'enfant est malade. Je pense que la situation a changé. Si on supprimait les consultations, certaines familles trouveraient une alternative, d'autres seraient en difficultés. »,

« C'est une manière de parler à l'enfant. Il y a des fois des mamans, elles hurlent dès que l'enfant touche à quelque chose. Voilà cette connaissance-là, j'ai aussi fait au début de la médecine libérale, on n'a pas le temps de dire aux mamans de ne pas se battre... de prendre le crayon. Je pense que ce serait un gros manque parce que je ne vois pas ailleurs cette manière de parler de l'enfant et à l'enfant. Il y a beaucoup de choses qui se jouent autour de la relation mère-enfant.»,

- **Les points forts des consultations :**

Deux points forts principaux sont l'ambiance et l'accueil singuliers des consultations de PMI :

« C'est vrai que la salle d'attente est importante. Il y a beaucoup de gens qui arrivent en PMI après avoir consulté ailleurs et qui sont très contents de la salle d'attente. »,

La présence de 2 professionnels est un atout important pour les usagers :

« [La présence de la puéricultrice], ça amène les familles à être plus naturelles, elles-mêmes... Et du coup on perçoit mieux l'environnement de l'enfant. Les mamans parlent de choses de la vie de leur enfant, de choses qui peuvent avoir une répercussion sur tout. »,

« Vous dites souvent les puéricultrices : on entend des choses que le médecin n'entend pas. Les parents ne vont pas dire [le] au médecin parce que peut-être, il ne faut pas l'encombrer de ces préoccupations-là, en essayant de sélectionner un peu... ».

La disponibilité des professionnels et le temps d'écoute accordés en consultation, la continuité et la personnalisation du suivi sont aussi très appréciés :

« Il y a des familles qui sont très fidèles. Qui déménagent et qui continuent à venir. Qui trouvent vraiment quelque chose... On ne passe pas énormément de temps avec chaque enfant à la consultation mais je pense que quand une maman ou un papa a envie de parler, on est disponible. Je pense que c'est surtout la disponibilité. »,

« Alimentation sommeil consultation à domicile... Je pense que c'est la disponibilité qui compte. Pour la surveillance du poids d'un petit nourrisson par exemple, il peut être proposé que la puéricultrice passe à domicile. Il y a possibilité d'un suivi rapproché. »,

« [Le suivi à domicile] c'est vrai que c'est aussi une manière d'accroître la connaissance des familles sur ce que c'est vraiment que les jeunes enfants. Même dans le cadre de la consultation, on fait le vaccin le bébé pleure le fait qu'on leur dise prenez-le dans les bras consolez-le... Il y a des mamans qui disent : tais-toi !

C'est très pédagogique pour les familles même dans le temps d'attente : ne touche pas, repose ton jouet, tu vas voir le docteur donc tu poses ton jouet ! Nous, on leur dit : il viendra plus volontiers voir le docteur s'il prend le jouet de la salle d'attente... Donc voyez, ce sont de petites choses comme cela qui jouent ».

Lorsqu'un enfant est en difficultés, la configuration de la consultation de PMI permet un temps d'observation et de cheminement pour la famille. Un des médecins évoque son expérience :

« C'était le facteur temps et le facteur écoute qui ont permis de révéler l'apparition de troubles envahissants du développement. Le pédiatre était inquiet mais n'a pas permis que cela s'exprime. Le fait d'écouter les préoccupations de fil en aiguille... à partir de choses assez banales comme des pleurs, un problème de pot... C'était quand même assez banal... Je veux dire, on ne fait pas un diagnostic là-dessus... Et puis elle a dit que les voisins étaient venus avec un enfant du même âge et que le sien était drôlement différent. C'était avec cette inquiétude-là qu'elle est venue me voir. ».

- **Les points faibles des consultations :**

Pour les médecins interrogés, le mécontentement des usagers porte principalement sur le temps d'attente en consultation :

« Oui, c'est manifeste. Je prends du temps, je suis de nature un peu bavarde et donc les consultations sont un peu à l'Africaine quelques fois... Certains parents ne supportent pas d'attendre. J'estime que quand j'ai un parent confronté à une difficulté, je ne le laisse pas pendant une heure mais je dois prendre un petit peu plus

de temps avec lui. J'ai eu une maman qui n'était pas contente et qui n'est pas revenue. Je lui ai dit quand j'ai pris du temps avec vous, c'était nécessaire [c'était nécessaire aussi pour cette famille]. Par la suite, elle m'a fait la tête. Qu'on ne réponde pas immédiatement aux besoins c'est manifeste. ».

Les participantes ressentent le désaccord des parents lorsque l'avis du médecin traitant est différent du leur. Cela révèle parfois un désaccord tacite des usagers eux-mêmes :

« De temps en temps, il y a des reproches quand le médecin ne pense pas comme nous. Le spécialiste Untel. Cette dualité professionnelle est inévitable. C'est quelque fois aussi une manière de dire qu'ils ne sont pas d'accord avec nous et qu'ils n'osent pas dire qu'ils ne sont pas d'accord. Alors le médecin traitant. »,

« Il y a beaucoup de gens qui viennent et qui ne reviennent plus. Ce serait intéressant d'avoir des retours. »,

Une remise en questions des habitudes peut être mal vécue par les usagers et engendrer un désaccord avec les professionnels de PMI :

« Des retours mais comme on ne peut qu'interroger les gens qui viennent : c'est toujours difficile. Je pense que certaines personnes apprécient moins quand on les remet un petit peu en questions. »,

De même, lorsque les demandes des parents ne sont pas dans l'intérêt de l'enfant, des difficultés peuvent apparaître :

« Il y a parfois des petites choses dans le souci de l'enfant parfait, des pieds un peu trop comme ci, nous on les rassure on dit que cela va passer. Mais des fois, ils ne sont pas contents de ne pas voir pousser les investigations plus loin. Les petits boutons, il y a des fois on ne les voit même pas ! »,

« Le collier d'ambre, les sirops pour la toux, les sirops pour dormir, le Coquelusédal®, le super Coquelusédal®! »,

« Par rapport au régime, à la diversification, on leur dit d'attendre un peu. Ils ne supportent pas. »,

Pour les participantes, la confusion qui est faite avec les services sociaux conduit certains à avoir une image négative des consultations de PMI :

« On pourrait interroger dans la consultation de médecine générale... [La consultation de PMI] c'est souvent très intriqué avec des problèmes sociaux qui sont pénibles. Ils amalgament tout le monde : assistante sociale, puéricultrices... C'est la même chose [pour eux]. Le centre médico-social ça représente pour beaucoup une famille en difficultés. »,

- **Les relations avec les professionnels de santé ambulatoires :**

Elles sont jugées variables par les médecins de PMI :

« Sur le territoire Nord, je trouve qu'on est bien identifié, on travaille vraiment en partenariat avec les pédiatres libéraux. Les médecins généralistes c'est vrai que les liens sont très rares. Avec le secteur hospitalier, les CAMPS, les CMP, les CMPP : un peu plus... C'est vrai que les médecins généralistes nous voient plus comme [des] intervenants de la maltraitance, par rapport aux personnes en grandes difficultés sociales, plus dans ce registre-là. »,

« J'ai toujours mes courriers de la consultation hospitalière qui arrive en double destinataire. Le courrier ne m'est jamais adressé directement. [Même si c'est toi qui l'adresses ?] Oui, je n'existe pas. »,

« Quand on appelle pour un enfant, il arrive assez souvent soit qu'ils parlent d'un autre patient dans le même échange soit qu'ils rappellent après. »,

- **Estimation de la qualité des réponses aux usagers :**

D'une manière générale, les participantes pensent satisfaire les attentes des usagers notamment en ce qui concerne l'écoute et la disponibilité. Elles disent se remettre souvent en questions et réfléchir avant tout à l'intérêt de l'enfant.

« Je crois que l'on répond du côté de l'écoute et de la disponibilité. »,

« Régulièrement on se remet en questions quand même... Il y a toujours des difficultés entre la réponse à la demande des parents et puis répondre à l'attente des enfants. Enfin, des fois cela ne se superpose pas toujours. Des désirs pour un enfant que les parents n'ont pas et qui sont justifiés. »,

« C'est vrai que quelque fois on ne résout pas tous les problèmes. Il faut du temps, les écouter, chercher avec eux... On ne trouve pas toujours la solution. Finalement elles n'attendaient pas forcément qu'on leur dise qu'elles en font trop. De prendre du recul. Les réponses qu'on apporte ne sont pas toujours celles qu'elles attendent. »,

- **Ce que les médecins de PMI souhaitent voir améliorer :**

Leurs propositions portent sur le matériel, la lourdeur des tâches administratives, le temps de consultation, la présence d'une éducatrice de jeunes enfants ou d'une sage-femme en consultation :

« Le local à poussettes »,

« J'aimerais avoir des canapés en consultation. »,

« Un peu moins de papiers ce serait bien. »,

« J'aimerais avoir plus de temps, pour une même famille. J'ai eu la possibilité de créer une consultation avec très peu de gens, que ça ne marche pas trop parce que tout de suite elle est pleine. Et ça dépend parce que ce n'est pas extensible non plus. »,

« Peut-être avoir plus de temps, encore du temps. Il y a des fois, on est moins disponible, on est plus fatigué. »,

« Peut-être quelqu'un en salle d'attente. Il faut aussi qu'il y ait quelques familles qui se retrouvent. Et puis un accueil, un peu moins de tâches administratives. »,

« Une sage-femme en consultation. Ça s'est fait comme ça par hasard et c'était drôlement bien. De temps en temps pendant la consultation : elle voyait les mamans. »,

« Il y avait un psychologue à V. ».

Au sujet des vaccins, quelques participantes aimeraient que cette activité soit réduite en consultation voire que le schéma vaccinal soit simplifié :

« Ne plus faire les vaccins. C'est pénible les vaccins, le fait de faire mal, je n'aime pas trop. »,

« Si le calendrier venait à être simplifié peut être que l'on peut... »,

« Et je pense si on avait la possibilité d'alterner une autre rencontre dans le même lieu aussi dans l'ordre de la consultation mais sans vaccin, je pense que l'on pourrait aller plus loin dans certains échanges autour du quotidien de l'enfant et autour de la parentalité. Des fois sur 15 minutes, on se dit pendant 5 minutes : il faut que je le pique... Il va encore pleurer... ».

Un changement du lieu de consultation en dehors des centres médico-sociaux pourrait être bénéfique :

« Dans le débat national, beaucoup de gens discutent de rapprocher la consultation de PMI de centres de santé médicaux pour développer cette activité autrement. »,

« Des centres de consultations hors CMS ce serait bien. »,

« [La prévention ?] C'est un créneau d'avenir et ce n'est pas assez porté. Je pense que c'est plus à nous d'ancrer ça. Dans la conjoncture actuelle, la formation continue qu'on n'a pas trop, si jamais on demande une extension vers le curatif, on va perdre notre spécificité et la population des jeunes va y perdre. »,

« Après il n'y aurait pas beaucoup de bénéfices à faire les deux et puis c'est rare les fois où il y a une continuité de consultation par rapport au curatif. On n'est déjà pas bon, on ne peut pas parce qu'au rythme de deux consultations par semaine. »,

« Probablement quelque chose va se réfléchir parce qu'il y a plusieurs projets de maisons de santé sur le territoire où je me suis posée la question d'un lieu de PMI dans la maison de santé. Ça pose un petit peu de questions tout de même par rapport à l'articulation des généralistes qui ont une compétence préventive et curative. Je suis intéressée de voir si ça peut fonctionner. ».

Une meilleure signalétique et une plus grande accessibilité des coordonnées des centres de consultations paraissent nécessaires :

« Moi, je rajouterai aussi des locaux spacieux, bien nettoyés, spécifiques à la PMI. Un bon fléchage, une bonne décoration, ça nous simplifierait le travail. Des signalisations dans la rue tout simplement, des noms, adresses, numéros de téléphone en place ça me semblerait bien. »,

« Les différents CMS, les jours de consultations et tout le reste, un règlement de fonctionnement du CMS qui affiche les jours, les heures d'ouverture. Le nom et la qualification des médecins, de la puéricultrice, de l'assistante sociale qui les assurent: c'est important dans la transparence aux parents. »,

« Dans les pages jaunes, la consultation de PMI, la rubrique centre médicosocial elle est déjà très compliquée. Il y a des endroits où on ne les trouve pas du tout. »,

Une des professionnelles propose d'ouvrir la consultation de PMI aux enfants plus âgés pour lesquels peu de structures existent :

« Je reviendrai plus à l'idée de Ségolène Royal qui est d'étendre [la consultation de PMI] entre 6 et 10 ans. C'est vraiment l'âge où on laisse les enfants seuls à la maison. Il y a quand même des choses difficiles qui se jouent à ce moment-là : je le vois sur le nombre d'informations préoccupantes, avec des violences de toutes sortes. C'est ce que les enfants de cet âge-là endurent. »,

Concernant l'articulation avec les professionnels de santé, les professionnelles interrogées proposent un renforcement des liens avec le réseau des professionnels libéraux et des professionnels hospitaliers et l'intégration de la PMI dans un module d'enseignement universitaire :

« Par rapport aux médecins libéraux ? Exister un peu plus à leurs yeux ce serait bien. »,

« J'ai toujours mes courriers de la consultation hospitalière qui arrivent en double. Le courrier ne m'est jamais adressé directement. »,

« Et puis il y a le mail, je pense à certains médecins, c'est un mode de communication qu'on n'utilise pas assez actuellement. C'est une manière d'avoir des contacts des échanges qu'il faudrait sécuriser. »,

« Est-ce que cela remplace un contact téléphonique ? Non mais cela peut-être un contact qu'on n'aurait pas autrement. »,

Une amélioration de la connaissance de la PMI et du cadre national des consultations est nécessaire, en amont :

« C'est le cadre qui est donné de travailler bien en amont plutôt que de le rendre dépendant d'un personnel. Ça vaut mieux si le cadre est posé que si c'est laissé à la juste appréciation d'un tempérament, d'une vision, de l'un ou de l'autre qui, après, risque de venir heurter celle que l'on va mettre en place. Je dirai que c'est un débat national parce que c'est une option qu'une partie des médecins de PMI ont proposé dans le débat sur l'avenir de la PMI... Glisser sous la houlette de l'ARS, s'inscrire

dans un volet plus sanitaire... Les centres de santé avec le volet pluridisciplinaire apparaissent comme un lieu capable de mieux reconnaître la dimension de santé qui a été mise à mal dans la cadre du social et tiré vers l'urgence sociale. »,

« Je pense que la méconnaissance qu'à le secteur libéral et le secteur hospitalier de la PMI, on en est en partie responsable. En partie parce ce que ce qu'on peut faire comme analyse sur la question de la prévention : [c'est que] les vingt examens systématiques, ils sont le fait aussi bien du pédiatre que du médecin généraliste que des services de PMI. Nous ne réalisons qu'une toute petite proportion des certificats de santé du 9^{ème} mois, du 24^{ème} mois. C'est un pourcentage de 10%. Donc le gros de la PMI est fait ailleurs qu'en PMI. Sauf que ce ailleurs, il n'a pas conscience de faire de la PMI. De moins en moins, parce que déjà il oublie de renvoyer une grosse partie des certificats de santé mais ça ce sont plus des questions techniques, de l'ordre des disponibilités... Le principe qui fédère, qui pourrait fédérer les médecins, les tenir ensemble c'est faire un cadre dans lequel chacun se retrouve comme contribuant à la même finalité. Il n'est plus enseigné, il n'est plus valorisé, il n'y a plus cette vision globale d'appartenir à la prévention médico-sociale par l'ensemble des acteurs de santé. Donc de fait, c'est sûr qu'on ne fait pas suffisamment d'efforts en direction de nos collègues ambulatoires mais en même temps, rien dans le système ne prédispose à travailler ensemble et on n'est qu'à moitié fautif dans ce constat. »,

« En fait le système universitaire représenterait un bon système pour nous faire connaître et représenter la PMI auprès des étudiants. Moi j'avais utilisé ça pendant quelques temps... C'est très payant mais c'est vrai qu'il faut du temps, et la visite d'un cabinet, l'enseignement postuniversitaire... »,

« Les rencontrer en individuel ou en collectif c'est extrêmement intéressant mais cela demande beaucoup d'énergie. »,

iii. Médecins généralistes :

Sur les 4 médecins généralistes sollicités, 3 ont accepté de participer à l'enquête : 2 hommes et 1 femme. Le dernier entretien s'est déroulé par téléphone en raison de difficultés d'ordre organisationnel. Les 2 premiers participants sont installés en zone urbaine et le troisième en zone rurale. Une participante installée en zone rurale a accepté dans un premier temps un rendez-vous puis ne s'est pas présenté le jour de l'enquête en expliquant par téléphone :

« De toute façon, cela aurait été vite, je n'y connais rien, je n'ai jamais eu à faire avec la PMI. »,

Concernant l'expérience professionnelle des participants en PMI, le premier médecin a fait des consultations infantiles pendant 3 ans au début de sa carrière, dans le département du Nord :

« J'ai fait ça plusieurs années avant de m'installer mais ce n'était pas ici. A l'époque, j'étais dans le Nord, entre 1978 et 1981. Je n'étais pas installé alors je faisais beaucoup de consultations de PMI dans différentes villes. En même temps, je faisais des consultations de Planning Familial. ».

Le deuxième médecin généraliste n'a pas d'expérience de consultation infantile mais elle connaît le Planning Familial pour y avoir réalisé un stage d'internat :

« [Les consultations infantiles...] Non jamais. J'ai fait un peu de Planning Familial dans le cadre de l'internat mais pas très longtemps parce que c'était un stage en surnombre. Donc j'ai fait un peu de Planning mais pas de PMI. [Les enfants ?] Oui, oui, oui, on en a pas mal ici. »

Le dernier participant a fait l'expérience des consultations infantiles pendant près de 30 ans en secteur rural :

« J'ai fait des consultations une fois par mois. C'était en plus du cabinet sur le secteur de V. ».

Le médecin 1 explique qu'il suit peu d'enfants au cabinet car les parents consultent essentiellement pour des symptômes et qu'il est difficile de les revoir pour des consultations de suivi :

« Il y a peu de gens qui viennent pour des consultations de suivi spécifique. La plupart des gens viennent en consultation pour des symptômes. Leur dire de revenir spécialement pour tel examen ça va être difficile. L'obligation [des vingt examens], est très relative.

Il y a les examens obligatoires, on en fait tous en médecine générale.

Parce qu'en plus ces examens demandent du temps et qu'il faut avoir des parents qui vont s'investir là-dedans. Il se trouve et c'est une donnée d'expérience que les parents qui vont accepter de venir sont les parents [des enfants] qui n'en auront pas besoin, qui auront un bon développement. C'est vrai pour tous les dépistages mais là il est très net. ».

Pour lui, il existe aussi des difficultés matérielles et organisationnelles à réaliser le suivi des enfants au cabinet, notamment au vu de la surcharge des missions de prévention qui incombent aux médecins généralistes dans tous les domaines :

« Ce qui nous manque à nous en médecine générale, ce sont les examens qui concernent le dépistage de troubles sensoriels parce qu'il y a besoin d'un outillage spécifique. J'ai les petites boîtes de Moatti mais c'est très rudimentaire. Or c'est très important le dépistage des troubles du langage.

Si vous voulez les outils [théoriques] du dépistage du langage, on les a mais franchement c'est quand même difficile.... Pourtant je me suis formé, j'ai vraiment fait un effort là-dessus mais je me rends compte que c'est difficile... Faire une ERTL4 ou éventuellement un dépistage à 3 ans ça peut se faire. Là effectivement c'est quelque chose qui demande une pratique très régulière. Je pense qu'on n'a pas tellement... Il

faudrait être très volontariste pour le faire. Moi je me suis formé, j'ai fait l'effort au début... J'étais très volontaire pour le faire... puis je me suis rendu compte que c'était très difficile cette pratique-là très régulièrement parce qu'il n'y a pas de demande spécifique des parents sur ce thème-là. Les parents viennent nous voir par rapport à des maladies de l'enfant. Peut-être que c'est à nous médecins généralistes de faire un effort sur le plan du dépistage mais c'est vrai que c'est difficile à tenir quand même.

Dans notre situation [de généraliste], on est sollicité, mandaté pour un très grand nombre de choses... Pas spécifiquement pour une chose en particulier ... Si vous êtes pédiatre, vous êtes très motivés par les troubles du langage... Moi aussi ça m'a toujours beaucoup motivé Mais en même temps, il faut dépister tel truc, tel truc, tel truc... dans tous les domaines. Donc ça devient un peu compliqué à un moment donné... Si on est sollicité pour quelque chose on le fait mais on a plein d'autres choses que l'on doit dépister et auxquelles on doit faire attention et qu'on ne peut pas faire tout le temps à un moment donné. Ou alors, il faut simplifier à l'extrême... Moi c'est ce que je fais... Mais de là à dire que je fais un dépistage complet pour tous les enfants...

Parce qu'en plus, il faut savoir que c'est un examen qui demande du temps et il faut avoir des parents qui vont s'investir là-dedans. Cela veut dire qu'ils vont dire : il faut que je vienne spécialement pour l'examen des troubles du langage. Il se trouve et c'est une donnée d'expérience mais je trouve qu'elle est très juste, que les parents qui vont accepter de venir sont les parents qui n'en n'auront pas besoin. Enfin ce sont les parents des enfants qui auront un bon développement. Je l'ai remarqué assez rapidement quand j'ai commencé à faire ça.

Les enfants qui vont avoir des troubles du langage, bien souvent leurs parents ne s'en aperçoivent pas du tout. Et si on fait un examen, c'est difficile parce que les familles défavorisées, il y aura moins de motivations spécifiquement pour ça. Il y en aura plus dans les familles favorisées mais qui auront de bons résultats. C'est vrai pour tous les dépistages quel qu'ils soient. Ce phénomène existe partout mais là, il est très net en fait. ».

Le médecin 2 explique s'impliquer dans le suivi des enfants qui consultent à son cabinet :

« Nous la prévention, le côté médical, on le fait aussi... [Les attentes des consultations de suivi au cabinet] ils ne les verbalisent pas. Après j'essaie d'être globale sur les versants d'alimentation, le sommeil, le développement, etc. C'est plus par l'interrogatoire, c'est moi qui pose des questions... Des fois il y a pas mal de soucis, pas mal de questionnement sur l'alimentation, le sommeil, l'allaitement. Ce sont souvent les demandes. Les vaccinations, on essaie de dépister les troubles du développement au plus vite mais cela ne vient vraiment pas des parents. »

Elle évoque à son tour des difficultés à convoquer les enfants spécifiquement pour le suivi :

« Il y a de jeunes mamans qui vont venir très ponctuellement. J'essaie de les reconvoquer mais c'est difficile de donner un rendez-vous, c'est souvent : je vous rappelle. On a du mal. Les jeunes mamans viennent vraiment ponctuellement et c'est à cette occasion-là qu'on voit pour les vaccins, qu'on s'aperçoit qu'il y a du retard. J'ai

deux jeunes mamans en tête, à chaque fois c'est la même chose, elles viennent pour des gastros ou des choses comme ça et c'est à ce moment-là que je leur dis : il y a tel vaccin à faire. Bon quand il est malade forcément on ne peut pas le faire. Au cabinet on pourrait des fois si on a un frigo et qu'il vient pour autre chose. On le fait comme ça on ne passe pas à côté et c'est fait mais c'est très difficile. ».

Le médecin 3 suit des enfants au cabinet de la même façon qu'en consultation infantile de PMI :

« On fait la même chose en consultation et au cabinet. ».

- **Les usagers des consultations infantiles du service de PMI :**

Pour le médecin 1, les consultations s'adressent à tout le monde mais ne sont pas indispensables à tous :

« Elles s'adressent aux gens qui sont... Elles s'adressent à tout le monde en fait. A priori, elles s'adressent à tout le monde. Maintenant pour les gens qui sont suivis très régulièrement par des pédiatres, ce n'est pas forcément nécessaire d'y aller. ».

Pour lui, les usagers sont les enfants de 0 à 2 ans avec leurs parents et que c'est un choix que tous ne font pas. Il ne peut pas fournir d'explication sur ce point :

« La PMI aujourd'hui ce sont les enfants de moins de 2 ans. Les parents sont souvent très motivés à ce moment-là, après ils le sont souvent moins. Après 2 ans c'est exceptionnel. ».

Il y a des gens qui ont fait le choix d'aller en PMI ou... de ne pas y aller. Il y a des gens qui vous disent qu'ils ne veulent pas y aller... [S'ils expliquent pourquoi ?] Non, pas tellement en fait. ».

Le médecin 2 explique ne pas savoir quels usagers consultent en PMI. Elle pense que les consultations de médecine générale et de PMI sont parallèles mais que les consultations de PMI sont peut-être destinées aux usagers qui nécessitent la mise en place d'aide sur le versant social :

« De PMI ? On n'a pas de retour par rapport à ça. C'est plutôt moi qui dans le carnet vois qu'il y a eu un passage. Spontanément les gens ne nous disent pas... Enfin, c'est moi qui vois dans le carnet et là on en parle. C'est rarement spontanément que les parents nous disent qu'ils ont été en PMI. Bon nous le côté médical, on le fait aussi, c'est en parallèle. Ça apporte peut-être pas plus. Sauf peut-être plus sur le versant social. ».

Le médecin 3 pense que les consultations infantiles sont fréquentées par tous les types de familles mais plus souvent par des populations défavorisées :

« Ce sont des familles défavorisées surtout... Les familles consultent parfois quand il y a des soucis, des demandes d'aides sociales, de travailleuses familiales... Mais on voit ».

de tout quand même tous types de familles. Surtout qu'il n'y a pas trop de pédiatres dans notre secteur. ».

- **Les attentes des usagers des consultations infantiles :**

Pour le médecin 1, les usagers attendent principalement le suivi de santé et du développement de leurs enfants :

« Je pense que ce que les parents veulent savoir, c'est si leur enfant se porte bien. Je pense que c'est principalement cela : le développement physique mais aussi des capacités psychomotrices. ».

Pour la participante 2, les attentes en consultation de PMI sont les mêmes qu'au cabinet avec en plus des conseils de prévention, de suivi et d'aide sociale :

« Souvent ce sont des consultations de prévention, de suivi, souvent des vaccinations, j'ai remarqué. Et certains peut-être plus en postpartum. Par rapport à leurs attentes, je ne sais pas trop, c'est peut-être plus au niveau prévention, plus quand même un soutien, une aide. Il y a pas mal de contact avec les services sociaux donc peut être par ce biais-là aussi. Ils attendent peut-être une aide par rapport à leur situation sociale. Moi, je dirai par rapport au service d'aide sociale, d'aide à la famille, plus dans ce sens-là... Un soutien, une aide. ».

Pour le dernier médecin généraliste, les attentes portent sur le suivi et les conseils comme au cabinet avec en plus l'attente d'un temps de jeu pour les enfants et de lien social :

« Des conseils, le suivi... En fait, on fait la même chose au cabinet. ».

- **La spécificité des consultations infantiles :**

Pour le médecin 1, il n'y a pas d'attente spécifique :

« Non, je pense que c'est vraiment cela, les attentes sur le développement de l'enfant. ».

Pour le médecin 2, les consultations de PMI et de médecine générale sont similaires mais la PMI est plus en mesure d'apporter une aide sociale par sa proximité avec les services sociaux :

« Il y a pas mal de contact avec les services sociaux... Donc peut-être par ce biais-là, ils attendent peut-être une aide par rapport à leur situation sociale, peut-être... ».

Le médecin 3 ne relève pas de spécificité des attentes sauf un temps de jeu et de lien social favorisé par la présence de la puéricultrice et ce qui est plus difficile à proposer en cabinet :

« Pas spécialement. Après et ça on ne peut pas le faire au cabinet, les puéricultrices animaient les consultations avec plusieurs enfants et cela permettait aux enfants de se rencontrer. ».

- **Les relations avec les professionnels des consultations infantiles de PMI :**

Les 2 premiers participants ont très peu de contacts avec les professionnels de PMI qui animent les consultations infantiles en dehors d'une liaison par le carnet de santé :

Médecin généraliste 1 : « Non très peu en fait. C'est exceptionnel mais cela peut arriver. On peut avoir des rapports qui sont notés dans le carnet de santé. ».

J'avais organisé des soirées, il y a quelques années avec un médecin de PMI. C'était la seule fois où il y a eu un lien spécifique.»,

Médecin généraliste 2 : « Honnêtement je crois que j'ai dû avoir un appel une fois en post-partum pour une jeune maman, pour instaurer un suivi au cabinet. Ca a dû être la seule fois. Donc non pas beaucoup, après je n'ai peut-être pas assez de bouteille. ».

Le dernier médecin connaît la puéricultrice de son secteur depuis les vacances qu'il a assuré en consultations infantiles de PMI et explique la solliciter pour certaines familles en difficultés qu'il suit au cabinet:

« La puéricultrice avait fait des consultations avec moi... Je l'appelle de temps en temps quand il y a des soucis [pour une famille]. ».

- **Les points forts et les points faibles des consultations infantiles :**

Les 3 médecins interrogés n'ont pas eu de retour des parents sur les consultations infantiles et notamment pas de critique négative :

Médecin 2 : « Ils ne verbalisent pas de retour... Je n'ai jamais eu de mauvais retour par rapport à la PMI ça c'est sûr. ».

- **Ce que les médecins généralistes souhaitent voir améliorer :**

Le médecin 1 évoque le souhait d'être secondé par la PMI pour les examens de dépistage et de suivi préventif des enfants. La dynamique des relations entre les professionnels de PMI et les médecins généralistes pourrait être relancée par des courriers d'information et une notification systématique des consultations dans le carnet de santé :

« Je dirai être secondé pour des examens bien spécifiques qui demandent du temps et de l'outillage spécifique. C'est quelque chose qui n'est pas impossible mais étant donné la multiplicité des missions, c'est quelque chose de très difficile à tenir tout ça. ».

Il y a un côté motivant et très formateur quand on reçoit un courrier... Je prends l'exemple de tous les autres spécialistes qui peuvent exister... Si ceux-ci nous envoient un courrier en disant, voilà je pense qu'il faut faire cela... Cela a un côté très formateur et pédagogique pour nous et puis motivant aussi. Donc peut-être que cela pourrait relancer la dynamique... Après il y a la formation continue à poursuivre, pour se motiver aussi. »,

« Effectivement, disons qu'il serait bon que toutes les surveillances du développement de l'enfant soient bien notifiées dans le carnet de santé par exemple. ».

Le médecin 2 souhaite que les contacts avec les professionnels de PMI soient plus nombreux en particulier par des courriers :

« Je vois dans le carnet de santé qu'il y a eu une consultation de PMI. C'est vrai que je n'ai pas de retour de la PMI. Ce n'est qu'à cette occasion-là, quand j'ouvre le carnet et les parents ne le disent pas non plus. Ils n'envoient pas systématiquement un courrier ? En tous cas peut-être nous alerter. Mais je pense que s'il y a vraiment un souci, ils savent nous contacter. Autrement je ne vois pas. ».

Le médecin 3 n'a pas de souhait à évoquer.

iv. Pédiatres libéraux :

Parmi les 5 pédiatres libéraux sollicités sur la communauté de Nancy, 4 ont accepté de participer à l'enquête : 2 femmes et 2 hommes dont 3 sont installés en zone urbaine et 1 en zone pavillonnaire.

Un seul pédiatre, le pédiatre 1, a une expérience professionnelle des consultations de PMI, de plus de 20 ans en consultations infantiles :

« J'ai une longue expérience. J'ai fait des vacations pendant 26 ans à peu près avant que je sois installé à l'époque du CES de pédiatrie. A la fin de la première année de l'attestation, on pouvait faire des consultations nourrissons. J'ai commencé à en faire sur V. et j'ai arrêté l'année dernière en 2011. Donc je connais un peu quand même. J'avais fait de la PMI parce que cela m'intéressait, avant que je ne commence le cabinet. Et puis je trouvais que c'était normal que les gens qui venaient en PMI aient accès à un pédiatre. Toutes les consultations de PMI ne sont pas faites par des pédiatres. C'était mon but à moi. En même temps beaucoup de choses : le fait de travailler avec plusieurs personnes. C'est enrichissant. Ça me sortait du cabinet. Et cela m'a permis de connaître un peu mieux les réalités sociales : parce que quand les gens viennent au cabinet, ils me racontent ce qu'ils veulent mais on ne sait pas ce qui se passe à la maison. Et encore, je faisais beaucoup de visites à domicile en tant que libéral ce qui permet d'avoir une vue sur ce qui se passe dans les familles. ».

Les 3 autres n'ont aucune expérience des consultations infantiles ni professionnelle ni durant leur formation :

Pédiatre 2 « Non, on n'avait pas de stage. »,

Pédiatre 3 « Honnêtement je n'ai jamais travaillé en PMI. Nous quand on était interne, on n'a pas eu l'opportunité de faire des stages en PMI, on était à l'hôpital, on n'allait même pas chez le pédiatre libéral, on était hospitalier pendant quatre ans, aucun stage à l'extérieur... Il fallait remplacer...

[Les consultations de PMI] c'est quelque chose que je ne connais pas beaucoup et que je regrette dans notre cursus de formation. »,

Pédiatre 4 : « J'ai été médecin de PMI il y a longtemps mais je n'étais pas médecin de PMI au sens consultation mais plutôt dans l'administration. »,

3 entretiens ont été réalisés au cabinet. Le dernier a été réalisé par téléphone à cause des mauvaises conditions météorologiques qui ne permettait pas une rencontre physique.

L'analyse thématique des entretiens montre les résultats suivants :

- **Les usagers des consultations infantiles du service de PMI :**

Pour 2 professionnels interrogés, les consultations infantiles de PMI sont destinées à tous et elles sont plutôt fréquentées par les familles défavorisées mais pas seulement:

Pédiatre 1 : « En théorie, cela s'adresse à tout le monde. En pratique ce sont essentiellement les populations défavorisées qui consultent beaucoup mais pas exclusivement. En fait cela a beaucoup changé par rapport à ce que je connaissais au début où elles répondaient plus à des difficultés à consulter quand il fallait avancer les frais parce que les consultations sont gratuites et qu'à l'époque, il n'y avait pas de CMU pour donner accès aux soins aussi facilement que maintenant. Il fallait aller chercher des bons à l'office d'hygiène de la mairie... Enfin c'était assez compliqué et donc du coup, il y avait une population plus importante. La PMI s'est ouverte à des dépistages beaucoup plus complets. C'est-à-dire qu'au départ, c'étaient des consultations médicales classiques de suivi des enfants et puis de l'alimentation... Et puis il y a eu les consultations que l'on appelait de deuxième âge avant que la PMI ne prenne en charge les 3-6 ans.

Je trouve que normalement cela s'adresse à tout le monde mais il y a un tri qui est fait. Et puis, il y a quelques personnes qui n'ont pas encore de droit de sécurité sociale, qui sont en attente de papiers, de prise en charge CMU ou d'Aide Médicale d'Etat et qui posent encore des problèmes de vaccins. »,

Pédiatre 3 : « Ce sont des consultations de proximité qui sont dévouées aux gens, je ne dirai pas défavorisés mais pas favorisés voilà. C'est une image que j'ai dans mon expérience professionnelle. Ce sont des enfants sains j'ai l'impression, ils ne prennent pas souvent les enfants malades. Je suis dans un quartier un peu défavorisé, cela joue probablement sur l'image que je peux me faire de la PMI. »,

Une pédiatre pense que les consultations de PMI sont destinées aux enfants et aux parents qui n'ont pas accès à un pédiatre ou à un suivi spécialisé par un généraliste expérimenté pour des raisons financières, de manque de professionnels ou de fausses représentations sur les possibilités de suivi des enfants :

Pédiatre 2 : « Je ne sais pas parce que des fois on ne le voit pas. Moi j'ai des familles qui me disent que c'est le médecin de PMI. Il y a de tout.

C'est vrai que les enfants qui ont un suivi régulier en PMI ne sont pas suivis par des pédiatres, ce sont souvent deux filières un peu parallèles. Ce ne sont pas les mêmes enfants mais je ne saurais pas déterminer les groupes. Je ne sais pas quels types de familles ils accueillent. On n'a pas les mêmes patients, des fois on prend les patients l'une de l'autre mais on a des populations similaires. J'ai une population extrêmement variée ici, des gens de tous milieux socioéconomiques et parfois des situations vraiment compliquées. Il ne faut pas penser que le pédiatre c'est le haut du panier. On a vraiment de tout.

Moi ça ne m'arrive pas d'envoyer un enfant pour qu'il soit suivi en PMI. Je ne sais pas pourquoi les gens sont allés-là plutôt qu'ailleurs, des fois c'est l'habitude qu'on leur a conseillée mais je n'arriverai pas à dire [pourquoi]. L'important c'est que les gens se sentent bien donc pour l'instant on a encore le choix, qu'ils en profitent! Ça ne durera peut-être pas.

C'est vrai qu'il y a des gens qui pensent que les consultations de pédiatres ce n'est pas accessible. Moi j'ai eu une maman une fois qui m'a dit : moi, on m'a demandé d'aller chez le pédiatre ça coûtait de l'argent à la société, cela ne sert à rien. Ce n'est pas très bien ce que je vais dire mais autant certains médecins suivent des enfants et le font très bien autant certains devraient dire je ne fais pas les enfants plutôt que de faire n'importe quoi. Certains font de la pédiatrie et le font très bien autant des fois ils devraient dire non, je ne fais pas les enfants, je n'aime pas ça, voyez avec la PMI. Dans le Sud où il n'y a pas de pédiatre à plus de 80 km et une enfant de ma famille est suivie par le médecin de PMI et je trouve que c'est très bien. ».

La pédiatre 4 dit ne pas connaître et ne pas comprendre les motivations des usagers et suppose que c'est surtout par obligation :

Pédiatre 4 : « Je n'en sais rien... Franchement je ne sais pas pourquoi les gens y vont. Mon idée c'est que les gens y vont parce qu'ils ont été sollicité par la puéricultrice de secteur... Ils y vont parce qu'ils pensent qu'ils n'ont pas le choix. J'en vois qui y sont allés. Je leur dis : voulez-vous que je suive le bébé ? Ils me disent ah non j'ai peur que l'on me supprime quelque chose... Je continue d'y aller. Ils ne savent pas qu'ils ont le choix, ils ont peur qu'on leur supprime les allocations familiales, les aides... Ils ont été tellement racolés par les services sociaux ! ».

○ **Les attentes des usagers :**

Pour les 3 premiers pédiatres interrogés, les attentes des usagers sont un suivi spécialisé de l'enfant. Le pédiatre 1 distingue quelques spécificités des consultations de PMI qui

sont plus détendues, plus longues et réunissant la compétence de plusieurs professionnels :

Pédiatre 1 : « Elles attendent le suivi de l'enfant, et parfois aussi qu'on les prenne en charge quand ils sont malades. Ça c'est un peu difficile à faire parce que l'on n'est pas vraiment là pour ça. Parce qu'en plus les consultations ne sont même pas journalières donc on ne peut pas faire un suivi de traitement ou autre.... Je pense qu'elles sont en attente aussi d'un temps convivial, de discussions, un peu plus ouvertes... Prendre son temps, discuter des questions que les parents peuvent se poser. Probablement plus de temps et puis la multiplicité des professionnels. Moi j'avais la chance de faire des consultations nourrissons avec une puéricultrice mais aussi avec une infirmière de pédopsychiatrie qui animait la salle d'attente. Ça a été fait 15 ou 20 ans quand même.

Rien ne remplace toute l'expérience que peuvent avoir les puéricultrices ou l'assistante sociale dans leur connaissance des familles et des conditions de vie.

Les gens ne disent pas la même chose à moi qu'à une infirmière et qu'à la puéricultrice ou à la dame de pédopsychiatrie mais c'est vrai que c'est intéressant d'avoir cette ouverture.

Le fait de travailler avec plusieurs personnes cela augmente les points de vue. ».

Interrogé sur l'évolution des attentes des usagers des consultations infantiles, il estime qu'elles se sont modifiées :

« Les attentes des gens, la perception de la santé est différente. On avait peut-être un rôle plus médical classique et après il y a eu cette ouverture sur le développement de l'enfant dans sa globalité et la socialisation. Il y a 15 ou 20 ans, si le gamin avait mal aux oreilles et qu'ils avaient rendez-vous la semaine d'après à la PMI : ils attendaient la PMI pour consulter ! Ils ne consultaient pas avant. Et c'était difficile pour nous de dire : consultez votre médecin parce que sinon ils n'étaient pas vus. Maintenant cela a changé : il y a quand même des possibilités financières. C'est plus facile je pense.

Au début on ne faisait même pas les vaccins. Quand j'ai commencé, c'était le début des vaccins et on ne faisait que les vaccins obligatoires. La société a changé : on n'attend plus uniquement de faire les vaccins. C'est vrai que la couverture sociale des familles a changé puisque maintenant il suffit d'être à jour de ses papiers. Tout le monde a accès aux soins maintenant.... Théoriquement, on a accès aux soins, culturellement pas toujours parce que l'on n'y pense pas ou que l'on ne connaît pas.

On voyait plus d'enfants effectivement. Peut-être parce qu'il y avait moins de médecins sur place, l'accès aux soins était différent. Moi j'ai vécu des périodes dans les années 1980 où beaucoup d'immigrés arrivaient du Vietnam, du Cambodge à cause des événements... Donc il y avait des cités de transit. On se retrouvait d'un coup avec des dépistages de tuberculose à faire et que l'on faisait parce qu'il n'y avait pas d'autres centres. Tout cela a changé mais on avait peut-être un rôle peut-être plus médical classique et après il y a cette ouverture sur le développement de l'enfant dans sa globalité et la socialisation. Je vois ici actuellement qu'il y a des

rencontres entre les parents qui vont mettre leurs enfants pour la première fois en école maternelle et qui n'ont jamais été scolarisés et donc on prépare cela... ».

Les 2 autres pédiatres estiment que les prestations de consultation de suivi des pédiatres libéraux et celles du service de PMI sont identiques avec néanmoins une considération de facilité financière et de proximité en PMI et l'atout du suivi à domicile par la puéricultrice de PMI :

Pédiatre 2 : « C'est vrai que les enfants qui sont suivis en suivi régulier par la PMI ne sont pas suivis par des pédiatres. Je pense que ce sont les mêmes que ceux qui vont consulter un pédiatre. C'est d'avoir une consultation adaptée pour le nourrisson voilà ce sont des consultations où on peut poser des questions. Alors des fois les gens nous disent qu'ils n'osent pas poser des questions alors est-ce qu'ils sont plus à l'aise quand ils vont consulter en PMI Je trouve que c'est bien les questions de puériculture c'est important et puis très tôt parce qu'une fois que vous les sécurisez les mamans, les parents, une fois qu'ils sont sur les rails et qu'ils se font un peu confiance ça va mieux... Des fois on sent que cela s'engage mal dès le départ et c'est dur de rattraper après... Donc pour ça je pense que les attentes sont les mêmes.

Pas de spécificité ou bien pour tout ce qui est social, ce qui peut être établi pour les familles en situation précaire. On essaie de prendre du temps mais c'est vrai que je ne peux pas gérer [de la même façon] eux ils ont la structure sur place. En tant que pédiatres, on se sert [des consultations infantiles de PMI] comme relais quand il y a des soucis.

Ça nous arrive de contacter la PMI quand j'ai des familles pour lesquelles j'ai des soucis, des mamans un peu perdues au début qui sont sorties de la maternité un peu tôt... On essaie de les revoir mais ce n'est pas toujours répondre à toutes les questions... Des fois ça sécurise d'avoir une puéricultrice à domicile. »,

Pédiatre 3 : « Je n'ai pas d'idée sur la question parce que je n'ai pas l'expérience. Après je vous dis que c'est plutôt l'expérience d'un suivi systématique d'enfants sains, avec des consultations de dépistage, des consultations systématiques, les vaccinations...Ce qu'on propose de la même façon on va dire. On fait la même prestation je pense. Il y a des gens qui consultent pour des raisons de proximité ou parce qu'ils habitent juste à côté d'une consultation de PMI.

Ils ne prennent pas souvent les enfants malades, ce sont plus des consultations préprogrammées systématiques. ».

La pédiatre 4 estime que la principale attente des usagers est de conserver les prestations sociales et faire suivre les enfants à proximité et gratuitement. Les usagers sont induits en erreur sur les possibilités de suivi par des représentations erronées:

Pédiatre 4 : « Ils consultent par proximité quelque fois... Ils croient que c'est la seule façon de consulter... Ils pensent que le pédiatre c'est celui qui va faire des dépassements d'honoraires... Il y a plus des arguments financiers et de peur de représailles quelconques. Il ne faut pas se voiler la face, il y a des gens qui ne peuvent pas faire autrement. Ils ont un sentiment d'insuffisance matérielle et ils ont peur du

médecin libéral qui est plus cher. Bien qu'ayant la CMU ! Je ne vois pas bien l'utilité de la PMI personnellement... ».

○ **Les relations avec les professionnels de PMI :**

Le pédiatre 1 a de bons contacts avec l'équipe de PMI de son secteur pour avoir participé à l'activité de consultations infantiles par des vacances :

Pédiatre 1 : « On a une équipe de PMI qui est super dans le coin, je connais moins les médecins de PMI... Il y a des réunions de pédiatres, l'Association de Pédiatrie Ambulatoire de Meurthe et Moselle. Ils sont conviés.

Moi je ne connais pas tout le secteur, je travaillais avec les autres médecins de PMI. On se rencontre régulièrement. J'avoue que je n'ai pas de problème vis-à-vis de cela.

Cela a toujours été complémentaire, cela a parfois été vécu comme une concurrence, pas trop par les pédiatres mais plutôt par les généralistes avec lesquels c'était un peu complexe de se situer. A l'époque, si on prescrivait quelque chose, on risquait de se faire...

Il y a toujours ce problème de concurrence. Après cela dépend de relations de médecin à médecin ; Moi, j'avais [connu] un médecin ou ça m'est arrivé de voir un purpura pendant une consultation de nourrissons... Il m'a dit : je ne peux pas prendre en charge, je ne sais pas quoi faire. Et d'autres c'étaient nient. Ca dépend des médecins et puis ça dépend comment vous êtes perçus. ».

2 autres pédiatres interrogés expliquent avoir plus de contacts avec la puéricultrice de secteur qu'avec le médecin de PMI et que ce contact a lieu principalement pour la prise en charge des nouveau-nés :

Pédiatre 2 : « J'ai plus de contacts avec les puéricultrices qu'avec les médecins de PMI ou avec les sages-femmes et c'est surtout pour les nouveau-nés. Les médecins de PMI... On se voit surtout dans des réunions de pédiatres mais c'est vrai que l'on a moins de patients en commun si vous voulez.

C'est plus en passant par la sage-femme ou la puéricultrice mais c'est vrai que si on estime qu'il y a besoin d'un suivi médical, on essaie de les voir. Ce n'est pas du tout qu'on n'a pas confiance mais je trouve que ce n'est pas normal. Autant il y a des professions qui sont complémentaires avec la puéricultrice autant soit on s'engage à suivre un enfant, soit on ne le suit pas. »,

Pédiatre 3 : « J'ai des liens par la clinique, je travaille en maternité. Une puéricultrice de PMI passe en secteur mère-enfant et en néonatalogie pour organiser des sorties dans des situations particulières où il y a des antécédents familiaux ou des familles un peu plus difficiles. On fait une liaison avec la PMI pour assurer le suivi. On fait passer la puéricultrice... Donc oui j'ai des liens réguliers amicaux avec cette professionnelle. Pour les médecins de PMI des alentours, on a des contacts par

téléphone pour des enfants qui posent problème soit de par le milieu social ou le côté éducatif quand il y a des carences. Donc on se téléphone souvent. Enfin, ce sont plutôt eux qui m'appellent... Pour me demander comment cela se passe, si l'enfant vient, s'il est suivi régulièrement. C'est d'ailleurs difficile de se rendre compte comment vivent les gens, comment c'est chez eux. Ce sont eux qui font appel à moi pour me demander comment est suivi l'enfant et je remarque que régulièrement tout va bien. Je n'ai rien à leur reprocher. Si jamais j'ai un gros souci ou que je suspecte une maltraitance, je vais prendre mon téléphone et je vais appeler le procureur directement ou les gens de l'hôpital d'enfants pour que l'on se mette d'accord mais je n'ai jamais eu pour l'instant recours à mon téléphone pour appeler la PMI pour leur dire il y a tel problème.

L'outil principal que l'on utilise pour la liaison c'est le carnet de santé à partir du moment où le carnet est rempli ça fait un lien entre les professionnels de la petite enfance. Les contacts moi j'en ai suffisamment. ».

La pédiatre 4 n'a aucun contact avec les professionnels de PMI :

« Absolument pas... Personne ne vient me voir, personne ne vient me dire : j'ai vu tel enfant... Non jamais ! ».

○ **Les points forts les points faibles des consultations:**

Le pédiatre 1 n'a pas connaissance de retours des usagers sur les consultations infantiles mais il a eu l'impression de bien répondre aux attentes durant ses vacances :

« C'est difficile [à dire] j'en ai tellement fait que les gens ne se plaignaient pas vis-à-vis de moi. ».

Pour lui, l'attente en consultation de PMI n'était pas un problème :

« Non, moi j'ai toujours travaillé sur rendez-vous-même en consultation de nourrissons. Au départ c'était difficile tout le monde venait quand il voulait dans l'après-midi. Enfin je ne peux pas travailler comme ça donc : c'était sur rendez-vous. Donner des rendez-vous à la PMI c'était une chose assez aléatoire... Ce sont des rendez-vous assez souples finalement. Mais cela dépend comment c'est organisé ».

Il relève tout de même certaines plaintes des usagers concernant le faible nombre de plages de consultations, la connotation négative du suivi en PMI et l'absence de possibilité de prise en charge curative lorsqu'une pathologie est détectée :

Pédiatre 1 : « Ce qui leur plaît moins c'est qu'il n'y a pas de consultations tous les jours.

C'est vrai aussi que parfois, les gens ont une mauvaise idée de la médecine institutionnelle, pas que les consultations nourrissons mais aussi par exemple la médecine scolaire en se disant : ils ne doivent pas être de vrais médecins...Il ne se rendait pas toujours compte que je faisais les deux et il y avait ce côté un peu critique... On voit bien de temps en temps un gamin dont les parents me demandent :

ils ont dit qu'il ne voyait pas bien clair... Vous pouvez vérifier ? Alors on vérifie mais c'est vrai que les gens ont l'impression que ce sont des médecins un peu à part.

Une autre critique que les gens ont, c'est de mélanger la PMI et le service social. C'est une représentation qui reste encore marquée... Toujours peur de mettre le nez dans les affaires qui dérangent un petit peu. Mais cela dépend aussi du travail de la puéricultrice du secteur et de comment elle est perçue. Il y a des familles qui adhèrent et d'autres qui n'adhèrent pas du tout.

Ils attendent le suivi de l'enfant et aussi qu'on les prenne en charge quand ils sont malades. Parce qu'en plus les consultations ne sont pas journalières donc on ne peut pas faire de suivi de traitement ou autre. ».

Les autres pédiatres n'ont pas eu connaissance de commentaire de parents sur les consultations de PMI mais leur impression est favorable:

Pédiatre 2 : « Pas trop... Quelques fois, les gens me disent qu'ils viennent parce que leur enfant est malade mais qu'ils ont leur rendez-vous de suivi systématique en PMI comme si nous c'était l'enfant malade et la PMI le suivi... Je pense qu'il y a une méconnaissance du rôle du pédiatre mais que c'est tant mieux s'il y a un suivi PMI : ils sont bien suivis. »

Pédiatre 3 : « Moi, ils ne m'en parlent pas. Je pense qu'ils doivent être satisfaits puisqu'ils y retournent tous les mois. De toute façon, on est dans une société qui consomme le soin comme le reste. Donc si vous n'êtes pas contents d'une structure, d'un médecin, d'un hôpital vous allez voir ailleurs. Vous n'êtes pas obligés de vous plaindre auprès de la personne que vous allez voir secondairement. Il y en a qui change très souvent, qui viennent vous voir pendant 6 mois, 9 mois, 1 an, 2 ans et vous ne savez pas pourquoi, ils n'ont pas déménagé mais ils ne viennent plus voir... Parce qu'ils ont trouvé mieux ailleurs, ou parce que la belle-mère leur a dit que c'était mieux d'aller voir le docteur Machin ou X : c'est comme ça. Mais je n'ai pas l'impression que les gens se plaignent vis-à-vis des consultations de PMI... C'est un service qui est offert à la population et qu'ils utilisent assez volontiers. ».

La pédiatre 4 n'a jamais abordé le sujet avec les parents qui consultent à son cabinet mais elle reconnaît que certaines personnes sont satisfaites :

« Non, on n'aborde pas vraiment le sujet... Je vois qu'ils sont allés à la PMI... Ils viennent pour un problème donné... On n'en parle pas. ».

○ **Ce que les pédiatres souhaitent voir améliorer :**

Les 2 premiers pédiatres souhaitent une amélioration des relations entre les professionnels de santé et une meilleure reconnaissance du rôle du pédiatre dans la prévention :

Pédiatre 1 : « Il y a toujours ce problème de concurrence. Cela dépend de relations de médecin à médecin. La PMI a été parfois vécue comme une concurrence : pas trop par les pédiatres mais plutôt par les généralistes avec lesquels c'était parfois un peu complexe de se situer. Maintenant c'est plus détendu. »,

Pédiatre 2 : « Moi je pense que si on avait plus de temps, ce serait bien qu'on soit plus dans le réseau. Avec la PMI, on pourrait s'appeler parce que tout le monde ne peut pas tout assurer. Il faudrait repérer les situations en amont et laisser le choix mais de dire : voilà, il y a la PMI, il y a le pédiatre. Il est important que le pédiatre reste le médecin de l'enfant et ne soit pas sur spécialisé et cantonné aux situations de deuxième recours. Voyez il y a un rôle de prévention et ce n'est pas toujours mis en valeur. Expliquer que voilà, il ne faut pas attendre qu'il y ait un gros problème pour agir. »,

Le pédiatre 3 n'a pas de proposition d'amélioration :

Pédiatre 3 : « Pour moi l'outil principal c'est la liaison avec le carnet de santé à partir du moment où le carnet de santé est rempli : ça fait un lien entre les professionnels de la petite enfance. Les contacts, j'estime que j'en ai suffisamment à la clinique [où je travaille] pour les situations à risque. Après on n'a pas le même regard, la même perception des familles qu'une puéricultrice qui se déplace à la maison. Est-ce qu'il faut se réunir tous les mois je ne sais pas. Il y a tellement de réseaux qui mangent du temps que ça ne me paraît pas nécessaire. A mon sens cela ne marche pas trop mal comme ça et ça ne me paraît pas nécessaire mais c'est peut être une impression. »,

Par contre, concernant la connaissance des consultations de PMI et du travail du pédiatre libéral, il regrette le manque de formation universitaire des étudiants :

« La PMI c'est quelque chose que je ne connais finalement pas beaucoup et que je regrette dans notre cursus de formation. Je pense que l'internat de pédiatrie comme beaucoup de spécialités prépare à la vie hospitalo-universitaire mais pas trop à la vie professionnelle libérale. Ce serait bien qu'on puisse intégrer je ne sais pas moi quelques mois de consultations avec un médecin de PMI, suivre un médecin libéral, un pédiatre comme c'est fait chez les généralistes. Je trouve que c'est bien, c'est du compagnonnage et je pense qu'on devrait aussi faire cela en pédiatrie. »,

La pédiatre 4 remet en cause l'utilité de la PMI dans certains départements :

« Je pense que la PMI on ne refera pas marche arrière. C'est quelque chose qui existe depuis de nombreuses années. Dans l'absolu, l'utilité de ce genre d'organisme à côté de pédiatres, je ne vois pas. Si on demandait à des médecins généralistes s'ils seraient d'accord pour qu'un centre de consultation vienne s'installer à côté d'eux pour faire des consultations gratuites, je pense qu'ils feraient un énorme tôle pour empêcher cela. Mais on ne refera pas machine arrière, c'est un combat d'arrière-garde. »,

Elle ajoute que c'est un point de vue personnel qui n'est pas partagé par tous :

« Maintenant, je connais des gens installés sur Dijon qui a une très grande pénurie de pédiatres et qui ont un avis différent sur la PMI parce que ce sont des consultations faites par des pédiatres [en plus] du nombre de pédiatres [libéraux]. »,

v. *Professionnels de CMP :*

2 pédopsychiatres ont accepté de participer à l'enquête et ont été interrogées au CMP pendant 15 minutes. L'entretien comporte 3214 mots.

Le rôle de l'équipe du CMP est expliqué de la façon suivante :

Pédopsychiatre 1 : « On a un rôle de consultant mais pas uniquement : évaluer les difficultés de l'enfant, essayer de comprendre le sens de leurs difficultés puis ensuite mettre en place des aides adaptées au niveau du CMP, de la famille, de l'enfant et puis éventuellement avec les partenaires extérieurs comme la PMI.

Le suivi des soins qui sont proposés aux enfants, tout un travail autour de la dynamique de l'équipe, l'organisation des soins... »,

Pédopsychiatre 2 « Peut-être aussi la coordination entre les différents partenaires ».

Une des 2 participantes a l'expérience d'un semestre de stage en consultation de PMI durant son internat, l'autre a l'expérience du partenariat avec les médecins de PMI de son secteur :

Pédopsychiatre 2 : « Pour la maquette de pédopsychiatrie, il faut faire un stage de pédiatrie que j'ai fait en PMI avec des consultations, tout le travail auprès des écoles, les bilans de santé. »,

Pédopsychiatre 1 : « Alors pas directement en PMI, mais cela fait très longtemps que l'équipe du CMP travaille avec l'équipe de PMI. Moi je n'y vais pas de façon directe mais des collègues oui, une personne se détache du service pour participer aux consultations de PMI. »,

○ **Les usagers des consultations infantiles du service de PMI :**

Une participante dit mal les connaître :

Pédopsychiatre 1 : « La population des personnes qui vont consulter en PMI je n'en sais rien. Est-ce qu'il y a des études ? Après il y a la proximité, des heures régulières aussi, tout cela joue aussi... »,

La pédopsychiatre 2 estime que ce sont les mêmes familles qui fréquentent les cabinets de pédiatrie mais avec plus de familles qui ont des attentes spécifiques de guidance et de réassurance parentale.

○ **Les attentes des usagers :**

Pour les pédopsychiatres interrogées, elles sont comparables aux attentes des usagers de consultations de pédiatrie : sur le suivi du développement, de l'alimentation et une guidance parentale :

Pédopsychiatre 1 : « Ce sont des consultations de pédiatrie : l'enfant dans son développement, dans la diversification alimentaire, le rôle éducatif. »,

Pédopsychiatre 2 : « Moi je trouvais qu'il y avait beaucoup de guidance parentale : comment faire dormir... ».

Certaines attentes sont spécifiques aux consultations de PMI : le regard spécialisé des médecins sur le développement des enfants, la présence des puéricultrices et le temps disponible en consultation :

Pédopsychiatre 1 : « Tout ce qui peut être mis en place en terme de prévention primaire et secondaire. C'est plus l'aspect du travail autour de la relation de l'enfant, un enfant qui a du retard par exemple... Pour observer.

Les médecins de PMI sont maintenant bien au fait des retraits relationnels et adressent plus facilement les familles. »,

Pédopsychiatre 2 : « L'avantage de la PMI c'est aussi le lien avec la puéricultrice de PMI. »,

« Le domicile avec les puéricultrices qui peuvent aller à domicile. »,

« Plus de temps. »,

« Donner plus de temps à la guidance... Quand on parle avec les médecins de PMI, elles nous disent qu'elles vont prendre du temps pour expliquer... ».

Concernant la présence des infirmières du CMP en consultations infantiles, les participantes ne pensent pas qu'elle suscite une attente particulière chez les usagers :

Pédopsychiatre 1 : « Les parents : une attente particulière parce qu'il y a l'infirmière psy ? Je ne crois pas, c'est plus un avis qu'elles donnent, un regard croisé, un partenariat. ».

○ **Les relations avec les professionnels de PMI :**

D'après les pédopsychiatres interrogées, il existe des liens forts entre l'équipe du CMP et celle du centre médicosocial :

Pédopsychiatre 1 : « Ca fait très longtemps que l'équipe du CMP travaille avec l'équipe de PMI. Petit à petit se sont organisées des relations assez importantes avec des infirmières du CMP qui participent aux consultations de premier, de deuxième âge, aux groupes d'éveil ou avec les parents pour préparer la scolarisation. Il y a un travail de partenariat ancien avec la PMI bien avant qu'on ait un centre de soin

spécifique pour nous. Initialement on travaillait à l'hôpital. Après la psychiatrie est sortie de l'hôpital et on n'avait pas de lieu de consultations identifié, on travaillait dans des centres médicosociaux. On a quand même essayé de garder ces liens une fois qu'on a eu une structure certifiée CMP avec les avantages et les inconvénients. Moi je n'y vais pas directement mais on fait aussi un travail indirect puisqu'on a régulièrement une fois par trimestre une rencontre avec les collègues de PMI pour discuter de nos partenariats. »,

Pédopsychiatre 1 : « La PMI est une grosse pourvoyeuse d'adressage d'enfants aux CMP après l'école. »,

Pédopsychiatre 1 : « On a fait un travail pour utiliser l'ADBB [Alarme Détresse Bébé], des films faits pour travailler les cotations : tout un travail assez fédérateur. »,

○ **Les points forts et les points faibles des consultations :**

Pour une des participantes, la connotation négative de la consultation de PMI est au premier plan du mécontentement des usagers :

Pédopsychiatre 1 : « Certains ne vont pas en PMI parce que c'est l'assistance sociale ou c'est connoté : tout le monde se dit tout, pas question ! Je n'accoucherai pas à la maternité, j'accoucherai à M. Je me ferai suivre par un pédiatre. Il y a des vécus un peu persécutif : une fois qu'ils vous ont mis le grappin dessus, ils ne vous lâchent plus. Ce sont surtout dans les situations un peu compliquées où il y a déjà des inquiétudes parce que les puéricultrices interviennent aussi dans les signalements, [dans] une information préoccupante. Ça reste dans le discours que les familles peuvent avoir avec nous. C'est quelque chose qui les gêne. Nous aussi on a un biais : on a beaucoup de situations très intriquées socialement, judiciairement et donc ce n'est certainement pas représentatif de la population des personnes qui consultent en PMI. Ce n'est pas du tout une généralité mais on entend ça de temps en temps dans des situations un peu particulières avec déjà un vécu persécutif un peu intrusif de tout ce qui peut être extérieur et potentiellement dangereux.»,

Des parents ont fait part de leur satisfaction vis-à-vis des consultations de PMI lorsque des troubles de développement ont été dépistés chez leur enfant par l'équipe de PMI en consultation infantile:

Pédopsychiatre 1 : « Il y a un petit garçon qui a été adressé par Madame G, un médecin de PMI pour des troubles autistiques qu'elle a repérés avec la puéricultrice. Ils ont accompagné la famille pour qu'elle vienne consulter. La maman me dit : moi je continue à voir Madame G. pour les bilans complémentaires et ils sont ravis de leur suivi en PMI. Ils ne parlent pas du tout du pédiatre libéral.

Il n'y a pas de structures un petit peu intermédiaire pour déjà observer mieux, ça n'existe pas en libéral. Est-ce qu'il y a des pédiatres en libéral qui pensent à dire qu'il y a des enfants qui pourraient bénéficier des groupes en CMS, ça je n'en sais rien. »,

○ **Ce que les médecins de CMP souhaitent voir améliorer :**

Plusieurs idées sont émises par les pédopsychiatres interrogées : les moyens alloués, le temps consacré à la coopération CMP/PMI, l'organisation de formations ou de d'actions de prévention communes sur la base d'un partenariat.

Elles souhaitent que la connaissance de la PMI soit améliorée :

Pédopsychiatre 1 : « On n'a pas forcément le même avis. Toutes les situations à haut risque quand il y a eu des placements, la maltraitance, des choses comme ça, ça induit toujours des passions, des clivages, des situations chaotiques. On sent des fois qu'on n'a pas le même regard. Même si on se connaît bien, on s'entend bien... Ce qui est améliorable : garder des liens. Par exemple, le fait que les infirmières du CMP puissent encore être dans les consultations, c'est un lien très précieux. A-t-on encore les moyens de ces liens-là par rapport à ce qu'on nous demande ? »,

Pédopsychiatre 1 : « Qu'est ce qui peut être amélioré ? Peut-être les horaires, le temps des consultations... »,

Pédopsychiatre 2 : « Des petits flash, peut-être de petites formations de pédopsychiatrie. Par exemple chez un autiste : ce qui peut interpeler, comment affiner l'observation ? »,

Pédopsychiatre 1 : « ça pourrait être des EPU, les Enseignements Post Universitaires d'expliquer les missions de la PMI. Il faut faire des piqûres de rappel, il ne faut pas le faire qu'une fois. Oui, qu'on ait des formations communes. La formation qu'on a fait ensemble avec Mr D. c'était d'une richesse extraordinaire. On a eu aussi une formation commune autour de tout ce qui était transculturel. C'est toujours enrichissant que chacun apporte son regard mais est-ce que l'on a encore les moyens de formations communes ? »,

Pédopsychiatre 1 : « Il y a eu une exposition ambulante avec des photos, des actions transversales : ce sont des choses que les pédiatres libéraux ne peuvent pas faire... Ça peut faire partie des choses qui peuvent être améliorées. Organiser des choses avec d'autres partenaires ou créer une expo qui pourrait aller dans les écoles »,

Pédopsychiatre 2 : « On ne connaît pas assez les actions de la PMI : je pense que les médecins libéraux ne [les] connaissent pas assez. Il n'y a pas de structures un petit peu intermédiaire pour déjà observer mieux, ça n'existe pas en libéral. Est-ce qu'il y a des pédiatres en libéral qui pensent à dire qu'il y a des enfants qui pourraient bénéficier des groupes en CMS, ça je n'en sais rien »,

Pédopsychiatre 1 : « Oui ça c'est fort possible, ils ne pensent pas que ce soit un lieu recours ? Nous un petit peu plus parce qu'on travaille proche... Par exemple, les groupes d'éveil peuvent être intéressants quand on ne sent pas les enfants prêts mais j'imagine que les pédiatres, les médecins généralistes, ils ne savent pas... Pourtant, il doit y avoir des plaquettes... »,

vi. *Professionnel de CAMPS :*

Un médecin du CAMPS de Meurthe et Moselle a accepté de participer à l'enquête. L'entretien réalisé dans les locaux de ce CAMPS a duré 17 minutes et comporte 2433 mots.

Elle explique le rôle du CAMPS de la façon suivante :

« Notre rôle au CAMPS c'est bien sûr en première intention de recevoir les familles. On a un rôle important de prescription de bilans, de mise en place de rééducation et aussi de coordonner ce qui est extrêmement important. Les enfants ont bien sûr souvent une prise en charge au CHU, des prises en charge médicales importantes et chronophages.

Et puis après, on a un rôle très important dans la socialisation des enfants, l'anticipation quand il y a des difficultés et puis après l'école...

Et puis bien sûr nos liens avec la MDPH pour tout ce qui est administratif et les demandes particulières. ».

Elle a une brève expérience de quelques remplacements dans des consultations de PMI de région parisienne dont elle garde un bon souvenir :

« J'ai travaillé en PMI très peu, dans le cadre de remplacements à Paris. J'ai fait des consultations en PMI. Ça m'est arrivé et j'ai beaucoup aimé ça. C'était il y a longtemps. Ça fait bientôt 20 ans. ».

○ **Les usagers des consultations infantiles du service de PMI :**

Pour la participante, les consultations de PMI sont destinées à tous les enfants et en particulier ceux qui ont du mal à consulter un pédiatre pour des raisons pratiques :

« Je pense que c'est le droit commun et que ce n'est pas suffisamment su. En même temps la PMI a des moyens restreints comme tout le monde Je me dis qu'effectivement des familles précaires peuvent [ainsi] bénéficier d'un suivi d'une équipe, avec des visites à domicile. Donc c'est vrai que j'aurai peut-être tendance à dire qu'il faut concentrer les efforts sur ces familles qui en ont besoin. Parce que la pédiatrie libérale, c'est très bien mais pour les gens qui ont du mal à se déplacer, c'est plus compliqué. Donc c'est du droit commun mais en même temps, on dit que si les efforts doivent se concentrer sur les familles suivies en anténatal, ce ne sont pas toutes les familles. Ça demande beaucoup de temps. ».

○ **Les attentes des usagers :**

Pour cette professionnelle, les usagers attendent un suivi de qualité, accessible financièrement et à proximité. Parfois, c'est se soumettre au suivi par méfiance vis-à-vis des services sociaux et vis à vis du risque de placement des enfants :

« Les parents attendent un suivi de qualité. Qu'il y ait un aspect financier, ça peut aussi favoriser [les consultations]. Ça c'est la population générale. C'est vrai qu'on a aussi des familles qui ont des suivis PMI en cas de maltraitance, des mesures administratives et qui ont une vision un peu plus négative de la PMI parce que finalement ils voient le risque d'un placement, d'un signalement. Quand les familles arrivent au CAMPS par le biais de la PMI, ils n'ont pas tous les mêmes inquiétudes. C'est vrai que l'on essaie de maintenir l'alliance thérapeutique que l'on peut avoir et que l'on a tendance à laisser à la PMI le mauvais rôle de signalement. »

Elle perçoit une évolution nette des attentes des jeunes parents vers plus de conseils et de guidance que leurs aînés :

« Je les sens de plus en plus perdus... Mais, vraiment ! Il n'y a plus de modèles, il n'y a peut-être plus la grand-mère. Les grands-mères travaillent donc elles sont peut-être moins présentes. Ils ont tellement d'informations qu'ils ne savent plus quoi en faire. On a l'impression qu'il manque le mode d'emploi et [cela] quel que soit le milieu. Même les propositions de jeux ou les choses qui peuvent être relativement actuelles. Ils attendent beaucoup des professionnels, qu'on leur donne un peu le mode d'emploi. Je crois qu'ils sont un peu démunis quel que soit le milieu. Et ils sont peut-être plus isolés. Donc ils ont vraiment besoin d'une guidance.

Ils ont plein de compétences mais ils ne se font pas confiance parce que l'on a tellement de documents et tellement d'informations...Ils sont un peu perdus et du coup, ils oublient d'écouter leur propre instinct. Ça m'impressionne vraiment. Je crois que je me posais beaucoup moins de questions. C'est très étonnant.».

Plusieurs attentes sont spécifiques aux consultations de PMI : la proximité, la gratuité, la possibilité de suivi à domicile, le travail d'équipe :

«Une équipe, la proximité, le fait de visites à domicile sont des avantages considérables. Je pense que c'est une structure mal connue alors que c'est impressionnant.

La PMI est à la proximité des familles. A la maternité, à l'hôpital, vous savez bien que l'on ne va pas au domicile des gens. ».

○ **Les relations avec les professionnels de PMI :**

Elle décrit les liens du CAMPS et du centre médicosocial de PMI comme un partenariat fort :

« Très ténus parce que beaucoup d'enfants nous arrivent justement par le biais des médecins de PMI qui sont très vigilants sur les anomalies de développement et qui

nous adressent [les enfants] parce qu'ils nous connaissent. Je crois qu'on est tout à fait lisible pour les professionnels avec lesquels on a beaucoup de contact. On a beaucoup d'enfants qui nous sont adressés par les médecins qui voient les enfants en PMI : soit dans le cadre de consultations de CMS, soit aussi dans les bilans qu'ils font à l'école maternelle. Donc, on a beaucoup de liens.

Et il y a aussi des liens parce qu'on a des suivis en commun. On voit des enfants en parallèle. Souvent quand on sent que la prise en charge est difficile, on s'appuie beaucoup sur la PMI et puis après on fait des synthèses communes pour certaines situations compliquées. Donc on a de bons partenariats avec la PMI. ».

○ **Les points forts et les points faibles des consultations de PMI :**

Pour la participante, le reproche principal des usagers est la connotation négative des consultations qui gêne les familles favorisées ou certaines familles qui ont fait l'objet d'une procédure de protection des enfants :

« C'est vrai que les parents qui ont déjà eu des enfants placés ont une certaine méfiance vis-à-vis de la PMI. Ils ne veulent plus entendre parler de la PMI quand il y a eu un signalement, qu'il s'est passé des choses...

C'est vrai que de temps en temps, il y a des familles qui pensent que la PMI c'est pour une certaine population. Je crois que cette idée est véhiculée dans notre société : familles précaires, vulnérables. On sent bien qu'il y a des familles aisées qui disent : je ne vois pas ce que je viens faire à la PMI ».

Les points positifs rapportés par les usagers sont la proximité, la réunion des compétences de plusieurs professionnels au sein d'une même consultation, et la possibilité d'un suivi à domicile :

« Le fait qu'il y ait plusieurs [professionnels], avoir accès à une puéricultrice, une puéricultrice, une pédiatre... Ça se complète bien... C'est une équipe. On ne va pas poser les mêmes questions. Je pense que les familles s'y retrouvent. ».

○ **Ce que le médecin de CAMPS souhaite voir améliorer:**

La participante émet le souhait d'une plus grande implication des professionnels de PMI en maternité et d'une meilleure articulation entre les professionnels de santé impliqués dans le suivi des jeunes enfants :

« Je me dis qu'il faut que les maternités s'ouvrent de façon tout à fait informative aux structures de PMI et que l'on pense avec elles. On a vraiment des progrès à faire pour que les maternités accueillent les professionnelles de PMI. Je pense que tout cela doit se passer autour de la maternité dans la mesure où 99% des naissances s'y passent. Donc c'est quand même un bon endroit pour faire du lien. C'est vrai qu'à la maternité pour les mamans qui viennent d'accoucher il y a un avant et un après. Il y a des

sages-femmes qui suivent des situations en anténatal pour que l'on puisse faire le lien, anticiper la naissance et le suivi après. Il faut que tout le monde sache les orientations à prendre. Je pense que la puéricultrice de PMI a toute sa place. Il y a un relais qui doit se faire et le relais pour moi, ce sont les puéricultrices de PMI.

Dans mes fonctions au CAMPS, je me rends compte que c'est crucial de croiser les regards, on n'a pas la même vision des familles et on n'a pas les mêmes éléments et il faut vraiment les croiser à un moment. Parce que les familles en difficultés jouent très bien du fait qu'il n'y ait pas de lien entre professionnels. On peut raconter tout ce que l'on veut si on ne décroche pas le téléphone et que l'on ne se rencontre pas. »,

« Je pense que cet outil n'est pas suffisamment connu. On est très cloisonné. Je pense que l'on a tous besoin de se rencontrer parce que décroisonner c'est aussi créer du lien. C'est nécessaire, c'est favorable aux familles et aux enfants mais en même temps à l'heure de la T2A c'est compliqué de faire de la coordination. En général il ne s'agit pas de multiplier les intervenants mais au contraire d'avoir un fil rouge. Je vois tout ce que peut faire une puéricultrice de PMI avec des visites dans des groupes d'éveil C'est incroyable et il faut qu'on s'appuie sur cet outil. »,

Elle souligne la nécessité d'améliorer la connaissance de la PMI par les usagers mais aussi par les professionnels de santé :

« Ca sort complètement du sujet mais lorsque j'ai envisagé d'aller travailler à la PMI mes collègues m'ont tous dit : qu'est-ce qui te prend ? On a vraiment l'impression que d'aller faire de la PMI c'est aller faire un métier inintéressant. Certainement parce que c'est mal connu pour quelqu'un qui a fait des études en Centre Hospitalo-Universitaire.

Consulter en PMI : je pense que c'est de droit commun et que ce n'est pas suffisamment su. »,

- b. Analyse synthétique : corrélation des attentes des usagers aux représentations des professionnels

Les usagers des consultations infantiles et leurs attentes corrélées aux représentations des professionnels :

Les usagers interrogés appartiennent à tous types de catégories socioprofessionnelles mais principalement des familles défavorisées. Il existe une plus grande mixité sociale dans le centre rural que dans le centre urbain. Les usagers ont découvert la consultation infantile du service de PMI par le biais de professionnels de PMI dans 8 cas sur 16, généralement la puéricultrice durant période périnatale mais aussi l'assistante sociale ou la sage-femme du centre médico-social [Figures 6, 7]. Les habitudes de suivi familiales sont citées à 6 reprises, les professionnels des services de maternité ont été cités par 5 parents et le bouche à oreille par 1 maman. Aucun n'est adressé par le pédiatre ou le médecin traitant.

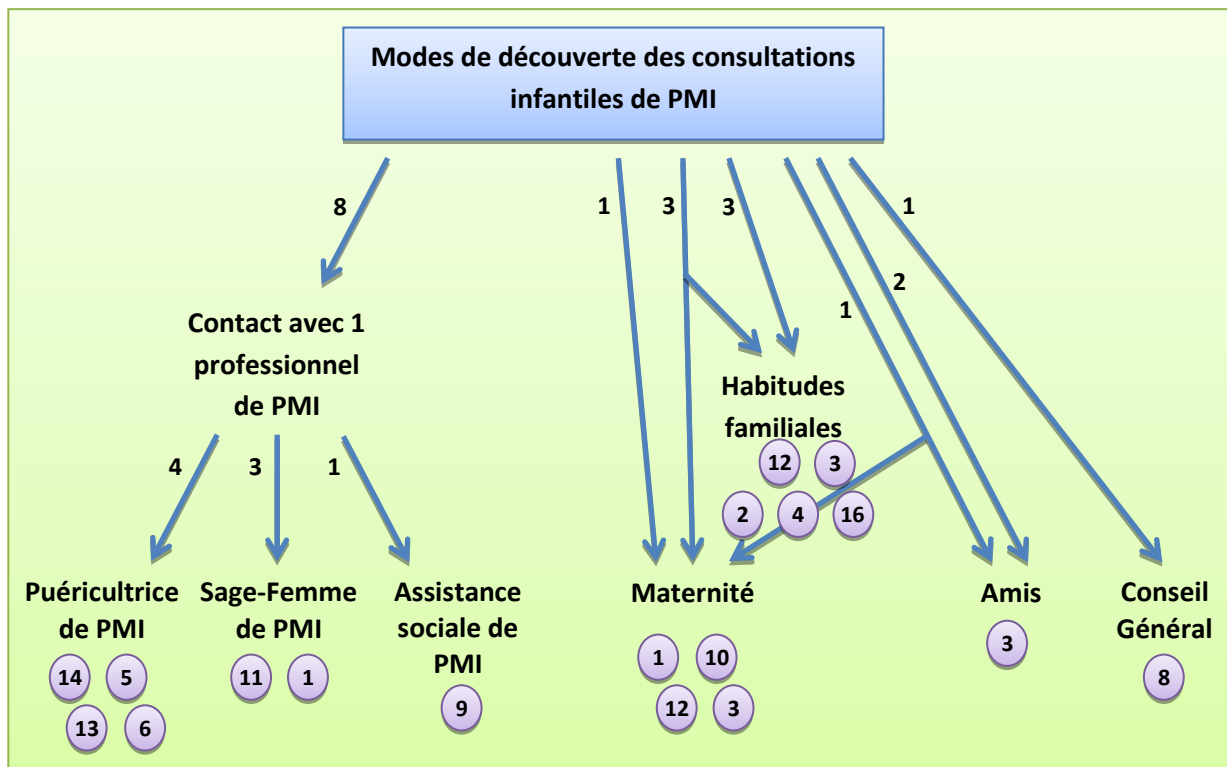


Figure 6 : Modes de découverte des consultations infantiles de PMI.

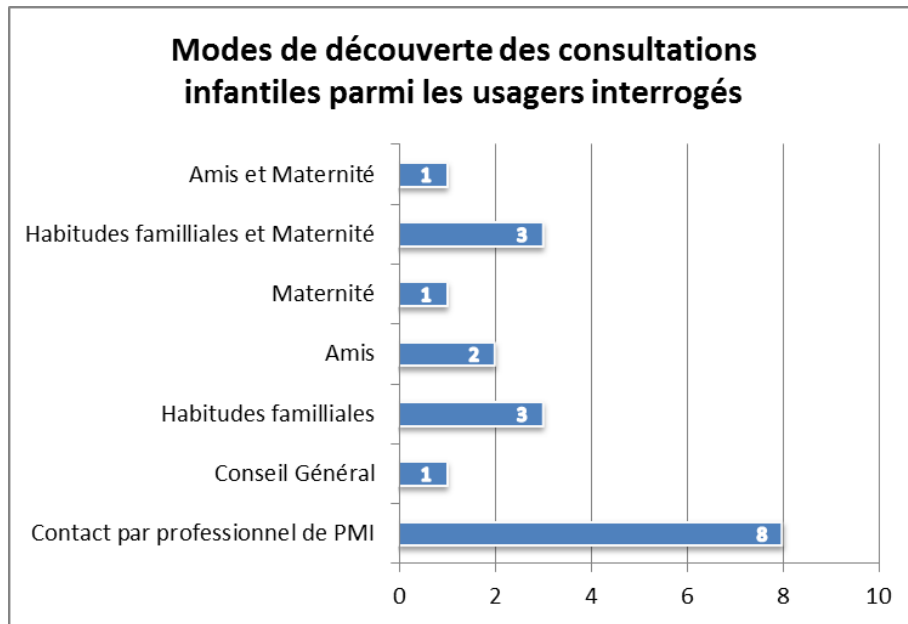


Figure 7 : Modes de découverte des consultations infantiles de PMI.

Les attentes des usagers mises en évidence par les entretiens sont un suivi de la santé et du développement des enfants pour 15 parents, un temps d'écoute et de conseils pour 13 parents, une réassurance et une guidance parentale pour 6 participants [Figure 8]. Une des mamans qui a une activité professionnelle et qui appartient à une catégorie socioprofessionnelle supérieure précise son désarroi face à la masse d'informations disponibles. Les autres demandes des usagers sont un regard spécialisé sur le développement de l'enfant dans 3 cas, une aide pratique ou matérielle dans 2 cas, la réalisation des vaccinations pour 2 participants et la recherche de lien social pour 1 parent.

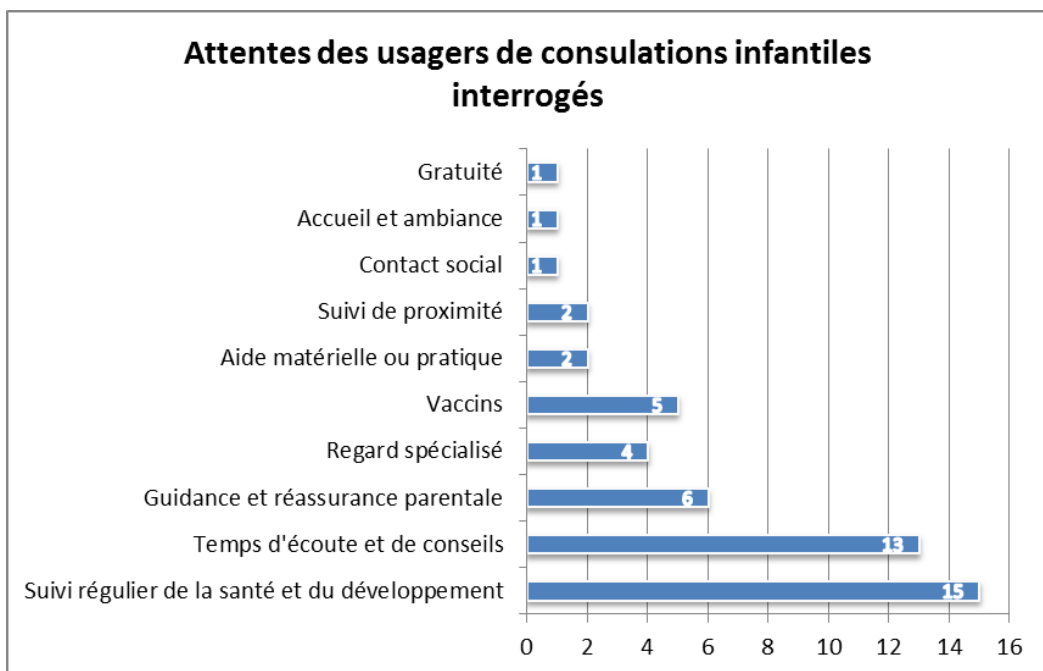


Figure 8 : Attentes des usagers de consultations infantiles.

Les points forts relevés par les usagers sont : l'écoute et le temps accordés en consultation pour 11 participants, un soutien et une guidance parentale pour 4 parents, un regard spécialisé pour 7 parents, l'ambiance et la qualité de l'accueil pour 9 parents. D'autres sont cités : la continuité et la personnalisation du suivi pour 4 participants, le nombre de professionnels pour une maman, la facilitation du lien social pour 1 parent [Figure 9].

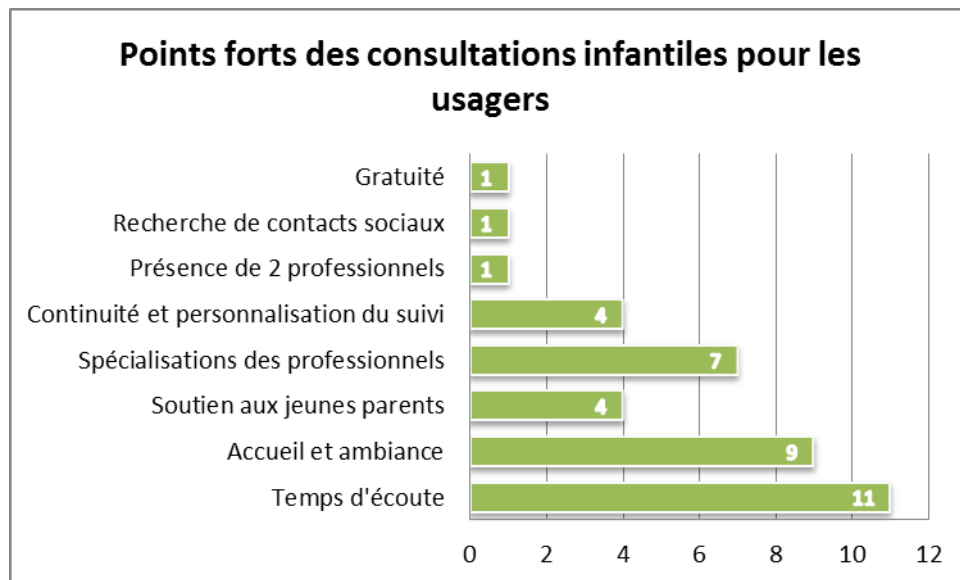


Figure 9 : Les points forts des consultations infantiles selon les usagers.

Les points faibles relevés dans les entretiens sont les suivants : le nombre et les horaires des consultations incompatibles avec une activité professionnelle pour 2 mamans, les difficultés de reporter les consultations en cas d'empêchement pour 2 mamans, l'organisation des lieux pour 1 maman [Figure 10]. L'engorgement des consultations est cité par une maman.

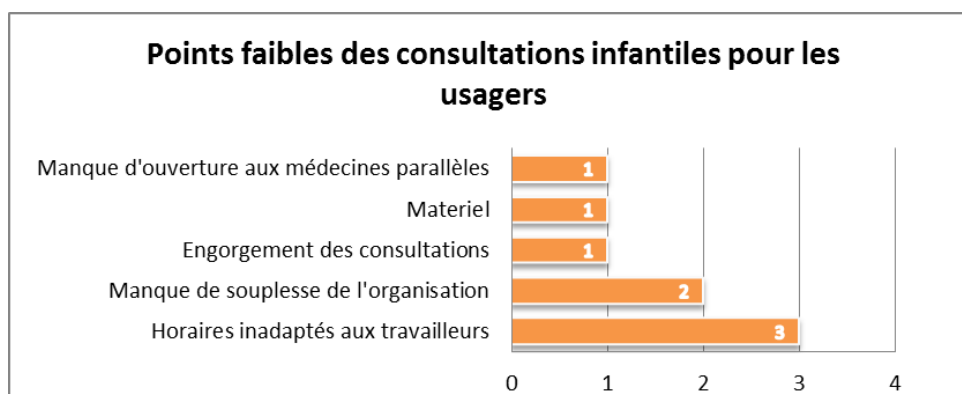


Figure 10 : Points faibles des consultations infantiles pour les usagers.

Corrélation des attentes des usagers aux représentations des professionnels de santé [Tableau 3]

Les usagers de consultations infantiles et leurs attentes face aux représentations des professionnels de PMI :

Les usagers qui ont participé à l'enquête appartiennent à différentes catégories sociales. Il existait une représentation plus importante de familles défavorisées dans le centre urbain et une plus grande mixité sociale dans le centre rural avec 4 mères actives sur 10.

Les puéricultrices et les médecins de PMI n'ont pas exprimé leurs représentations des usagers de la même manière. Pour les puéricultrices, les consultations sont fréquentées par toutes les catégories socioprofessionnelles sans distinction. Les médecins de PMI évoquent une mixité sociale avec une plus forte représentation de catégories socioprofessionnelles défavorisées notamment en raison des horaires des consultations et de leur gratuité ce qui est plus proche de la description des usagers rencontrés durant l'enquête.

Tous les types d'accompagnateurs de l'enfant et les modes de découverte des consultations de PMI cités par les usagers, ont été nommés par les professionnels de PMI. Les professionnels ont ajouté que les enfants usagers sont parfois accompagnés de pères seuls et que la découverte de la consultation infantile peut aussi être spontanée, lorsque le nouveau-né est adressé par le pédiatre avant 15 jours de vie, suite à l'engorgement des cabinets de ville, par l'école ou suite à un bilan en école maternelle.

Concernant les attentes, les représentations des professionnels de PMI sont superposables aux réponses des usagers. Les puéricultrices évoquent en plus le cas particulier des parents toxicomanes. Ce type de parents n'a pas été rencontré durant l'enquête. Les médecins de PMI ont cité quelques attentes supplémentaires: l'absence d'attente de certains usagers voire un suivi par obligation ou une solution face à l'engorgement des cabinets de ville.

Concernant l'appréciation des consultations, les professionnels de PMI ont cité les mêmes points forts que les usagers sauf un point. La souplesse dans l'organisation des rendez-vous et le report des consultations était vue comme un atout par les professionnels mais s'est révélée être un sujet de mécontentement pour les usagers.

Les professionnels de PMI pensent que les usagers sont gênés par la connotation négative des consultations de PMI mais elle n'a pas été mise en évidence auprès des parents interrogés. Le temps d'attente est considéré comme une cause de mécontentement par les puéricultrices et les médecins mais ce problème n'a été cité que par une maman et concernait les consultations de PMI d'un autre département.

Les usagers de consultations infantiles et leurs attentes face aux médecins généralistes :

Les médecins généralistes interrogés ont des représentations légèrement différentes les uns des autres du public usager des consultations infantiles. Pour 1 médecin, les consultations sont destinées à tous les enfants mais principalement aux enfants de moins de 2 ans qui ne sont pas suivis par un pédiatre. Pour 2 médecins, les consultations sont fréquentées par tous mais principalement par des familles défavorisées.

Pour eux, les attentes des usagers se résument au suivi de la santé et du développement ce qui est effectivement le cas pour les 15 usagers interrogés mais pas exclusivement.

Concernant l'appréciation des consultations infantiles par les usagers, les médecins de ce groupe ne peuvent répondre. Ils n'ont pas eu de retour négatif sur les consultations infantiles.

Les usagers de consultations infantiles et leurs attentes face aux représentations des pédiatres :

Un seul pédiatre a une expérience des consultations infantiles. Il pense que les consultations infantiles sont fréquentées par tous mais plus souvent par des familles défavorisées ou en attente de couverture sociale.

Les 3 autres pédiatres disent ne pas connaître les usagers ni leurs attentes par manque d'expérience professionnelle des consultations infantiles et l'absence de formation universitaire ou post universitaire spécifique. Pour le pédiatre 2, les consultations sont destinées aux enfants qui ne sont pas suivis par un pédiatre pour une raison de pénurie de pédiatres ou aux familles défavorisées. Pour le pédiatre 3, les usagers sont des familles défavorisées ou qui habitent à proximité du centre médico-social. Ces réponses correspondent partiellement à la description des usagers rencontrés. La pédiatre 4 pense que les consultations sont fréquentées par sentiment d'obligation après un démarchage par les professionnels de PMI ou les services sociaux. Si les prises de contact par les professionnels de PMI ont été citées par les usagers comme un des modes de découverte des consultations infantiles, aucune notion de contrainte ni d'obligation n'a été retrouvée parmi les parents usagers interrogés.

Concernant les attentes, 3 pédiatres citent le regard spécialisé des professionnels de PMI sur le développement de l'enfant, la gratuité et la proximité des consultations ce qui correspond aux réponses de 8 usagers. Pour la pédiatre 4, l'attente principale est la conservation des prestations familiales, ce qui n'a pas été cité par les usagers.

Concernant l'appréciation des consultations, le pédiatre 1 distingue les deux points faibles suivants : un manque de crédibilité des médecins d'institutions en général et la connotation négative des consultations de PMI. Ces résultats n'ont pas été mis en évidence dans les propos des usagers. Les 3 derniers pédiatres n'ont pas connaissance de l'appréciation des consultations infantiles par les parents.

Les usagers de consultations infantiles et leurs attentes face aux représentations des professionnels du CMP :

Les 2 médecins de ce groupe n'ont pas défini précisément les usagers des consultations infantiles mais elles évoquent des parents et des enfants en demande de guidance parentale. Une seule pédopsychiatre a une expérience brève des consultations infantiles.

Pour elles, les attentes sont principalement le suivi de la santé et du développement de l'enfant comme il est proposé en cabinet de pédiatrie auquel s'associe une attente de guidance et de réassurance parentale. C'est ce que nous avons retrouvés chez certains usagers interrogés.

Les médecins de ce groupe n'ont pas eu connaissance de l'appréciation des consultations infantiles par les usagers en général sauf d'un motif de mécontentement : la connotation péjorative du suivi en PMI. C'est un problème pour des familles favorisées mais aussi pour des familles qui ont déjà fait l'objet de mesure de protection des enfants par les services sociaux ou par la justice et qui se disent alors gênés de la proximité de la PMI avec ces instances.

Les usagers de consultations infantiles et leurs attentes face aux représentations d'un professionnel du CAMPS :

Pour le pédiatre de ce groupe, qui a une brève expérience de consultations infantiles dans un autre département, les consultations sont ouvertes à tous mais elles sont fréquentées plutôt par les familles défavorisées ou qui habitent à proximité. Cette sélection peut s'expliquer en partie par un défaut d'information sur les possibilités de suivi.

Pour elle, les usagers attendent un suivi de qualité par une équipe de professionnels avec la possibilité d'un suivi personnalisé à domicile et qui laisse de la place à la guidance parentale. Elle met en évidence une évolution en ce qui concerne les attentes des parents déboussolés face à la masse d'informations disponibles. Ces résultats sont proches de ceux découverts auprès des usagers.

Selon elle, les parents sont satisfaits de la présence de 2 professionnels de PMI en consultation. Par contre, la connotation négative est au premier plan du mécontentement des parents usagers.

	Usagers	Professionnels de PMI	Médecins généralistes	Pédiatres	CMP	CAMPS
Suivi régulier de la santé et du développement	x	x	x	x	x	x
Temps d'écoute et de conseil	x	x		x	x	
Guidance et réassurance parentale	x	x		x	x	x
Regard spécialisé	x	x				
Vaccination	x	x				
Aide pratique ou matérielle	x	x	x			
Suivi de proximité	x	x				x
Contact social	x	x				
Accueil et ambiance	x	x	x			
Gratuité	x	x				
Par sentiment d'obligation		x		x		
Par engorgement des consultations libérales		x				
Multiplicité des professionnels	x	x		x	x	x

Tableau 6 : Les attentes des usagers face aux représentations des professionnels de santé

V. Discussion

L'enquête réalisée autour des consultations infantiles du service de PMI de Meurthe et Moselle permet de décrire les attentes de 19 usagers d'un centre urbain et d'un centre rural. Les attentes mises en évidence sont celles d'un suivi spécialisé de la santé et du développement de l'enfant, accessible, laissant une place importante au temps à l'échange et à la guidance parentale avec la possibilité de recevoir une aide pratique ou matérielle si nécessaire. Les attentes des usagers sont bien appréhendées par les professionnels de PMI qui y répondent en tenant compte de chacun et de l'évolution des demandes notamment des jeunes parents. Les représentations des professionnels de santé ambulatoires interrogés apparaissent justes mais tronquées pour ceux qui n'avaient aucune expérience professionnelle des consultations infantiles de PMI. Les professionnels de santé ambulatoire reconnaissent spontanément une certaine méconnaissance des consultations infantiles de PMI en raison de l'absence de stage pratique ou d'enseignement théorique spécifique universitaire ou postuniversitaire.

Les usagers se disent satisfaits des consultations infantiles de PMI qui répondent globalement bien à leurs attentes et présentent certains avantages en matière de temps, d'écoute, de réassurance et de guidance parentale.

Les relations entre les professionnels de PMI et les professionnels de santé ambulatoires ont été jugées insuffisantes par tous les professionnels de santé sauf par les professionnels de CMP et de CAMPS avec lesquels les relations de travail sont plus étroites. Dans chaque groupe, le point faible principal est la connotation négative du suivi en PMI qui est dénoncée par les familles favorisées et les familles qui ont connu une mesure de placement. L'enquête a mis en évidence de rares considérations extrêmes vis-à-vis de la concurrence que représentent les consultations de PMI pour certains professionnels de santé ambulatoires et qu'il est intéressant de connaître.

Les souhaits d'amélioration qui se dégagent de l'enquête auprès des usagers concernent l'accessibilité des consultations en termes d'horaire, de plage de consultations et de report des rendez-vous pour les travailleurs ainsi que le renouvellement du matériel vétuste.

Les professionnels de santé ambulatoires sont en attente de contacts plus fréquents avec les professionnels de PMI par le biais du carnet de santé, de courriers informatifs ou de formations spécialisées au sein du réseau des professionnels de santé ambulatoires. Une demande de soutien dans la réalisation des dépistages sensoriels a été évoquée.

En sollicitant le point de vue de 46 personnes, usagers et professionnels de santé, cette enquête qualitative apporte un large panorama des attentes des usagers des consultations infantiles, des représentations des professionnels et de leur appréciation. Les témoignages des parents et des professionnels de santé contenus dans ce travail contribuent à souligner et à faire connaître la valeur ajoutée des consultations infantiles de PMI en montrant les atouts qu'elles représentent pour le suivi de la santé et du développement des enfants qui

ne sont peut-être pas suffisamment connus de tous. Sur les 16 entretiens des usagers, certaines réponses reviennent très fréquemment. L'épuisement de certains thèmes témoigne de la représentativité des résultats obtenus.

Néanmoins plusieurs limites doivent nuancer les résultats obtenus. La puissance de notre étude est limitée par sa nature qualitative et par la faiblesse des effectifs interrogés. C'est la limite principale de ce travail: le faible effectif de chaque groupe de professionnels ne permet pas d'extrapoler les résultats à la population générale. Ce fait était accepté avant de débiter l'enquête: il ne s'agissait pas de réaliser une enquête d'opinion mais de recueillir un maximum de points de vue différents sur les attentes des usagers des consultations infantiles de PMI.

Un biais de mesure peut être mis en cause pour 2 entretiens. La méthodologie de recueil a été adaptée pour 2 professionnels de santé ambulatoires, interrogés par téléphone en raison de difficultés de transport. Les résultats de ces entretiens ont été inclus mais leur analyse doit être nuancée car la variation de la méthode de recueil qui a pu influencer le participant.

Il existe un biais d'intervention pour les entretiens des usagers qui ont tous été interrogés au sein des centres médico-sociaux. En effet, il ne s'agit pas d'un lieu neutre à cause de la proximité des professionnels de PMI mais en contrepartie l'enquête a été facilement acceptée par les parents ce qui n'aurait peut-être pas été le cas si elle avait eu lieu par téléphone ou à l'extérieur du centre médico-social. L'impact de ce biais doit donc être nuancé.

D'autre part, ce travail n'explore que les points de vue des parents qui consultent en PMI. Si leur opinion des consultations infantiles est globalement favorable, elle doit être nuancée par l'absence de point de vue adverse des parents qui ont choisi un autre suivi ou qui ne consultent plus en PMI. La plupart des professionnels de santé ambulatoires évoquent le problème d'une connotation négative des consultations de PMI. Cela n'a pas été mis en évidence par l'enquête probablement en raison d'un biais de sélection mais cela serait intéressant à explorer dans un travail complémentaire.

D'autres auteurs se sont intéressés à la description des attentes des usagers des consultations infantiles de PMI par une enquête qualitative de plus grande puissance qui permet une analyse statistique précise.

En 2007, Serge Fanello et son équipe réalise une double enquête qualitative auprès des usagers et des professionnels de PMI de la Sarthe pour déterminer les motifs de consultations des usagers et les besoins auxquels répondent ou non les consultations infantiles de la Sarthe^[47].

Son travail portait sur 135 usagers de 5 centres de consultations. Les zones géographiques étudiées comportaient un secteur urbain à logements sociaux, un secteur urbain à logements de qualité, un secteur périurbain, un secteur semi-rural et un secteur rural. Cette stratification apportait une bonne représentativité de la population interrogée ce qui

n'a pu être réalisé dans notre enquête. Les usagers sont majoritairement des ouvriers dans 39% des cas, des professions intermédiaires dans 31,4% des cas, des employés dans 17,4% des cas, des professions intellectuelles supérieures dans 10,5% des cas, des agriculteurs dans 3,5% des cas, des artisans dans 1,2% des cas. Par contre, aucune mention n'est faite d'usagers sans profession alors qu'ils représentent près de la moitié des usagers de notre étude.

Les modes de découverte des consultations de PMI sont les courriers du Conseil Général dans 35,8% des cas, les amis dans 30,6% des cas, la maternité dans 20,1% des cas puis le suivi de grossesse en PMI (8,2%), le médecin traitant (6%), l'information personnelle (4,5%), le travail (4,5%) et la préparation à l'accouchement (1,5%). Ces résultats sont sensiblement différents des résultats obtenus dans notre travail qui montre une prédominance de découverte des consultations infantiles par le biais d'un professionnel de PMI, en particulier la puéricultrice de PMI, une plus forte influence de la famille et au contraire l'absence d'adressage par les médecins généralistes.

Dans la Sarthe, les motivations des usagers à consulter sont l'ambiance (66%), le cadre adapté à l'enfant (59%), le regard spécialisé sur le développement de l'enfant (54%) et la gratuité (42%). Or, nous avons mis en évidence un certain nombre d'autres attentes, apparues spontanément dans les verbatim des usagers et qui occupaient une place importante: le suivi de la santé et du développement de l'enfant en première intention, le temps d'écoute, la guidance et la réassurance parentale, la personnalisation et la continuité du suivi, l'aide matérielle, la création de liens entre les parents et les enfants.

105 professionnels de PMI de la Sarthe, 22% de médecins et 78% de puéricultrices, sont interrogés par des questionnaires. Les réponses concernant les motivations des parents à consulter sont les suivantes: l'écoute (80%), la disponibilité (47%), l'accueil spécialisé (18%), un lieu d'échange (18%) et la gratuité (11%). 67% des professionnels percevaient une évolution des attentes des parents vers plus de social et moins de médical. Les relations avec les médecins généralistes ont été jugées insuffisantes par 2/3 des professionnels. Ce fait est expliqué par la méconnaissance des missions de la PMI et par l'existence d'une certaine rivalité.

Nous avons mis en évidence un certain nombre d'attentes parmi les représentations des professionnels de PMI de Meurthe et Moselle qui n'ont pas été recherchées dans cette étude. Notre travail apporte également une ouverture aux points de vue extérieurs des professionnels de santé ambulatoires qui a permis de mettre en évidence une connotation négative du suivi PMI auprès de certaines familles.

En 2012, Pierre Suesser publie dans son ouvrage *Quelle PMI pour demain ?* le travail du sociologue Philippe Moisset sur les différents usages qui sont fait des consultations infantiles de PMI à Paris. Il repose sur une étude réalisée en 2005 commanditée par la PMI de Paris pour répondre au ressenti d'un changement dans les demandes des usagers par les professionnels de PMI. Cette étude repose sur 1000 questionnaires en face à face, posés aux usagers d'un échantillon de 30 centres de consultations de PMI ^[5].

Les différents usages qui sont fait des consultations de PMI de Paris sont les suivants : par aiguillage pour 1/5, pour la gratuité pour 1/10, puis pour l'écoute et les conseils. L'originalité de son étude est d'avoir distingué les motivations des usagers, l'intensité des échanges avec les professionnels et la satisfaction des usagers vis-à-vis des réponses obtenues selon la catégorie socioprofessionnelle des usagers. En effet, les motivations à consulter sont différentes : les catégories de parents sans profession ou d'origine étrangère ont plus souvent répondu « parce que c'est là qu'on nous a dit d'aller » témoignant d'une sorte de canalisation sociale. La gratuité du suivi est citée plus fréquemment par les mères employées ou ouvrières ce qui reflète la contrainte financière que représente la médecine de ville pour ces familles. Les mères cadres ou de profession intermédiaire citent plus fréquemment l'intérêt de la pesée et du contact avec les professionnels de PMI pour l'écoute et les conseils et moins fréquemment le suivi médical. Pour l'auteur, ce constat s'explique par le fait que ces mères soient en transition entre plusieurs univers de normes pédiatriques qui induisent une perplexité, des doutes et donc une plus grande demande d'écoute et de conseils.

L'intensité des échanges entre les professionnels de PMI et les usagers sont étudiés. Les résultats montrent que les échanges sont plus nombreux et plus riches avec les mères de catégories socioprofessionnelles supérieures. Les usagers de catégorie moyenne dont les échanges sont les moins riches avec les professionnels de PMI se disent insatisfaites des réponses obtenues qu'elles jugent insuffisamment longues et incomplètes. Pour l'auteur : « Ce fait signale potentiellement de la part des professionnelles une différence d'attitude qui contredit la dimension universaliste de l'action de la PMI. » ^[5].

En 2012, Marie Emmanuelle Schumpp et son équipe réalise une enquête sur le public des consultations de nourrissons de la ville de Strasbourg. Ce travail montre que les consultations répondent à un besoin de prévention globale et qu'elles jouent un rôle important dans la prévention des inégalités sociales et territoriales de santé grâce à son accessibilité financière et géographique ^[48].

Contrairement à notre étude, ce travail comporte une analyse complète des caractéristiques sociodémographiques des usagers des consultations infantiles de nourrissons. Concernant la couverture sociale des usagers, 37% n'ont pas de mutuelle complémentaire et pour lesquels il resterait une part à payer en cabinet de ville ou à la pharmacie. 49% bénéficient d'une assurance et d'une complémentaire santé. 14% des familles ne bénéficient d'aucun régime social effectif. Dans 40,7% des cas, aucun des deux parents ne travaille. Dans 10,8% des cas, ce sont les deux parents qui travaillent. Dans 47,7% des cas, un seul parent travaille : la mère dans 6,2% des cas et le père dans 41,5% des cas. Cette information n'est pas disponible dans 0,8%.

Parmi les catégories socioprofessionnelles des usagers : la proportion des ouvriers-employés est de 53,6%, les autres professions représentent 19,5% et 25% sont sans formation. Le parent accompagnateur est la mère dans 78,8% des cas.

Les motifs de recours sont étudiés par questionnaires : 44% des usagers répondent un lieu de compétence, 25% la proximité géographique, 14% l'argument économique et 18%

l'aiguillage par les services sociaux. Les attentes des usagers sont le suivi dans 71% des cas, l'éducation à la santé dans 49% des cas, une prise en charge thérapeutique dans 13% des cas.

L'hypothèse que l'on peut avancer pour expliquer les variations importantes des résultats de ces trois enquêtes avec ceux de notre travail est qu'il existe une perception différente des consultations infantiles dans ces départements. Les fonctionnements des services de PMI sont en effet totalement indépendants les uns des autres en raison de leur décentralisation. La politique de communication des services de PMI avec les usagers et les professionnels est propre à chaque service.

La deuxième hypothèse porte sur la différence de méthode employée pour réaliser l'enquête. Celle de l'équipe de la Sarthe repose sur des questions fermées qui comportent le risque d'un biais de sélection des réponses et d'un défaut de représentativité des opinions. C'est pour éviter ce biais que notre choix s'est porté sur la technique des entretiens de groupe et des entretiens individuels. Les résultats de l'enquête menée dans le Bas Rhin sont ceux qui se rapprochent le plus des nôtres. La méthodologie de notre travail permet de compléter ces résultats par la mise en lumière de certaines attentes peu fréquentes mais réelles des usagers comme la recherche de lien social, d'un temps d'écoute ou d'une continuité de suivi.

Le travail de thèse du sociologue C. Farnarier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique*, explore la configuration des consultations de PMI par la réalisation d'entretiens auprès de 41 professionnels de PMI et d'une vingtaine de familles dans le département des Bouches-du-Rhône ^[49]. Il met en évidence que cette configuration spécifique des consultations, par son articulation du médical et du social, permet d'établir une relation de confiance avec les usagers à 4 niveaux : intra-personnel, interpersonnel, intra-institutionnel et interinstitutionnel. Son travail montre que les professionnels des consultations infantiles s'attachent à l'adéquation entre les besoins exprimés par les familles, les ressources dont elles disposent et les propositions avancées par les intervenants au travers des modes de communication, en tenant compte des caractéristiques particulières des usagers et en évitant l'opposition directe. Cette confiance et cette politique de consultation sont les bases de la réussite des missions de prévention des consultations de PMI. Ce regard sociologique sur les consultations infantiles conforte et explique les résultats que nous avons obtenus par la corrélation des attentes des usagers aux représentations des professionnels de PMI.

Les usagers que nous avons interrogés étaient de catégories socio-professionnelles variées mais souvent plutôt défavorisées. Les entretiens mettent en évidence une méconnaissance générale des consultations de PMI avec parfois une connotation négative et une accessibilité limitée aux parents qui ont une activité professionnelle. Les consultations de PMI se veulent pourtant universelles et accessibles à tous. Durant les entretiens, les professionnels de PMI regrettent ce constat et évoquent plusieurs solutions d'amélioration à explorer. Par exemple, un changement de lieu de consultations en dehors du centre médico-social, permettrait de lutter contre la mauvaise image du centre de PMI

et d'apporter une dynamique nouvelle. Le rattachement à un centre de santé pourrait faciliter le lien avec les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge curative des pathologies de l'enfant. Il sera prochainement expérimenté pour une consultation du département.

Pour les professionnels de PMI, la promotion de la santé et du développement de l'enfant gagnerait à bénéficier d'un cadre de référence national pour mieux définir la place des professionnels de santé dans le dispositif de PMI, à améliorer leur formation et l'information du public sur les modalités et les possibilités de suivi. Les consultations infantiles pourraient être ainsi considérées non plus comme un concurrent mais comme un soutien possible pour les professionnels de santé dans la réalisation des dépistages spécialisés et du suivi du développement des enfants lorsque c'est nécessaire, comme une structure permettant un temps d'observation de l'enfant lorsqu'il existe un trouble du développement ou permettant d'assurer le lien vers les services sociaux pour les familles qui en ont besoin.

VI. Conclusion

Les consultations infantiles de Meurthe et Moselle répondent aux attentes des usagers en assurant une offre de suivi spécialisé du développement et de la santé des enfants de 0 à 6 ans qui laisse de la place au temps, à l'échange, à la guidance parentale et permet de s'adapter à chacun et de recevoir une aide pratique et matérielle si nécessaire.

Ces attentes sont bien perçues par les professionnelles de PMI qui s'attachent à adapter la réponse aux usagers.

Une enquête statistique de plus grande puissance permettrait d'affiner l'étude de la perception des consultations infantiles de PMI dans la population de Meurthe et Moselle en interrogeant les usagers qui ne consultent pas ou ne consultent plus en PMI et en recrutant un plus grand nombre de professionnels de santé ambulatoires.

Si les consultations de PMI sont vécues comme une concurrence par certains, elles sont globalement peu connues des professionnels de santé ambulatoires interrogés qui n'en n'avaient pas fait l'expérience professionnelle car la consultation de PMI ne fait pas partie systématiquement de la formation pratique initiale ni l'objet d'un enseignement théorique universitaire ou postuniversitaire.

La lutte contre la connotation négative des consultations de PMI et la méconnaissance des atouts que représentent les consultations de PMI pour les usagers et la pratique des professionnels de santé pourraient être des pistes de réflexion pour optimiser l'utilisation des consultations de PMI dans le champ du suivi médico-social des enfants en Meurthe et Moselle.

VII. Annexes

Annexe 1 : Calendrier vaccinal 2012

3. Calendrier vaccinal 2012. Tableaux synoptiques 3.1 Tableau des vaccinations recommandées chez les enfants et les adolescents en 2012

	Vaccins contre	Nais- sance	2 mois	3 mois	4 mois	12 mois	16-18 mois	2 ans	6 ans	11-13 ans	14 ans	16-18 ans
Recommandations générales	Diphtérie (D), Tétanos (T)		DT Polio	DT Polio	DT Polio		DT Polio		DT ¹ Polio	DT Polio		dt ² Polio
	Poliovirgène inactivé (Polio)											
	Coqueluche acellulaire (Ca)		Ca	Ca	Ca		Ca			Ca		
	<i>Haemophilus influenzae b</i> (Hib)		Hib	Hib	Hib		Hib					
	Hépatite B (Hep B)		Hep B		Hep B		Hep B					
	Méningocoque C (vaccin conjugué)							1 dose				
Rattrapage	Pneumocoque (Pn conj)		Pn ³ conj		Pn conj	Pn conj 1 ^{re} dose (à 9 mois si collectivité)						
	Rougeole (R) Oreillons (O) Rubéole (R)						2 ^{me} dose entre 13 et 24 mois (de 12 à 15 mois si collectivité)					
	Papillomavirus humains (HPV)										3 doses selon le schéma 0, 1 ou 2 mois, 6 mois (filles)	
	Coqueluche acellulaire (Ca)											1 dose dTcaPolio ⁴ si non vacciné à 11- 13 ans
	Hépatite B							3 doses selon le schéma 0, 1, 6 mois ou 2 doses selon le schéma 0, 6 mois ⁵ , de 11 à 15 ans révolus				
	Méningocoque C (vaccin conjugué)										1 dose ⁶	3 doses selon le schéma 0, 1 ou 2, 6 mois (jeunes filles de 15 à 18 ans) ⁷
Populations particulières et à risque	Papillomavirus humains (HPV)											
	R O R								2 doses à au moins 1 mois d'intervalle si pas de vaccin antérieur ; 1 dose si une seule dose vaccinale antérieure			
	BCG		1 dose recommandée dès la naissance si enfant à risque élevé de tuberculose ⁸									
	Grippe							1 dose annuelle si personne à risque ⁹ , à partir de l'âge de 6 mois				
	Hépatite A							2 doses selon le schéma 0, 6 mois si exposition à des risques particuliers ¹⁰ , à partir d'1 an				
	Hépatite B	Nouveau-né de mère Ag HBs positif ¹¹ 3 doses selon le schéma 0, 1, 6 mois										3 doses selon le schéma 0, 1, 6 mois si risques ¹²
Populations particulières et à risque	Méningocoque C (vaccin conjugué)							1 dose ou 2 doses (plus rappel) selon l'âge, si exposition à un risque particulier ¹³				
	Méningocoque ACYW135								1 dose si présence de facteurs de risque particuliers ¹⁴			
	Pneumocoque			Si risque ¹⁵ : 1 dose de Pn conj à 2, 3 et 4 mois				Si risque entre 24 à 59 mois ¹⁶ et non vaccinés antérieure- ment : 2 doses de Pn conj et 1 dose de Pneumo 23				Si risque à partir de 5 ans ¹⁷ : 1 dose de Pneumo 23. Utilité de la revaccination en cours de réévaluation par le HCSP.
	Varicelle							2 doses ¹⁸ selon un schéma dépendant du vaccin utilisé, chez des enfants au contact de personnes à risque ou candidats à une greffe				2 doses chez adolescents ¹⁹ de 12 à 18 ans sans antécé- dent et sérologie négative (sérologie facultative)

Nota bene : les vaccins indiqués sur fond rose existent sous forme combinée.

Annexe 2 : Courrier aux usagers des consultations



Enquête autour de la consultation : « Que représente pour vous la consultation de PMI ? »

Vous fréquentez la consultation infantile depuis longtemps ?

Au contraire, vous venez pour la première fois ?

Vous avez apprécié ce moment où vous souhaitez l'améliorer ?

Votre avis nous intéresse... Discutons-en quelques minutes lors de la prochaine consultation.

Les consultations infantiles sont importantes dans la prise en charge des enfants de moins de 6 ans car elles sont un lieu d'écoute et de dialogue autour du développement de vos enfants... Pour pouvoir expliquer, maintenir et améliorer ces consultations, il est important pour nous de recueillir votre témoignage.

Les principaux thèmes abordés seront :

- Comment avez-vous eu connaissance de la consultation ?
- Que vous apporte la consultation infantile dans votre vie de famille ?
- Si la consultation infantile disparaissait ou n'était plus remboursée, que feriez-vous ?
- Qu'est-ce qui vous plaît à la consultation ?
- Que souhaitez-vous voir améliorer ?

Dans l'attente de vous rencontrer, veuillez agréer Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

Annexe 3 : Grille d'entretien du groupe 1 ; les usagers des consultations infantiles du service de PMI :

Introduction :

Bonjour, je suis une interne de pédiatrie du CHU de Nancy et je voudrai discuter avec vous des consultations infantiles de PMI pour mieux comprendre ce que les consultations vous apportent, ce qui vous plaît et ce qui vous plaît moins et peut-être apporter des améliorations si c'est possible.

Je vais vous poser quelques questions simples pendant cinq minutes avant et après la consultation.

L'entretien sera enregistré au magnétophone afin de pouvoir travailler le résultat de l'entretien mais vos propos sont anonymes et ne sont utilisés que pour ce travail.

1 er temps avant la consultation :

- 1) Êtes-vous d'accord pour l'enregistrement des réponses ?
- 2) Depuis quand consultez-vous en PMI ?
- 3) Pour essayer de mieux vous connaître, pouvez-vous me dire quel est l'âge de l'enfant pour lequel vous consultez aujourd'hui ? avez-vous d'autres enfants ?
- 4) Et vous, quel âge avez-vous ? est-ce que vous travaillez et dans quel domaine ? Avez-vous fait des études ? Lesquelles ?
- 5) Qu'est-ce qui vous a fait découvrir la consultation de PMI la première fois ?
- 6) Est-ce que vous pouvez m'expliquer pourquoi vous venez à la consultation de PMI ?
- 7) Qu'est-ce que vous attendez lorsque vous venez consulter ?
- 8) Qu'est-ce qui vous plaît dans la consultation ? (Concernant le délai de prise de rendez-vous, l'attente, l'écoute et la qualité des réponses, le matériel et locaux, l'horaire des rendez-vous)
- 9) Qu'est-ce qui vous plaît moins ? Que changeriez-vous ?

Annexe 4 : Courrier aux professionnels de PMI

Tomblaine le 28 novembre 2012

Mesdames et Messieurs les Professionnels de la consultation infantile de PMI de Meurthe et Moselle,

Interne de Pédiatrie, j'ai découvert le service de PMI de Meurthe et Moselle lors de mon internat. La spécificité des consultations infantiles auxquelles j'ai pu participer m'a beaucoup intéressée et je souhaiterais souligner la valeur ajoutée qu'elles apportent au suivi des jeunes enfants du département à l'occasion de mon travail de thèse. Plusieurs études récentes se sont attachées à décrire statistiquement les motifs de consultations des usagers de la consultation infantile telles que celles de S. Fanello dans la Sarthe. Afin d'identifier de façon plus précise les attentes auxquelles répondent ces consultations, il serait intéressant de compléter les résultats obtenus par une enquête de terrain auprès des professionnels et des parents usagers des consultations infantiles.

Pour obtenir une vision d'ensemble de ces besoins de santé, il serait nécessaire de recueillir le témoignage de parents usagers de la consultation par des entretiens individuels ainsi que votre expérience sous forme d'un débat convivial que nous proposons d'organiser le jeudi 06 décembre 2012 à 10h45.

Les principaux thèmes proposés seront :

- 1) Qu'est-ce qui vous motive à participer aux consultations infantiles ?
- 2) Pour vous à qui s'adresse-t-on ?
- 3) Pour quelles raisons les parents viennent consulter ?
- 4) Selon vous, qu'est-ce qu'elle apporte de façon spécifique par rapport à une autre consultation de suivi ?
- 5) Si ces consultations infantiles disparaissaient, quelles seraient les conséquences ?
- 6) Les parents vous ont-ils fait part de leur satisfaction concernant les consultations infantiles ? A quel propos ? A l'inverse, se sont-ils déjà plaints ? De quoi ?
- 7) Que changeriez-vous des consultations infantiles ?

Le débat sera enregistré afin de pouvoir travailler et mettre en valeur les idées évoquées mais les propos seront anonymes. Un compte rendu vous sera adressé à la suite du travail de thèse.

Dans l'attente de vous rencontrer, veuillez agréer l'expression de mes sincères salutations

Annexe 5 : Grille d'entretien aux professionnels de PMI

Accueil

« Bonjour à toutes, je suis une interne de pédiatrie du CHU de Nancy et je viens vous solliciter pour un travail de thèse sur le thème des consultations infantiles de PMI en Meurthe et Moselle.

Le stage d'internat que j'ai réalisé dans votre service m'a permis de comprendre l'intérêt de ces consultations pour la prévention et le suivi médico-social des enfants de moins de 6 ans et m'a donné envie de souligner la valeur ajoutée de cet outil de prévention qui n'est peut-être pas suffisamment connu.

Différentes études françaises récentes ont cherché à décrire les motifs de consultations en interrogeant les usagers et les professionnels par des questionnaires. Le résultat est intéressant à titre informatif mais ne laisse pas beaucoup de place aux suggestions inattendues à la bonne compréhension des attentes des participants ce qui constitue un biais pour l'interprétation des résultats.

Pour essayer de décrire plus précisément les attentes des usagers de vos consultations de PMI, je voudrais vous soumettre différentes questions et que chacun(e) puisse donner son avis.

Le débat est enregistré sur magnétophone pour permettre un travail des idées évoquées mais vos propos sont anonymes. L'enregistrement ne sera utilisé que dans le cadre de ce travail. Je suis accompagnée d'un confrère chargé du rôle de script et qui va noter le déroulement de l'entretien.»

Autorisation d'enregistrement audio et retranscription

« Avant de commencer, j'ai besoin de recueillir votre accord pour l'enregistrement et la retranscription des propos qui seront évoqués aujourd'hui. Est-ce que vous l'acceptez ? »

« Si vous le voulez bien, nous allons passer aux questions. Tout d'abord, est ce que chacun peut se présenter et expliquer son expérience et sa fonction au sein de la consultation de PMI en quelques mots ? »

Entretien

- 1) Pour vous à qui s'adressent ces consultations ?
- 2) Pour quelles raisons pensez-vous que les enfants et les parents viennent consulter ?
- 3) Concernant ces raisons avez-vous perçu un changement depuis le début de votre exercice en consultation infantile ? En quoi ?
- 4) Selon vous, qu'est-ce que cette consultation apporte de façon spécifique par rapport à une autre consultation de suivi ?
- 5) Pensez-vous que ces consultations sont indispensables au suivi des jeunes enfants ? Pourquoi ? Si ces consultations infantiles disparaissaient, que se passerait-il selon vous ?
- 6) Avez-vous l'impression de bien répondre aux attentes que vous percevez ? Pourquoi ?
- 7) Les parents vous ont-ils fait part de leur satisfaction concernant les consultations infantiles ? A quel propos ? A l'inverse, se sont-ils déjà plaints ? De quoi ?
- 8) Que changeriez-vous des consultations infantiles ?

Fin de la Séance :

« Je vous remercie très sincèrement pour la qualité de vos réponses.

Ce travail fera l'objet d'une thèse dont le résultat vous sera adressé dans les semaines à venir. »

Annexe 6 : Courrier adressé aux professionnels de santé ambulatoires sollicités

Madame, Monsieur,

Interne de pédiatrie au CHU de Nancy, je vous ai sollicité il y a quelques jours pour une enquête portant sur les consultations infantiles du service de PMI, réalisée en partenariat avec le service de PMI de Meurthe et Moselle. Voici quelques précisions pour vous renseigner sur le but de ce travail qui fera l'objet d'une thèse de pédiatrie, intitulée « Analyse des attentes des usagers de consultations du service de PMI. Sont-elles corrélées avec les représentations des professionnels de santé ? »

Le dispositif de protection de la santé maternelle et infantile permet un suivi systématique important des enfants de moins de six ans au moyen de consultations préventives régulières qui peuvent être réalisées en libéral ou en centre de PMI.

Mon travail s'attache à caractériser la place des consultations proposées par le service de PMI dans le paysage de l'offre de soins.

Y a-t-il une spécificité, quels sont ses apports, ses limites et les articulations trouvées avec les autres contributeurs : médecins généralistes, pédiatres ? Quelles sont les représentations et les attentes des autres acteurs du soin en leur direction ?

Je réalise une enquête qualitative durant les mois de décembre 2012 et de janvier 2013 auprès des usagers des consultations de PMI, des professionnels de PMI et aussi auprès des autres professionnels de santé concernés : médecins généralistes et pédiatres, professionnels de Maternité, de CAMPS et CMP, tous impliqués dans le suivi médicosocial des enfants de moins de 6 ans. Elle se déroulera par entretiens de groupe ou entretien individuel afin de recueillir les différents points de vue.

L'entretien dure quinze à vingt minutes. Il abordera les thèmes suivants :

- *Avez-vous déjà participé à des consultations du service de PMI ?*
- *Selon votre avis, à qui s'adressent-elles ?*
- *D'après votre expérience, quelles sont les attentes des parents qui viennent y consulter ?*
- *Dans votre pratique actuelle de prise en charge des jeunes enfants, qu'apportent-elles aux enfants et aux familles ?*
- *Avez-vous des liens avec les médecins ou les puéricultrices qui les assurent ?*
- *Avez-vous des retours positifs ou négatifs des parents que vous suivez et qui consultent aussi en PMI ? Qu'est ce qui leur plait ? Au contraire ont-ils des insatisfactions et lesquelles ?*
- *Voyez-vous des améliorations à apporter à ces consultations ? Si oui lesquelles ?*

Il sera enregistré pour me permettre l'exploitation des idées dans le seul cadre de ce travail et restera strictement confidentiel et anonyme

Dans l'attente de vous rencontrer, je vous adresse mes salutations respectueuses.

Annexe 7 : Grille d'entretien pour enquête auprès des professionnels du suivi ambulatoires

Aux professionnels du CAMPS et CMP : pouvez-vous décrire votre rôle dans la prise en charge des enfants ?

- 1) **Avez-vous une expérience des consultations du service de PMI ?**
- 2) **Pour vous, à qui s'adressent les consultations de PMI ?**
- 3) **Quels sont les attentes des parents qui viennent vous consulter**
- 4) **Existe-t-il une spécificité des attentes en consultation de PMI ?**
- 5) **Avez-vous des liens avec les médecins ou les puéricultrices de PMI de votre secteur ?**
- 6) **Avez-vous des retours positifs ou négatifs des parents qui consultent en PMI sur ces consultations ?**
- 7) **Est-ce que vous voyez des choses à améliorer à propos de ces consultations ?**

VIII. Références

- [1] Dekeuwer-Defossez F., Les Droits de l'Enfant, Que Sais-je ? N°852, Presses universitaires de France, Février 2009.
- [2] Harcourt C., Fontanel B., L'épopée des bébés, Edition de la Martinière, 1999.
- [3] Hassani A., Letoret A., Morellec J., Protection Maternelle et Infantile : De la promotion de la santé à la protection de l'enfance, Paris, Ed Berger-Levrault, Nov 2009, Vol 1, 502p.
- [4] Thiaudière C., La protection maternelle et Infantile : politique de santé publique et spécialisation médicale, Strasbourg Regards sociologiques, 1991, p23-24.
- [5] Rollet-Echallier C., La politique à l'égard de la petite enfance sous la Troisième République, Paris : INED-PUF, 1990, 593p.
- [6] Suesser P., Quelle PMI demain ? (1ère édition), Toulouse : Edition ères, 2012. N°126, 256 p.
- [7] Jourdain-Menninger D. et al, Etude sur la protection maternelle et infantile en France, Rapport de synthèse IGAS, Nov. 2006, N° RM2006-163P.
- [8] Circulaire n°4/83 du 16 mars 1983, Orientation du service départemental de protection maternel et infantile
- [9] Colombo M.C., Quelle « PMI » au service de la santé de la famille, de la mère et de l'enfant, Diversité 170, octobre 2012, p 133- 138.
- [10] Ministère de la Santé, Evaluation du plan périnatalité 2005-2007, Rapport final, Planète Publique, Paris, Mai 2010, 145p.
- [11] Plan périnatalité 2005-2007 : Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité, 10 Novembre 2004.
- [12] Loi n°2007-293 du 05 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, JORF n°55 du 6 mars 2007 p 4215.
- [13] Colombo M.C., La PMI à l'épreuve de la loi de du 5 Mars 2007, XXXVème colloque SNMPMI, Novembre 2009, p. 61-70.
- [14] OMS, santé et bien-être social Canada, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé vers une nouvelle santé publique 17 novembre au 21 novembre 1986. Ottawa.
- [15] Collet M., Les Certificats de santé aux 8 ème jour, 9ème mois et 24ème mois, DRESS, Document de travail, novembre 2010.
- [16] Bourgueil A. et al, Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle Zélande, Question d'économie de la santé n°141, Avril 2009, p.1-6.
- [17] Worms F. et al, La philosophie du soin, Paris, Presses universitaires de France, 1ère édition, 2010, 316p.
- [18] Code de santé publique, art. L.2112-2.
- [19] Bourrillon A., Pédiatrie, 6ème édition, Paris, Masson, 2008, p.160-162.
- [20] Barot D., Les certificats de santé : un outil pour l'action, Arch. de pédiatrie, Vol 12, N°6, juin 2005, p 747-749.
- [21] Conseil Général de Meurthe et Moselle : La santé de la mère et de l'enfant en 2010, 2011, 28p.

- [22] HAS, Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de vingt-huit jours à six ans destinés aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires, sept 2005.
- [23] Alla F., Guillemin F et al., Diagnostic of value of ERTL4 : a screening test of language disorders in 4-year-old children, Arch Ped, 1998 Oct, 5/101;1082-8.
- [24] Roy B., Collaboration médecins-orthophonistes pour le dépistage et la prise en charge précoce de troubles du langage, Entretiens de Bichat, Paris, Sept. 1996, p.99-103.
- [25] Colombo M.C., Le dépistage des troubles du langage lors du bilan en école maternelle réalisés dans les services de PMI, L'orthophoniste N°271, Septembre 2007, p15-17.
- [26] Sommelet D., L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé, Forum Sauvegardes, oct. 2007.
- [27] Rapport de l'IGAS, Etude sur la protection maternelle et infantile en France, RM n°2006-163p, Novembre 2006, 50p.
- [28] Compte rendu de l'audition des pédiatres au ministère de la santé ONPDS, nov. 2009, 10p.
- [29] Expertises opérationnelles : La santé des enfants et des adolescents propositions pour la préserver, Paris 2009, éditions INSERM, 2ème édition, 187 p.
- [30] Rollet C., Les carnets de santé des enfants, La dispute, Collection Corps, Santé et Société, Paris 2008, 293p.
- [31] Helfer C., PMI : une approche relationnelle du soin, ASH N°2701, Mars 2011.
- [32] De Singly F., Protection et insécurité, XXXVème Colloque SNMPMI, Novembre 2009, p. 19-23.
- [33] Colombo M.C., La PMI n'est plus identifiée comme élément structurant d'une politique de santé publique, TSA Hebdo, 13 Juillet 2007, N°1123, p23-24.
- [34] Rapport de l'inspection générale des affaires sociales : Les inégalités sociales de santé dans l'enfance, Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant, RM 2011-065P.
- [35] The EPIPAGE Study Group, Lancet 2008, 371: 813-820.
- [36] HAS, Autisme et Troubles envahissants du développement : Etat des connaissances, Janvier 2010, 4p.
- [37] Briançon S. et al., PRALIMAP: Study high school-based, factorial cluster randomized interventional trial of three overweight and obesity prevention strategies, Trials, Dec 2010, 11:119. Doi : 10.1186/1745-6215-11-119.
- [38] Institut de veille sanitaire : Prévalence et incidence du diabète, mortalité liée au diabète en France, Novembre 2010.
- [39] Delmas MC. Et al, Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France, Arch de Pédiatr. 2009 ; 16 :1261-9.
- [40] Lacour B., Incidence des cancers de l'enfant en France : données des registres pédiatrique entre 2000-2004, BEH : p49-50.
- [41] Guthmann JP. et al, Mesure de la couverture vaccinale en France : sources et données actuelles, Saint Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2012, 4p.

- [42] Chardon O., 2,8 millions d'enfants vivent dans une famille monoparentale, INSEE PREMIERE, N°1195, juin 2008.
- [43] Vivas E., 1,2 millions d'enfants de moins de 18 ans vivent dans une famille recomposée, INSEE PREMIERE, N°1259, Octobre 2009.
- [44] Giampino S., Notre société oublie que les petits sont des petits, Diversité 170, octobre 2012, p7- 12.
- [45] Blanchet A., Gotman A., L'enquête et ses méthodes : l'entretien, 2ème édition refondue, Paris : Armand Colin, 2012.-128, 126p.
- [46] Moreau A., Dedienne MC., Letrilliart L et al., S'approprier la méthode du focus group, revue du prat., Médecine Générale, Mars 2004, Tome 18, N° 645, p 382-384.
- [47] Fanello S., Hassani A, Meunier B, Dagorne C et Parot E., Consultation infantile des nourrissons en PMI : enquête auprès des usagers et des professionnels d'un département français, Société française de santé publique, 2007 /1, N°19, p 9-18.
- [48] Schumpp M.E. et al, Quel public pour les consultations infantiles de nourrissons de PMI, CNFPT, 2012.
- [49] Farnarier C., Les dimensions sociales d'une politique de santé publique, Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales, Septembre 2011, 424p.

IX. Résumé

Depuis l'ordonnance du 2 Novembre 1945, le dispositif de Protection Maternelle et Infantile repose sur les professionnels de santé impliqués dans le suivi de la périnatalité à la fin de la petite enfance et le service départemental de PMI avec l'objectif de promouvoir la santé et le développement. Les enjeux de cet outil de prévention évoluent. La place et les apports des consultations infantiles de PMI méritent d'être étudiés. Cette enquête qualitative permet de décrire par des entretiens individuels et collectifs les attentes de 19 usagers de consultation rurale et urbaine et le positionnement de 35 professionnels de santé de PMI et de ville. Elle montre que les usagers sont le plus souvent des enfants de moins de 3 ans accompagnés de leurs parents, généralement la maman. Ils attendent un suivi spécialisé de la santé et du développement, accessible et qui laisse une grande place au temps, à l'échange, à la guidance parentale et apporte une aide matérielle ou pratique si nécessaire. Si les attentes semblent bien discernées par les professionnels de PMI qui cherchent à y répondre, elles sont moins connues des professionnels de santé ambulatoires qui n'en n'ont pas l'expérience professionnelle car elle ne fait partie de la formation pratique initiale ni d'un enseignement théorique universitaire ou postuniversitaire. La lutte contre la connotation négative du suivi en PMI et la méconnaissance des apports des consultations infantiles pourraient être des pistes de réflexions pour optimiser l'utilisation des consultations infantiles dans le champ du suivi médico-social de Meurthe et Moselle.

VU

NANCY, le **12 mars 2013**

Le Président de Thèse

NANCY, le **14 mars 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur S. SCHWEITZER

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6095

NANCY, le 25/03/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Depuis l'ordonnance du 2 Novembre 1945, le dispositif de Protection Maternelle et Infantile repose sur les professionnels de santé impliqués dans le suivi de la périnatalité à la fin de la petite enfance et le service départemental de PMI avec l'objectif de promouvoir la santé et le développement. Les enjeux de cet outil de prévention évoluent. La place et les apports des consultations infantiles de PMI méritent d'être étudiés. Cette enquête qualitative permet de décrire par des entretiens individuels et collectifs les attentes de 19 usagers de consultation rurale et urbaine et le positionnement de 27 professionnels de santé de PMI et de ville. Elle montre que les usagers sont le plus souvent des enfants de moins de 3 ans accompagnés de leurs parents, généralement la maman. Ils attendent un suivi spécialisé de la santé et du développement, accessible et qui laisse une grande place au temps, à l'échange, à la guidance parentale et apporte une aide matérielle ou pratique si nécessaire. Si les attentes semblent bien discernées par les professionnels de PMI qui cherchent à y répondre, elles sont moins connues des professionnels de santé ambulatoires qui n'en n'ont pas l'expérience professionnelle car elle ne fait partie de la formation pratique initiale ni d'un enseignement théorique universitaire ou postuniversitaire. La lutte contre la connotation négative du suivi en PMI et la méconnaissance des apports des consultations infantiles pourraient être des pistes de réflexions pour optimiser l'utilisation des consultations infantiles dans le champ du suivi médico-social en Meurthe et Moselle.

TITRE EN ANGLAIS

Description of the expectations of the users of the consultations of the medical child health care unit in the Meurthe et Moselle department. Are they correlated with the subjective ideas of the health care professions?

THESE : MEDECINE SPECIALISEE – ANNEE 2013

MOTS CLES: Consultations infantiles, Protection Maternelle et Infantiles, Attentes, Représentations.

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
