

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2017

N° 059

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Claire BRETONNIÈRE

Née le 21/09/1988 à Soyaux

Présentée et soutenue publiquement le mardi 13 Juin 2017

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

Président : Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN

Directeur de thèse : Docteur Élodie COSSET

COMPOSITION DU JURY

Présidente du jury :

Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN

Membres du jury :

Madame le MCU-PH Élise LAUNAY

Monsieur le MCU associé Cyrille VARTANIAN

Madame le Docteur Edwige VERDON

Madame le Docteur Élodie COSSET

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Gras-Le Guen, Pédiatre, Réanimateur et Professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Nantes. Merci de me faire l'honneur de présider mon jury et de l'attention que vous portez à mon travail.

A Madame le Docteur Elise Launay, Pédiatre Infectiologue au CHU de Nantes et Maître de conférences à la Faculté de Médecine de l'Université de Nantes. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de l'attention portée à mon travail.

A Monsieur le Docteur Cyrille Vartanian, Médecin généraliste. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de cet encadrement lors de notre formation théorique durant ces trois années d'internat.

A Madame le Docteur Edwige Verdon, Médecin directeur de la PMI. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et pour tout ce que vous m'avez apporté lors de mon stage en PMI.

A Madame le Docteur Elodie Cosset, Médecin généraliste. Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et ainsi de me lancer dans cette expérience : l'encadrement de thèse. Merci pour ces six mois de stage inoubliables, expérience si précieuse, au cours de laquelle j'ai pu grandir et m'enrichir de tes conseils.

A Monsieur le Docteur Jean-Paul Canevet. Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail dès le début, merci pour vos précieux conseils et pour votre aide tout au long de l'élaboration de ce travail jusqu'aux relectures ; ils ont été fondamentaux.

Aux maîtres de stages qui m'ont accompagnée lors de mon cursus en Vendée : Docteur Vallais Joyeau, Docteur Bedue, Docteur Vincent, Docteur Metaireau, Docteur Guyon, aux médecins de l'hôpital des Sables d'Olonne. Merci de m'avoir tant apporté pendant ces trois ans de stage, de m'avoir encouragée et donné goût à la médecine générale, de m'avoir fait découvrir des modes d'exercices différents et passionnants.

Aux Docteur Hardy et Docteur Aran, maîtres de stage en PMI. Merci de m'avoir fait découvrir ce qui m'était jusqu'alors inconnu : la PMI. Cette expérience m'a permis d'apprendre énormément et d'avoir une vision plus enrichie en santé préventive de l'enfant. Merci de m'avoir permis de réaliser cette thèse.

A tous les autres médecins rencontrés au cours de mon internat, et à tous les personnels paramédicaux qui m'ont appris et tant apporté durant ma formation.

Aux médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire. Merci d'avoir pris de votre temps pour ce travail.

A Adrien, merci d'être là chaque jour, pour ton écoute et ton amour. Merci pour ton aide précieuse et ta patience dans ce travail de rédaction.

A mes parents, merci pour tout ce que vous êtes, tout ce que vous avez su m'apporter et m'apprendre au fil des années. C'est grâce à vous que je suis docteur aujourd'hui !

A mes frères. Pierre Antoine, un grand frère en or, merci pour tout ce que tu m'apportes. Merci pour ces « skypes statistiques » qui m'ont sauvé la vie ! Arnaud, merci pour tout ce que tu es, je suis si fière et si heureuse que tu aies suivi toi aussi cette voie passionnante qu'est la médecine! Bientôt à toi de jouer, futur neurologue ! Hubert, merci pour cette complicité qui m'est si chère. Merci pour ton aide précieuse pour ces fameux « khi-2 » !

A Anne-Sophie et Christophe, merci de m'avoir donné envie de faire de la médecine en me donnant l'image d'une famille de médecins, épanouie, entreprenante, et toujours disponible !

Aux globes trotteurs, de Limoges aux quatre coins de la France, notre amitié perdue, à quand nos prochains week-end retrouvailles ?

A Pauline, de notre première année, jusqu'à aujourd'hui aux Sables d'Olonne, merci pour tout ce que tu es, tous ces moments inoubliables qui forgent cette amitié qui m'est si chère, et si précieuse au quotidien ! Merci pour ces « debriefs thèses » et tes relectures !

A Chloé, Gégé, Maïté, Amandine, du Sénégal à Madagascar, tant d'expériences qui nous ont rapprochées... détermination, bonne humeur, écoute, merci pour tout ce que vous m'apportez.

A Béranger, de la P1 à l'internat, équipe gagnante ! Merci pour tous les moments partagés, que cette amitié perdue.

Aux totys : Ann'So, depuis la Colombie, merci pour tes attentions et ton sourire qui font que notre amitié est si forte. Ann'cha, de Limoges à Toulouse puis Paris, merci pour ta bonne humeur, ta « relax attitude », et tout ce que tu es et qui forge notre amitié. Laure, merci pour ta gentillesse incomparable, tes conseils et ta clairvoyance qui font de toi une amie tellement précieuse.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	8
INTRODUCTION	9
1. La protection maternelle infantile	9
1.1 Historique.....	9
1.2 La loi du 5 Mars 2007 ; réforme de la protection de l'enfant.....	11
1.3 Les missions de la PMI	12
1.4 Organisation de la PMI en Vendée	13
2. Le médecin généraliste	15
2.1 Définition française et européenne et ses missions	15
2.2 Rôles auprès des jeunes enfants et des femmes enceintes	16
2.3 Evolution démographique et état des lieux en Vendée.....	17
3. Problématique de l'étude	18
MATÉRIEL ET MÉTHODE	20
1. Type d'étude	20
2. Réalisation du questionnaire	20
3. Recrutement des sujets	21
4. Recueil des données	21
5. Analyse des données	21
RÉSULTATS.....	22
1. Réponses au questionnaire.....	22
Partie 1 : caractéristiques des médecins généralistes répondants	22
Partie 2.1 : Recours à la PMI	24
Partie 2.2 : Concernant les échanges passés ou potentiels avec la PMI.....	26
Partie 3 : En pratique	27
2. Résultats croisés selon les hypothèses	29
2.1 Concurrence entre les médecins de PMI et les médecins généralistes.....	29
2.2 Méconnaissance physique des interlocuteurs de la PMI.....	30
2.3 Échanges et interactions avec la PMI chronophages.....	31
2.4 Il est peu aisé de joindre un membre de la PMI	32
2.5 Connotation répressive de la PMI.....	33

2.6 Relations avec la PMI limitées aux cas de maltraitance/ précarité	34
2.7 Manque de retour d'information de la part de la PMI	35
2.8 Méconnaissance des missions de la PMI	35
2.9 Données sociodémographiques.....	37
DISCUSSION	39
1. Les principaux résultats	39
1.1 Profil des répondants.....	39
1.2 Analyse des résultats selon les hypothèses	40
2. Forces et faiblesses de l'étude.....	47
2.1 Les forces	47
2.2 Les limites.....	47
3. Choix méthodologiques	48
3.1 Choix du type d'étude.....	48
3.2 Réalisation du questionnaire	48
3.3 Choix du questionnaire papier auto-administré.....	49
3.4 Lieu de l'étude.....	49
3.5 Inclusion des sujets	49
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE.....	52
ANNEXES	56
RÉSUMÉ.....	62

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CPEF: Centre de Planification et d'Education Familiale

CMU : Couverture Maladie Universelle

DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : Information Préoccupante

MAM : Maison d'Assistants Maternels

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

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

INTRODUCTION

Le médecin généraliste a été placé au cœur du système de santé par la loi d'août 2004 (1). Son rôle est d'assurer la coordination des soins entre tous les acteurs de santé locaux intervenant auprès du patient.

La conjoncture actuelle en matière de démographie médicale renforce cette place centrale. En effet, la féminisation de la profession, le vieillissement et les inégalités géographiques d'offre de soins incitent à renforcer le travail en collaboration et à mutualiser les moyens techniques et humains. Ainsi les réseaux de soins se développent de plus en plus (2).

Du fait de cette dynamique, il apparaît primordial pour le médecin traitant, pivot de ce système, de connaître et de pouvoir collaborer avec tous les intervenants du système de soins : l'hôpital, les réseaux, les associations de malades, les réseaux psycho sociaux, sans oublier les structures de prévention collective telles que la santé scolaire, la santé du travail et la Protection Maternelle et Infantile (PMI) (2).

Nous allons dans ce travail, nous intéresser plus particulièrement aux relations entre les services de PMI et les médecins généralistes. Rappelons l'historique de cette structure puis ses missions et ensuite celles du médecin généraliste.

1. La protection maternelle infantile

1.1 Historique

La PMI a été créée par l'Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 (3) au lendemain de la seconde guerre mondiale, dans un contexte d'après-guerre où la mortalité infantile est forte. Celle-ci est imputée à une hygiène précaire, une mauvaise alimentation et une surveillance insuffisante des femmes enceintes.

L'Ordonnance initiale prévoit (3) :

- ➔ Une action conjuguée des médecins et assistantes sociales
- ➔ Le certificat prénuptial
- ➔ Des consultations prénatales et post natales gratuites
- ➔ La surveillance médicale des enfants jusqu'à l'âge de six ans
- ➔ L'éducation des mères
- ➔ L'utilisation d'un carnet de santé.

Elle permet de passer du système d'assistance à un système généralisé de protection sanitaire et sociale pour : « toutes les femmes enceintes, pour toutes les femmes dans les suites de couches, pour les enfants de zéro à deux ans dits du 1^{er} âge et pour tous les enfants de deux à cinq ans révolus dits du 2^{ème} âge » (3).

Elle est également le texte fondateur de la création des services de PMI rendue obligatoire au niveau départemental, rattachés à l'époque à la Direction Départementale de la Santé.

C'est à partir de 1962 que le service de PMI devient une structure départementale relevant de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, par la parution du décret n° 62-840 du 19 juillet 1962 (4). Des circonscriptions sont créées et la direction de chacune d'elle est assurée par un médecin nommé.

En 1970 et 1973, les certificats obligatoires du 8^{ème} jour, 9^{ème} et 24^{ème} mois sont instaurés, toujours dans le but d'une baisse de la mortalité péri natale et afin de développer la prévention des handicaps psychiques, sensoriels et moteurs (5).

Par ailleurs, la loi du 4 décembre 1974 permet le développement des mesures de régulation des naissances et d'éducation familiale ; ainsi, le service de PMI se voit confier la mission d'organiser les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) (6).

En 1977 est créé le statut d'assistante maternelle, son attribution et son contrôle deviennent alors une nouvelle mission de la PMI (7).

Puis, l'organisation du service de PMI évolue au fil des années par différentes lois promulguées. La loi du 18 décembre 1989 redéfinit le partage des responsabilités et des organisations des services de PMI. Les articles L.148 et L.149 redéfinissent les actions et les rôles de la PMI (8) (9).

La loi n°2005-706 du 27 juin 2005 et n°2007-293 du cinq mars 2007 viendront modifier une dernière fois les articles L.2112-1 et L.2112-2 qui régissent toutes les missions, compétences et organisations départementales des services de PMI (10) (11).

La plus récente, replace l'intérêt de l'enfant au cœur des préoccupations. Nous allons nous intéresser plus en détails aux changements qu'elle amène.

1.2 La loi du 5 Mars 2007 ; réforme de la protection de l'enfant

Cette réforme a été précédée de nombreux rapports, dont deux édités par l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) en 2005 et 2006. Elle s'articule autour de trois grands axes : « mieux prévenir », « mieux signaler », « mieux intervenir ».

1.2.1 Mieux prévenir

Le rôle préventif de la PMI est renforcé par ses actions sociales et médico-sociales (12) (13).

La création de l'examen obligatoire du 4ème mois de grossesse permet de donner une dimension plus psycho sociale au suivi de la grossesse jusque-là très médical et de dépister notamment de façon précoce, des facteurs de risque à une mauvaise élaboration du lien parents enfants.

Les sages-femmes et les puéricultrices se voient attribuer des visites post natales à domicile afin de pallier à la brièveté des séjours en maternité et de pouvoir dépister précocement des difficultés parentales. Elles sont faites en lien avec les services hospitaliers et le médecin traitant.

Le bilan de santé des enfants de trois à quatre ans qui existait déjà est rendu plus systématique, afin de dépister des troubles d'ordre « sensoriel, physique, psychologique et de l'apprentissage ».

La visite de la sixième année est complétée par des visites pour la neuvième, douzième et quinzième année dans le cadre de la médecine scolaire, avec possibilité d'un recours au médecin traitant. Une évaluation physique mais aussi psychologique est recommandée pour dépister les conduites à risque.

1.2.2 Mieux signaler

Une cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être est créée (14) (12).

Cela permet de clarifier l'entrée dans le dispositif et d'établir un circuit unique. Le président du conseil général joue alors un rôle clé. L'évaluation des situations est faite de façon pluridisciplinaire, avec un secret médical partagé entre les différents professionnels de santé.

« Après évaluation, les informations individuelles font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire. » Cela permet d'éviter le recours au Parquet qui était systématique auparavant sans que l'évaluation initiale ait été faite.

La loi du 5 Mars 2007 fixe les conditions strictes de recours à l'autorité judiciaire. Ainsi le Procureur de la République doit être saisi quand : « les actions menées dans le cadre de la protection sociale n'ont pas permis de remédier à la situation de danger, lorsque ces actions ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service, enfin quand il est impossible d'évaluer la situation et dès lors que le mineur est présumé être en danger » (12).

Des observatoires départementaux en lien avec l'ONED sont créés sous l'autorité du Président du Conseil Général. Ils sont chargés notamment de recueillir, d'examiner et d'analyser les données relatives à l'enfance en danger au regard des informations anonymes transmises par la cellule et de suivre la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans le département.

1.2.3 Mieux intervenir

L'intérêt de l'enfant est remis au cœur des préoccupations, les prises de décisions doivent répondre au mieux à ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs.

Des nouveaux dispositifs d'accueil sont créés pour proposer de nouvelles alternatives aux familles et les accompagner au mieux (15).

1.3 Les missions de la PMI

Elles sont régies par l'article L.211-2 du code de Santé Publique (11). Il incombe au Président du Conseil Général d'organiser ces missions.

Elles sont définies comme suit (11) :

« Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes.

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.

Des activités de planification et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés.

Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique.

L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints (...).

Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue.

Participation à des actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être(...). » (11)

1.4 Organisation de la PMI en Vendée

1.4.1 Organisation territoriale

Le territoire Vendéen se divise en neuf circonscriptions. Dans ces différentes circonscriptions se répartissent les trente-deux centres médico sociaux où se trouvent les lieux de consultation de PMI (*Cf. annexe 1*).

Au sein de chaque centre médicosocial, les différents membres du personnel travaillent en équipe. On répertorie sur le département entier (*Cf. annexe 2*) un médecin chef de service, huit médecins de circonscription et deux vacataires ; deux puéricultrices encadrant les 51 puéricultrices et six infirmiers repartis dans les différentes circonscriptions ; cinq sages-femmes ; deux éducateurs de jeunes enfants ; une diététicienne ; un adjoint de direction ; neuf agents de secrétariat central.

1.4.2 Missions des personnels de PMI en Vendée

Nous avons vu les missions théoriques de la PMI, développées dans l'article L.211-2 du code de Santé Publique, nous allons maintenant aborder comment cela se traduit au niveau départemental, pour chacun des professionnels membre de la PMI.

Les puéricultrices sont les plus nombreuses parmi les différentes professions travaillant auprès des jeunes enfants au sein de la PMI. Elles ont un rôle d'information, de conseil et d'orientation depuis le post natal et jusqu'aux six ans de l'enfant. Elles exercent ce rôle par des entretiens au domicile des familles et au centre médicosocial.

En binôme avec le médecin, elles effectuent des consultations infantiles au centre de PMI et des bilans en école maternelle permettant d'assurer le suivi du développement psychomoteur des enfants de la circonscription.

Elles organisent et animent différentes actions collectives permettant un accompagnement et un soutien à la parentalité : groupes éveils parents enfant, rencontres allaitement maternel, ateliers « massage bébé ».

En matière de protection de l'enfant, ce sont elles qui assurent l'évaluation des Informations Préoccupantes (IP), en lien avec les différents partenaires tels que les services sociaux et l'ASE.

Enfin, elles assurent le suivi et l'agrément, par des visites à domicile et des entretiens, des assistants maternels et familiaux (16).

Les médecins de PMI, au nombre de dix assurent un rôle important en collaboration avec les autres professionnels de la collectivité (ASE) et hors collectivité (hôpitaux, centre médico psychologique, centre d'action médico-sociale précoce, médecins libéraux).

Ils assurent des consultations médicales au centre de PMI, des bilans en école maternelle au sein desquelles ils mettent en œuvre des « actions de prévention, de dépistage et de soutien à la parentalité » (16). Ils effectuent aussi des consultations dans le cadre du « réseau grandir ensemble », réseau régional des Pays de la Loire de suivi des enfants nés prématurés ou hospitalisés en période néo natale, et ce jusqu'aux sept ans de l'enfant (17).

En matière de protection de l'enfant, c'est eux les « référents techniques de l'enfance en danger ». Ils doivent assurer le suivi médical des enfants confiés à l'ASE (16).

Ils sont aussi les référents techniques des accueils individuels et collectifs des enfants de moins de six ans. Ils valident les agréments et les suivis des assistants maternels et familiaux en collaboration avec les puéricultrices. Ils effectuent des visites au sein des établissements d'accueil des enfants de moins de six ans afin de donner leur avis pour optimiser la sécurité et le bien-être des enfants qui les fréquentent.

Enfin chaque médecin de circonscription a un rôle d'encadrement des puéricultrices de secteur en lien avec les puéricultrices encadrantes et le médecin responsable du service de PMI, situé à La Roche Sur Yon.

Pour les actions conduites auprès des femmes enceintes, le département compte cinq sages-femmes de PMI.

Elles assurent, elles aussi, un rôle « d'information, de conseil, d'orientation et d'accompagnement à la parentalité », par des entretiens au centre de PMI ou le plus souvent au domicile des patientes ou lors d'actions collectives comme des groupes de parole ou la participation à la semaine mondiale de l'allaitement.

En lien avec les différents partenaires, notamment lors des « staff de parentalité », elles permettent un suivi des grossesses pour des femmes en situation précaire, isolées ou pour des grossesses à risque (18).

Notons une particularité pour les missions en matière de contraception et d'Interruption Volontaire de Grossesse. Cette mission de la PMI, est assurée en Vendée par les CPEF au sein des Centres Hospitaliers Régionaux. Une convention externalise et finance cette mission aux centres hospitaliers. Ainsi les sages-femmes de PMI ont une fiche de poste sans action dans le CPEF.

Enfin, les éducateurs de jeunes enfants ont des rôles un peu plus spécifiques sur le territoire vendéen.

Ils organisent et animent des « matinées d'éveil », permettant d'accompagner dans leur profession les assistants maternels. Ils suivent et soutiennent les projets des Maisons d'assistants Maternels (MAM).

Ils participent de façon ponctuelle à des actions petite enfance en lien avec les élus locaux et les partenaires (18).

Après avoir développé l'historique et les missions de la PMI, nous allons maintenant explorer le rôle du deuxième acteur phare en matière de santé de l'enfant et de la femme enceinte : le médecin généraliste.

2. Le médecin généraliste

2.1 Définition française et européenne et ses missions

Le médecin généraliste est défini par la World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Association of Practitioners/Family Practitioner (WONCA Europe) comme « le médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie».

L'activité du médecin généraliste « comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Il assure des soins continus et longitudinaux en gérant simultanément les problèmes aigus et chroniques (19) (20) ».

Cette organisation souligne aussi leur « responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté ».

Différentes caractéristiques du médecin généraliste sont rappelées par la WONCA Europe. En effet le médecin généraliste étant « le premier contact avec le système de soins », c'est lui qui doit « assurer la coordination des soins et la gestion du recours aux autres professionnels de soins primaires ou aux spécialistes » (19). Son action doit permettre de construire une relation médecin patient appropriée et permettre « une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires » (19).

A l'échelle française, le Code de santé publique (Article L.1411-11) (20) rappelle que le médecin généraliste doit assurer l'offre de soins de premier recours, définie comme « la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé » (20). En outre si l'article L.4130-1 du code de santé publique, cite aussi les différentes missions rappelées ci-dessus il rajoute une mission de « coordination des soins nécessaire à ses patients », et précise que le médecin doit « veiller à l'application individualisée

des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques ». Enfin, il doit « participer à la mission de service public de permanence des soins » et « contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales » (16).

Ainsi, le médecin généraliste est responsable d'actions de prévention, de dépistage et d'éducation pour la santé, comme nous venons de le voir ci-dessus et ce, indépendamment de l'âge du patient. Voyons maintenant plus précisément ce qui concerne le jeune enfant et les femmes enceintes.

2.2 Rôles auprès des jeunes enfants et des femmes enceintes

2.2.1 Santé préventive de l'enfant

La santé préventive de l'enfant est au cœur du quotidien du généraliste. Une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) montre que la prise en charge des enfants de moins de 16 ans représente en moyenne 13% des consultations des généralistes et qu'une visite sur huit concerne le dépistage et la prévention (21).

Pour assurer ce rôle, le médecin peut s'appuyer sur la recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) parue en septembre 2005 (22). Elle rappelle les points clés dans le dépistage individuel de l'enfant de 28 jours à six ans. Lors des examens le médecin doit toujours rechercher : « les troubles psychologiques et psycho-comportementaux (les retards de développement, l'autisme et les troubles envahissants du développement, les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention), les troubles du langage, l'obésité, les troubles de l'audition, les troubles de la vision et le saturnisme (22) ».

2.2.2 Suivi des femmes enceintes

Le suivi de grossesse est un domaine de la médecine générale bien particulier qui permet, au-delà du suivi purement médical, d'aborder avec les patientes et leur cellule familiale, des questions d'ordre psycho affectif ou touchant à la santé mentale ou aux addictions.

Selon une étude de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) en Pays de la Loire (23), 97% des praticiens libéraux interrogés considèrent que le suivi de grossesse fait partie de leur missions et 82% indiquent voir au moins une fois par trimestre des patientes pour leur suivi de grossesse.

Afin de remplir au mieux ce rôle, le médecin généraliste peut s'appuyer sur la recommandation de l'HAS, mise à jour en mai 2016, qui rappelle les conditions de suivi de grossesse en fonction du risque évalué de la grossesse en cours (24).

Comme nous l'avons vu précédemment la Loi du 5 Mars 2007 (25), a mis en place un entretien prénatal précoce à effectuer lors du suivi de la femme enceinte. Une étude de l'ORS en Pays de la Loire a analysé les pratiques des médecins généralistes à propos ce celui-ci. Les résultats montrent qu'il est « encore peu inscrit dans la pratique des médecins généralistes », car seulement 53% des généralistes qui effectuent un suivi déclarent connaître ce type d'entretien et parmi ceux-là 29% l'adressent à un autre spécialiste pour le réaliser, enfin 17% ne le proposent pas (23).

2.2.3 Enfance en danger

Le médecin traitant par sa position de proximité avec les patients et les familles, joue un rôle clé dans le dépistage des situations d'enfants en danger.

La thèse de M.S Bacle intitulée : « Le médecin généraliste face à l'enfant en danger: 10 récits de médecins de Loire-Atlantique », met en évidence que la proximité du médecin généraliste avec ses patients peut avoir une double conséquence : il est interlocuteur de confiance pour des enfants et des familles et a accès à des informations importantes, mais sa connaissance des familles fait entrer en jeu l'affect qui peut l'inciter à « ne pas voir les situations à risque » de maltraitance (26).

La loi du 5 Mars 2007 qui renforce la protection de l'enfance (25) rappelle l'obligation de formation qu'ont les médecins (et autres personnels médicaux et para médicaux) à propos de l'enfance en danger: « (ils) reçoivent une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger ».

2.3 Evolution démographique et état des lieux en Vendée

Sur le plan national selon des données de 2015, les médecins généralistes exerçant la médecine générale dans le respect de la définition donnée par la WONCA, sont 66 000, soit 65% de l'effectif total des généralistes. Le tiers exclu par la définition de la WONCA est représenté par les généralistes spécialisés (homéopathes, acupuncteurs...), les urgentistes et les praticiens dans les établissements de santé (gériatrie, EHPAD...).

Selon une étude de 2015 réalisée par l'ORS des Pays de la Loire (27), l'effectif des médecins généralistes libéraux diminue depuis 2008, la densité médicale a perdu 11% de 1996 à 2012, passant de 93 à 83 pour 100000 habitants en France.

De plus, on assiste aussi à un vieillissement et une féminisation de la profession : en 2012 47% des médecins étaient âgés de 55 ans ou plus, contre 10 % en 1996, la proportion de femmes généralistes atteint quant à elle 30% en 2012, contre 17% en 1985 (27).

En Pays de la Loire, on remarque une hausse de cinq pour cent de l'effectif des médecins généralistes libéraux entre 1996 et 2012, mais cela ne profite qu'à la Loire Atlantique et au Maine et Loire puisque l'on totalise une baisse de 19% de la densité médicale en Vendée depuis 1996 (27).

Une autre étude de l'ordre National des médecins (28), montre les mêmes tendances, en effet le nombre de médecins généralistes en activité régulière en Vendée est passé de 758 à 735 de 2007 à 2017.

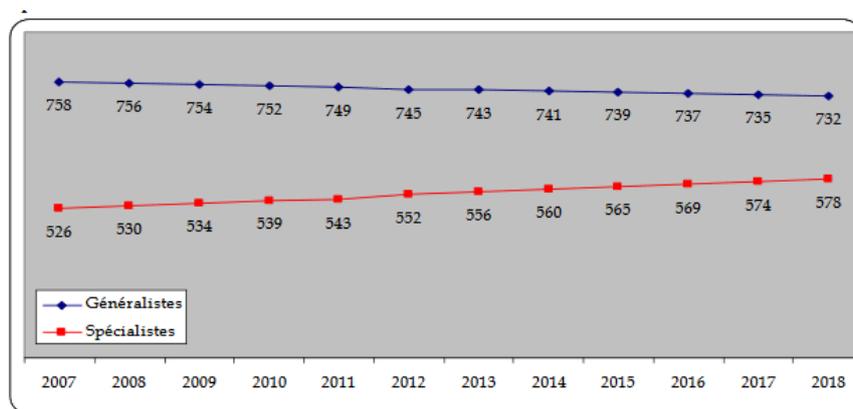


Figure 1 La démographie médicale en région Pays de la Loire, situation en 2013. Ordre national des médecins (28).

3. Problématique de l'étude

Médecins généralistes et services de PMI apparaissent comme deux acteurs phares de la santé préventive du jeune enfant, de la parentalité et du suivi des femmes enceintes. Il est fondamental qu'ils puissent échanger dans leur pratique quotidienne.

Lors de mes différents stages effectués en médecine libérale en Vendée et en PMI sur les secteurs des Sables d'Olonne et de la Roche sur Yon Sud, j'ai constaté que peu de collaboration, ou même peu de communication existait entre ces deux entités.

Une vaste enquête réalisée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) et l'observatoire de la santé en Mars 2009 (29) met cela en évidence. Cette étude a cherché à étudier les différents réseaux, formels et informels, du médecin généraliste en Pays de la Loire, et les échanges avec les autres professionnels de santé que le médecin peut avoir. Les résultats montrent que dans les quinze jours précédant l'étude, seulement deux pour cent des médecins des Pays de la Loire avaient eu un échange à propos de leurs patients (par mail, téléphone ou courrier) avec un médecin PMI. En revanche pour d'autres acteurs, cette proportion était de 12% avec les assistants sociaux, 15% avec les psychologues ou encore 48 % avec les kinésithérapeutes.

Différentes thèses viennent illustrer et explorer ce manque de communication.

En 2001, en Moselle, Eulalie Delannoy-Pernin réalise une enquête qualitative. Elle cherche à recueillir le ressenti des médecins généralistes sur la PMI afin de trouver des explications au manque de lien entre ces derniers et les services de PMI (30).

En 2008, à Reims, Denis Elchardus réalise une enquête sur le dialogue existant entre médecins généralistes et médecins de PMI. Il conclue à un dialogue insuffisant voire inexistant, et cherche à en connaître les raisons (31).

En 2014, en Gironde, Laurine Dufour, par une enquête qualitative auprès des médecins généralistes et des médecins de PMI, met en lumière la réalité de la collaboration entre la PMI et les médecins généraliste pour le suivi de l'enfant de moins de six ans. Elle constate que la collaboration est quasi inexistante, et essaie de comprendre les déterminants de cela lors d'entretiens avec les deux parties (32).

Ces différentes études et thèses ont permis de dégager l'hypothèse principale que nous allons chercher à vérifier dans cette thèse : les relations entre services de PMI et médecins généralistes en Vendée sont limitées. Les principales raisons sont les suivantes :

D'une part, pour des raisons d'ordre objectif : il existe une méconnaissance des missions de la PMI par les médecins généralistes (33) (30) (32) (34) et les deux interlocuteurs ne se connaissent pas physiquement (33) (35) (32).

D'autre part, pour des raisons d'ordre subjectif : les médecins peuvent avoir des a priori négatifs sur les médecins de PMI (32), avoir recours à la PMI peut amener à une concurrence dans la prise en charge des patients (33) (36) (35) (31), les patients peuvent être stigmatisés en PMI (32) (34), ou enfin il peut y avoir une crainte de la part des médecins d'une divulgation des informations transmises à la PMI (31).

Enfin pour des raisons d'ordre organisationnel : il est chronophage de joindre un personnel de PMI (32) (35) (34) et il y a un retour d'information insuffisant de la part de la PMI (30) (35).

Partant de ces hypothèses, l'objectif principal de cette thèse est de répondre à la question suivante : quels sont les déterminants de la nature de la relation entre services de PMI et médecins généralistes en Vendée ?

Pour ce faire nous avons procédé à une enquête quantitative en Vendée par l'envoi d'un questionnaire papier à tous les médecins généralistes du département en Novembre 2016 pour connaître ce qui détermine leur relation avec les services de PMI.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative épidémiologique descriptive transversale qui avait pour but de déterminer les freins à la relation entre médecins généralistes et services de PMI en Vendée.

2. Réalisation du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en trois parties (37). (*Cf. annexe 3*)

La première partie, intitulée « vous concernant » a été écrite dans le but de décrire la population de l'étude. Elle a cherché à caractériser le médecin généraliste : sexe, âge, lieu, mode et ancienneté d'installation. Il a ensuite été demandé au médecin généraliste d'estimer le niveau social de sa patientèle, et sa part d'activité pédiatrique et gynécologique.

La deuxième partie, intitulée « la PMI et vous », a questionné le médecin sur ses interactions avec la PMI. Elle avait pour but d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur les différentes missions de la PMI. Elle a permis d'identifier les missions pour lesquelles les médecins généralistes avaient -dans leur pratique courante- recours aux services de PMI.

La troisième partie a cherché à connaître le ressenti des médecins vis-à-vis de la PMI, par rapport à une éventuelle concurrence ou une stigmatisation des patients en PMI.

Enfin la dernière partie intitulée « en pratique », a questionné le médecin généraliste sur certains déterminants de la relation avec la PMI.

Après avoir écrit une première ébauche du questionnaire, un pré test a été réalisé auprès de sept médecins généralistes de Vendée soit 1.5% de l'effectif total. Ces derniers ont été choisis par connaissance, ont accepté de remplir le questionnaire et de le commenter éventuellement. Fruits de leurs remarques, des modifications de formulation ou de mise en page ont été apportées afin d'améliorer la compréhension.

Le questionnaire a été auto administré par envoi postal sur une feuille A4 imprimée recto verso. (*Cf. annexe 3*)

3. Recrutement des sujets

L'inclusion des sujets :

Les médecins généralistes inclus dans l'étude correspondaient à l'intégralité des médecins généralistes de Vendée. La liste a été obtenue par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

L'exclusion des sujets :

Ont été retirés de l'étude, les médecins urgentistes qui exercent en hospitalier répertoriés parmi les médecins généralistes sur la liste de l'ARS et les médecins à spécialité quand cela apparaissait (allergologues, acupuncteur etc...).

Sur la base de ces critères, 462 questionnaires papiers ont été envoyés.

4. Recueil des données

Les 462 questionnaires papiers ont été postés depuis les Sables d'Olonne le 14 Novembre 2016. Ils étaient accompagnés d'une lettre d'information sur l'étude et d'une enveloppe pré timbrée pour le retour, indiqué possible jusqu'au 31 décembre 2016. L'anonymat de la réponse était bien spécifié sur le courrier accompagnant l'envoi. (Cf. *annexe 4*)

5. Analyse des données

Les réponses au questionnaire papier ont été reportées une par une dans un questionnaire « Google Forms », les données étant ainsi retranscrites automatiquement dans un tableau Excel.

Grâce à Excel, des tableaux de contingence à double entrée ont été extraits, permettant des analyses croisées entre les différentes réponses (ces tableaux sont présentés en deuxième partie des résultats).

Les pourcentages ont été comparés entre eux, et le test du khi-2 a permis de valider statistiquement ces comparaisons.

Pour l'analyse statistique, l'outil proposé par le site « BiostaTGV », statistique en ligne (38) a été utilisé afin d'obtenir la valeur du test du khi-2(Qobs) et la p value correspondante (p). Chaque tableau a été analysé un par un.

Comme cela est communément pratiqué dans les tests statistiques un seuil de 0,05 pour p a été choisi. Les tableaux de contingence étaient tous des tableaux à un degré de liberté, la valeur du khi-2 théorique(Qt) était 3.80 (Cf. *annexe 5*).

Ainsi lorsque la p value était inférieur à 0,05 et le Qobs supérieur à 3,80 les deux variables étaient considérées comme dépendantes, et inversement.

RÉSULTATS

1. Réponses au questionnaire

Nous avons envoyé 462 questionnaires à tous les médecins généralistes de Vendée.

278 réponses sont parvenues jusqu'au dix janvier 2017, soit un taux de réponses de 60.17%.

Les questionnaires reçus après le 10 janvier n'ont pas été pris en compte car le travail d'analyse était commencé.

Parmi les réponses reçues avant cette date, 16 questionnaires ont été retirés de l'analyse, soit au total 262 réponses analysées ou 56.7% des questionnaires envoyés.

Les 16 questionnaires retirés de l'analyse l'ont été pour les raisons suivantes :

Trois médecins ont renvoyé le questionnaire vierge en signalant qu'ils étaient médecins d'EHPAD. Ces médecins avaient donc été inclus à tort dans l'étude car cette spécialisation n'apparaissait pas sur le listing de l'ARS.

Huit questionnaires étaient incomplets, rempli qu'au recto ou qu'en partie.

Deux questionnaires ont été renvoyés par la secrétaire du cabinet, expliquant la cessation d'activité du médecin auquel était destiné le questionnaire.

Enfin trois autres médecins ont renvoyé le questionnaire rempli en signalant qu'ils étaient médecins du travail pour l'un, médecin responsable de l'Hospitalisation à Domicile et Allergologue pour les autres.

Ces trois derniers avaient donc été inclus à tort dans l'étude car la spécialisation n'était pas précisée sur le listing.

Partie 1 : caractéristiques des médecins généralistes répondants

Parmi les médecins répondants on comptait 40.5% de femmes et 59.5% d'hommes.

Concernant leur mode d'activité, 75.6% des médecins travaillaient en cabinet de groupe et 24.4% en cabinet seul.

Seulement 3.1% des médecins répondant avaient travaillé préalablement en PMI.

Les caractéristiques des médecins généralistes répondants relative à leur âge, leur lieu d'exercice, leur niveau social de patientèle et la part d'activité pédiatrique et gynécologique sont illustrées dans les diagrammes suivants.

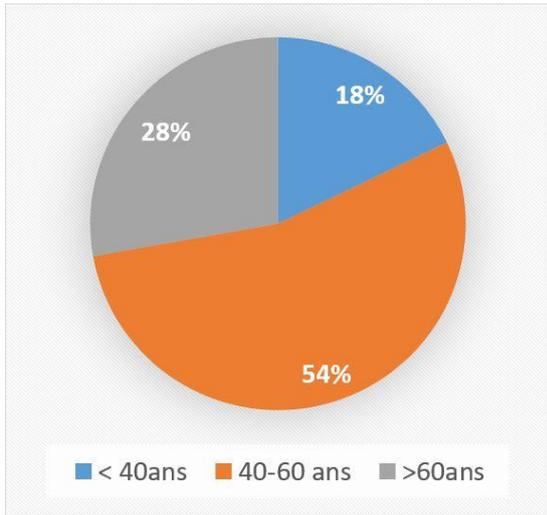


Figure 2 Âge des médecins généralistes

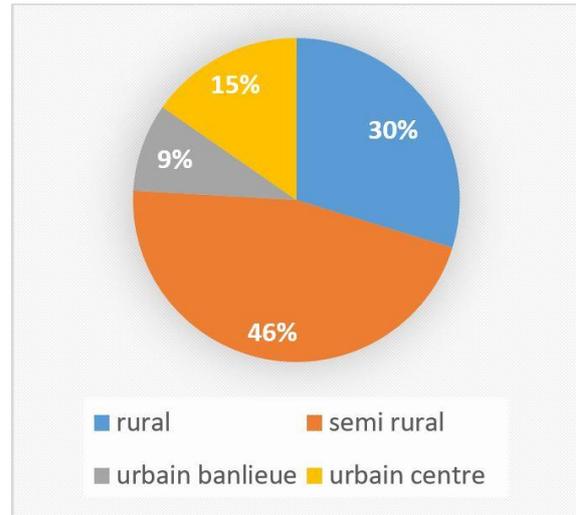


Figure 3 Lieu d'exercice

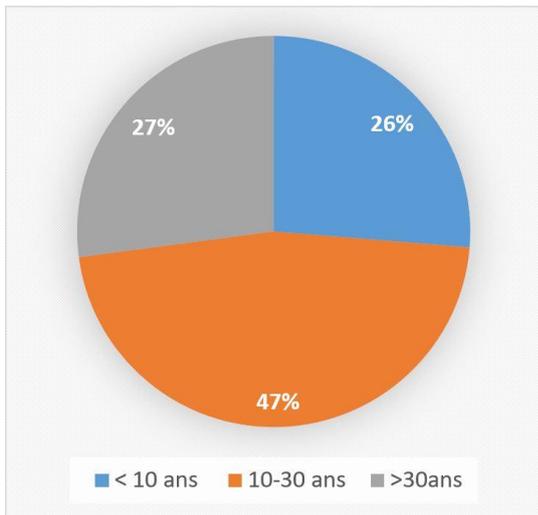


Figure 4 Temps d'exercice en libéral

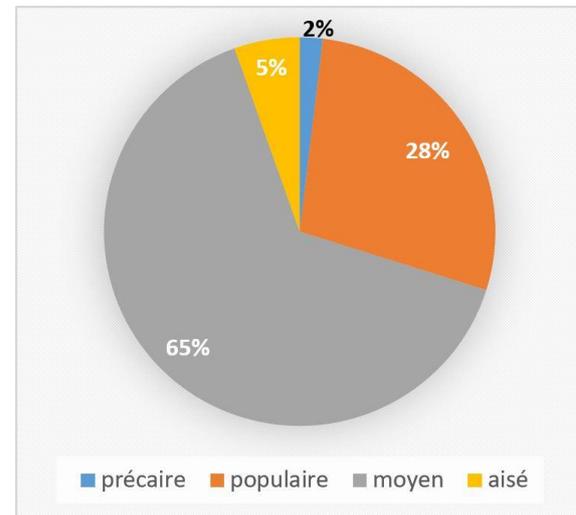


Figure 5 Niveau social de patientèle

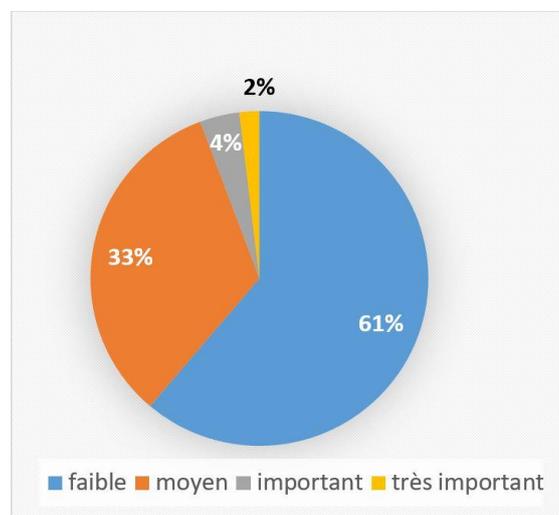


Figure 6 Part de bénéficiaire de la CMU

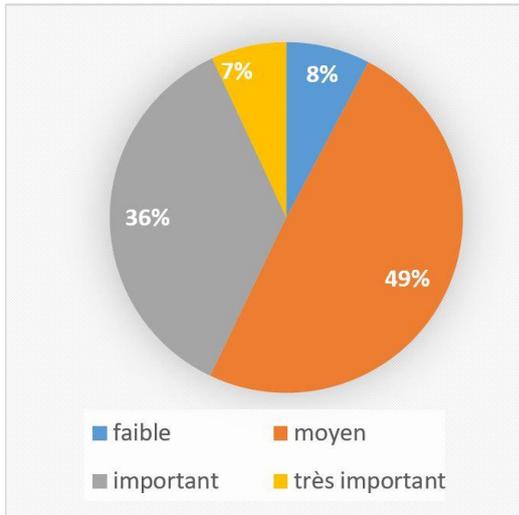


Figure 7 Part d'activité pédiatrique

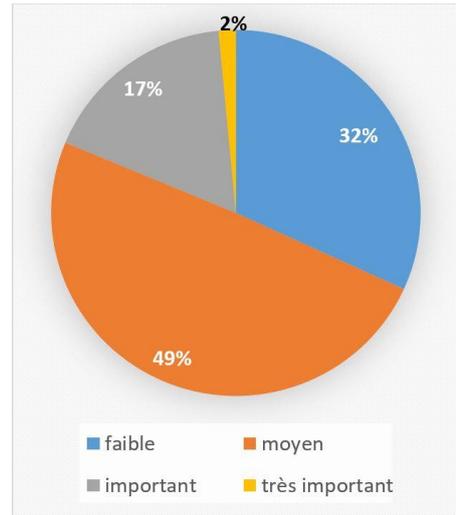


Figure 8 Part de suivis de grossesses

Partie 2.1 : Recours à la PMI

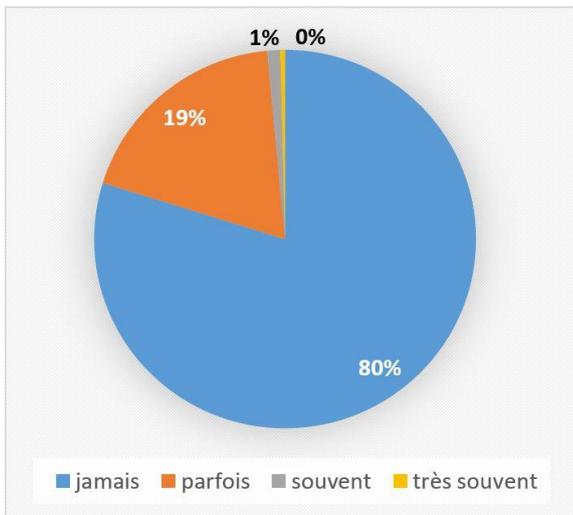


Figure 9 Recours à la PMI pour un suivi de grossesse

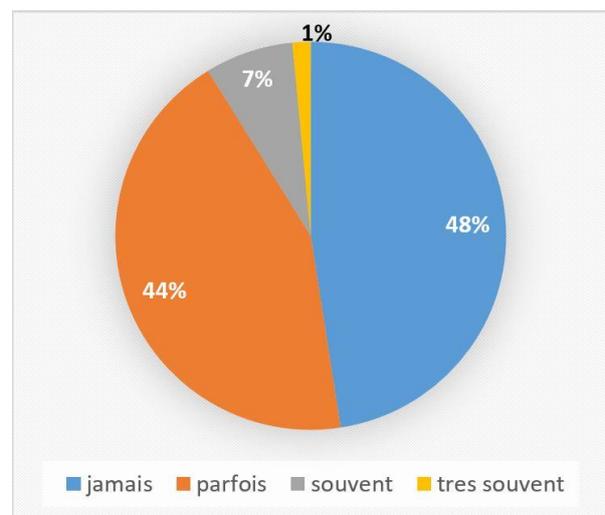


Figure 10 Recours à la PMI pour un suivi de développement de nourrissons

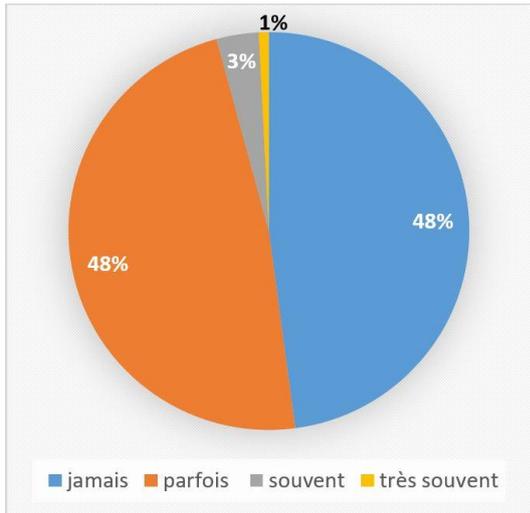


Figure 11 Recours à la PMI pour un soutien à la parentalité

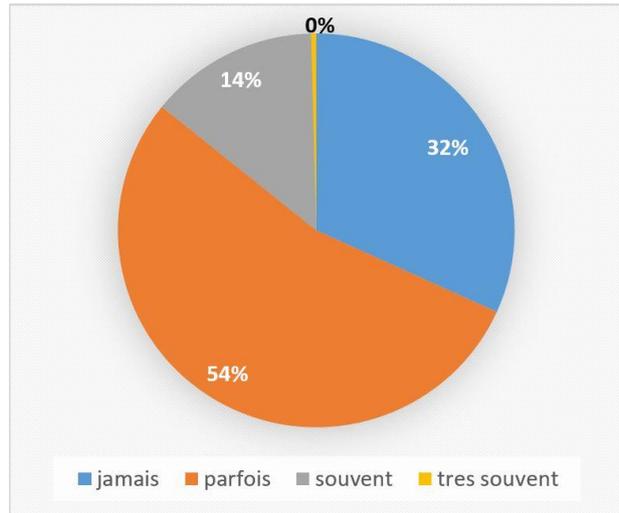


Figure 12 Recours à la PMI pour un suivi pédiatrique pour des familles précaires

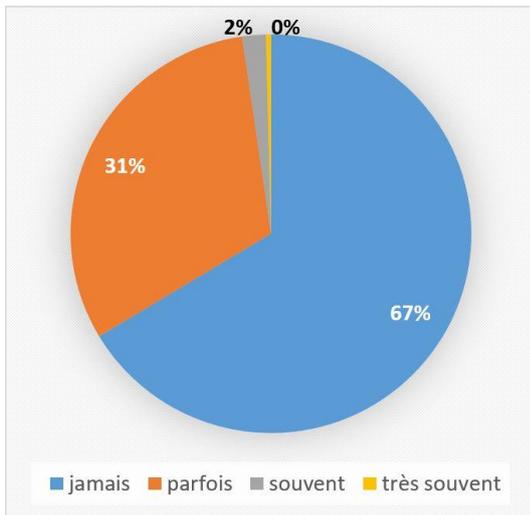


Figure 13 Recours à la PMI pour des questions de sommeil et d'alimentation pour des enfants de moins de six ans

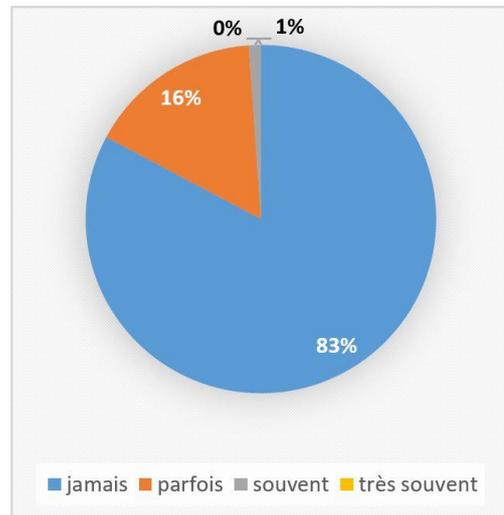


Figure 14 Recours à la PMI pour des questions liées à la garde d'enfant

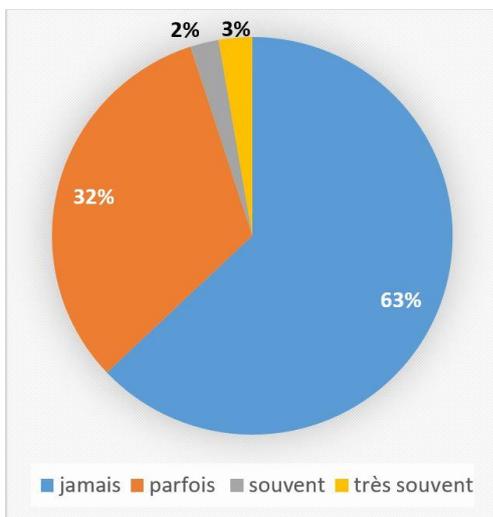


Figure 15 Recours à la PMI pour des vaccinations

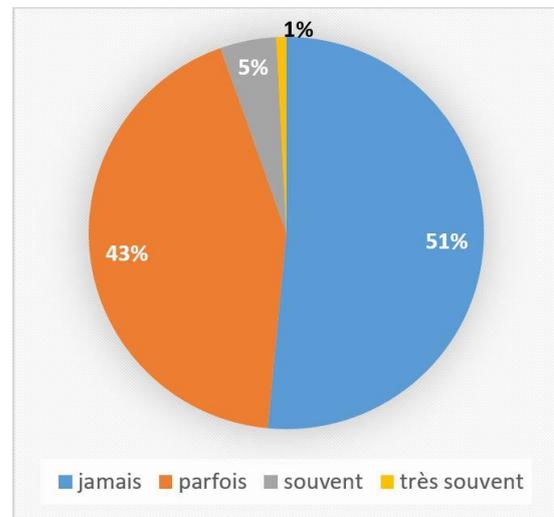


Figure 16 Recours à la PMI pour une suspicion de maltraitance

Partie 2.2 : Concernant les échanges passés ou potentiels avec la PMI

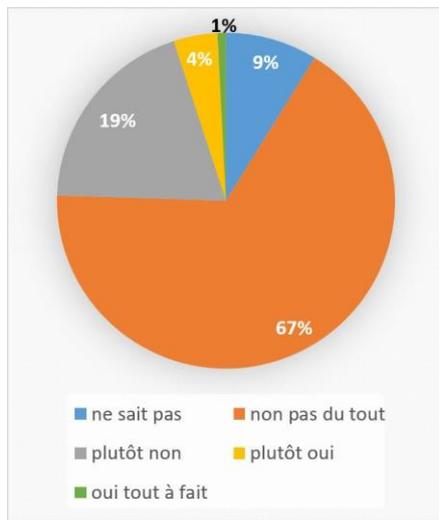


Figure 17 Crainte d'une divulgation des informations médicales partagées

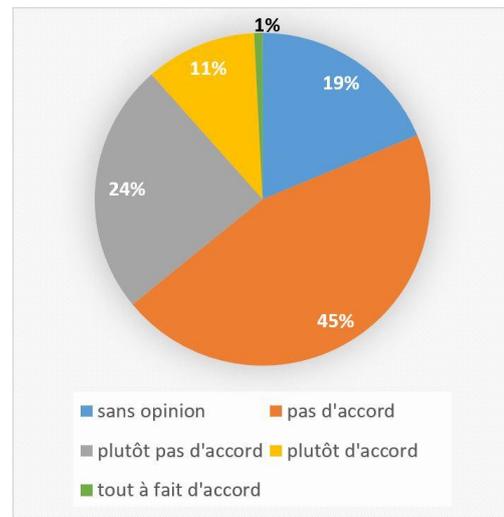


Figure 18 Crainte d'une stigmatisation des patients en PMI

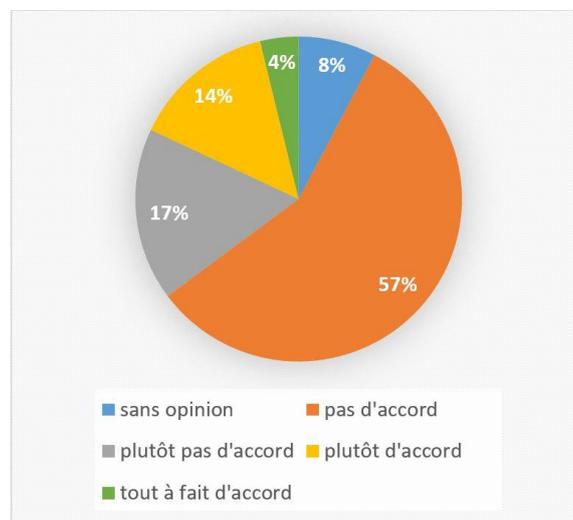


Figure 19 Sentiment de concurrence avec les médecins de PMI

Partie 3 : En pratique

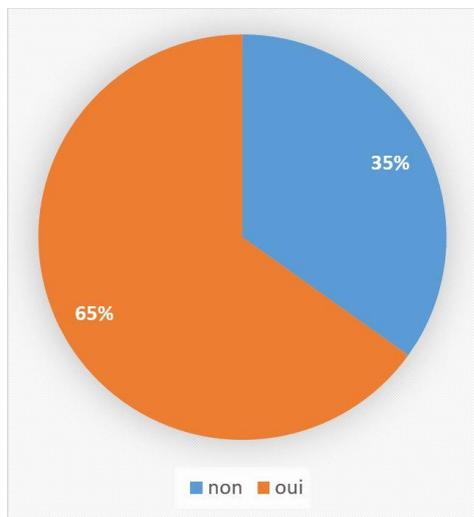


Figure 20 Connaissance de la localisation du centre de PMI qui couvre le secteur d'activité

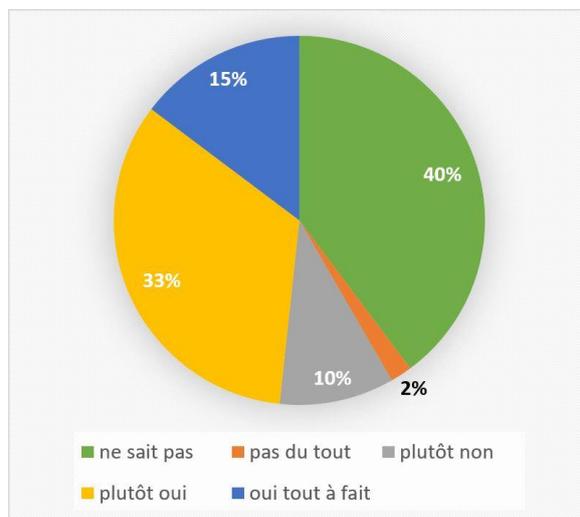


Figure 21 Accessibilité du centre de PMI depuis le cabinet

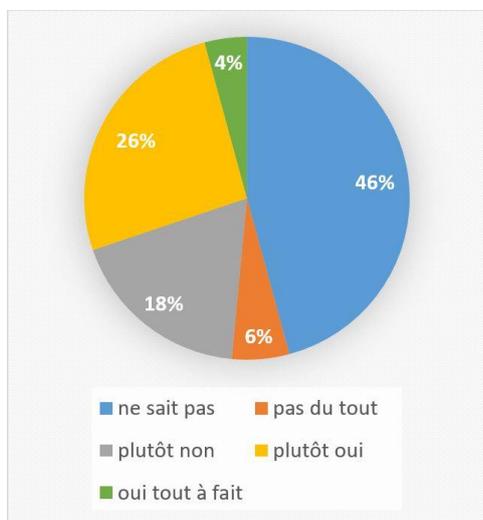


Figure 22 Facilité à joindre un personnel de PMI

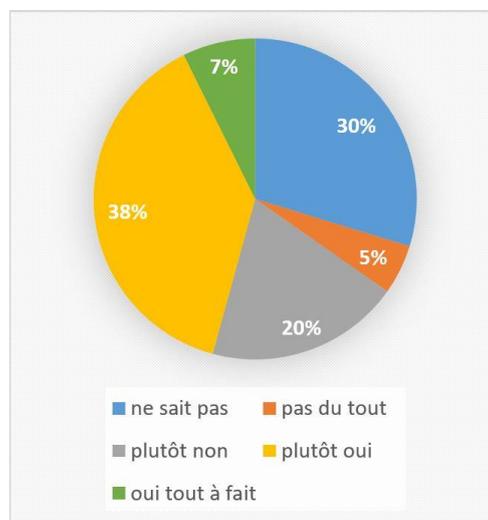


Figure 23 Sentiment qu'il est chronophage de joindre un personnel de PMI

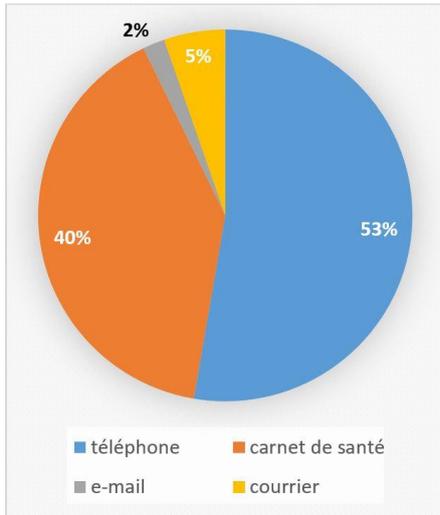


Figure 24 Mode de communication avec la PMI

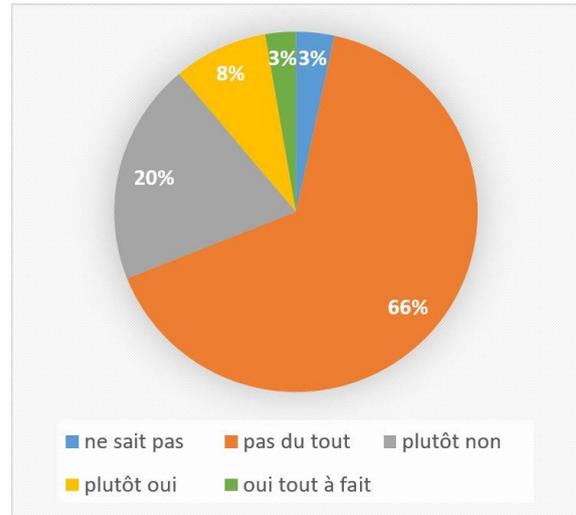


Figure 25 Connaissance physique des interlocuteurs de PMI

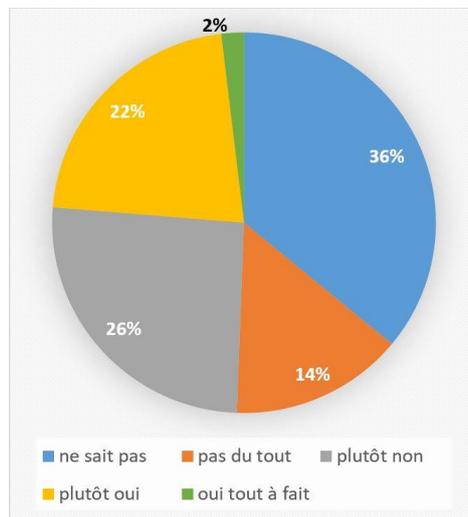


Figure 26 Sentiment de manque de retour d'information de la part de la PMI

2. Résultats croisés selon les hypothèses

Les tableaux de contingence suivant illustrent le recours à la PMI pour certaines missions au regard des réponses des parties 2 et 3 du questionnaire, explorant les déterminants de la relation entre les deux entités.

Le Qobs représente la valeur du test khi-2 obtenu et p la puissance statistique obtenue.

2.1 Concurrence entre les médecins de PMI et les médecins généralistes

Tableau 1 Relation entre "sentir une concurrence avec les médecins de PMI" et "avoir recours pour un suivi de nourrisson". (Qobs= 7.035 ; p= 0.008)

« Vous avez recours à la PMI pour un suivi de développement de nourrissons »	« Vous sentez une concurrence avec les médecins de PMI »			
	Tout à fait d'accord n (%)	Plutôt d'accord n (%)	Plutôt pas d'accord n (%)	Pas d'accord n (%)
Souvent	26(10.0)	21(8.1)	35(13.3)	16(6.0)
Jamais	210(80.0)	149(56.7)	111(42.2)	107(40.9)

Tableau 2 Relation entre "sentir une concurrence avec les médecins de PMI" et "avoir recours à la PMI pour des vaccinations". (Qobs= 2,699 ; p=0,100)

« Vous avez recours à la PMI pour des vaccinations »	« Vous sentez une concurrence avec les médecins de PMI »			
	Tout à fait d'accord n (%)	Plutôt d'accord n (%)	Plutôt pas d'accord n (%)	Pas d'accord n (%)
Souvent	0 (0.0)	7 (2,7)	6 (2,2)	5 (2,0)
Jamais	236 (90.0)	184 (70,3)	146 (55,6)	155 (59,0)

2.2 Méconnaissance physique des interlocuteurs de la PMI

Tableau 3 Relation entre "connaître physiquement ses interlocuteurs à la PMI" et "avoir recours pour un suivi de nourrisson". ($Q_{obs}=138.62$; $p=5.31*10^{-32}$)

« Vous avez recours à la PMI pour un suivi de développement de nourrissons »	« Connaissez-vous physiquement vos interlocuteurs à la PMI »			
	Pas du tout n (%)	Plutôt non n (%)	Plutôt oui n (%)	Oui tout à fait n (%)
Souvent	17(6.4)	10(3.9)	60(22.7)	37(14.3)
Jamais	148(56.3)	86(32.7)	48(18.2)	0(0.0)

Tableau 4 Relation entre "connaître physiquement ses interlocuteurs de PMI" et "avoir recours pour des vaccinations". ($Q_{obs}=0.407$; $p=0.523$)

« Vous avez recours à la PMI pour des vaccinations »	« Connaissez-vous physiquement vos interlocuteurs à la PMI »			
	Pas du tout n (%)	Plutôt non n (%)	Plutôt oui n (%)	Oui tout à fait n (%)
Souvent	5(1.8)	10(3.8)	12(4.5)	0(0.0)
Jamais	174(66.6)	156(59.6)	131(50.0)	74(28.3)

2.3 Échanges et interactions avec la PMI chronophages

Tableau 5 Relation entre "juger chronophage de joindre la PMI" et "avoir recours pour un suivi de nourrisson". (Qobs= 7.595 ; p=0.006)

« Vous avez recours à la PMI pour un suivi de développement de nourrissons »	« Joindre un membre de la PMI vous paraît-il chronophage »			
	Pas du tout n (%)	Plutôt non n (%)	Plutôt oui n (%)	Oui tout à fait n (%)
Souvent	0 (0.0)	36(13.7)	23(8.9)	0(0.0)
Jamais	141(53.8)	67(25.4)	91(34.8)	193(73.7)

Tableau 6 Relation entre "juger chronophage de joindre la PMI" et "avoir recours pour des vaccinations". (Qobs non calculable)

« Vous avez recours à la PMI pour des vaccinations »	« Joindre un membre de la PMI vous paraît-il chronophage »			
	Pas du tout n (%)	Plutôt non n (%)	Plutôt oui n (%)	Oui tout à fait n (%)
Souvent	20(7.7)	10(3.9)	3(0.1)	0(0.0)
Jamais	201(76.9)	144(54.9)	135(51.5)	221(84.2)

2.4 Il est peu aisé de joindre un membre de la PMI

Tableau 7 Relation entre "juger aisé de joindre un membre de la PMI" et "avoir recours à la PMI pour un suivi de nourrisson". ($Q_{obs}=59.796$; $p=1.052*10^{-14}$)

« Vous avez recours à la PMI pour un suivi de nourrisson»	« Si vous voulez joindre un personnel de PMI, cela est-il aisé »			
	Pas du tout n (%)	Plutôt non n (%)	Plutôt oui n (%)	Oui tout à fait n (%)
Souvent	0 (0.0)	22(8.3)	22(8.3)	48(18.2)
Jamais	210(80.0)	82(31.3)	46(17.6)	95(36.4)

Tableau 8 Relation entre "juger aisé de joindre un membre de PMI" et "avoir recours à la PMI pour des vaccinations". (Q_{obs} non calculable)

« Vous avez recours à la PMI pour des vaccinations»	« Si vous voulez joindre un personnel de PMI, cela est-il aisé »			
	Pas du tout n (%)	Plutôt non n (%)	Plutôt oui n(%)	Oui tout à fait n (%)
Souvent	0(0.0)	0(0.0)	(2.3)	0(0.0)
Jamais	174(66.6)	131(50.0)	135(51.5)	191(72.7)

2.5 Connotation répressive de la PMI

Tableau 9 Relation entre "penser que les patients sont stigmatisés en PMI" et "avoir recours à la PMI pour une suspicion de maltraitance". ($Q_{obs}=0.128$; $p=0.721$)

« Vous avez recours à la PMI pour une suspicion de maltraitance »	« Pensez-vous que les patients soient stigmatisés à la PMI ? »			
	Pas d'accord n (%)	Plutôt pas d'accord n (%)	Plutôt d'accord n (%)	Tout à fait d'accord n (%)
Souvent	9 (3.4)	12(4,7)	28(10.7)	0 (0.0)
Jamais	125(47.9)	127(48.4)	112(42.9)	262(100.0)

Tableau 10 Relation entre "avoir crainte d'une divulgation des informations médicales partagées" et "avoir recours à la PMI pour une suspicion de maltraitance". (Q incalculable)

« Vous avez recours à la PMI pour une suspicion de maltraitance »	« Avez-vous déjà craint une divulgation des information médicales partagées »			
	Non pas du tout n (%)	Plutôt non n (%)	Plutôt oui n (%)	Oui tout à fait n (%)
Souvent	11(4,0)	24(9,1)	0(0.0)	0(0.0)
Jamais	139(52,9)	92(35,3)	95(36,4)	131(50.0)

2.6 Relations avec la PMI limitées aux cas de maltraitance/ précarité

Tableau 11 Résultat descriptif des recours "souvent" et "très souvent" pour les différentes missions de la PMI

	Souvent n(%)	Très souvent n(%)
Recours à la PMI pour :		
Suivi de femmes enceintes	3(1,1)	0 (0)
Suivi de développement de nourrissons	19(7,3)	4(1,5)
Soutient à la parentalité	9(3,4)	2(0,8)
Suivi pédiatrique pour des familles précaires	36(13,8)	1(0,4)
Questions de sommeil ou d'alimentation pour des enfants de moins de 6ans	5(1,9)	1(0,4)
Questions liées à la garde d'enfants	3(1,1)	0 (0,0)
Des vaccinations	6(2,3)	7(2,7)
Une suspicion de maltraitance	12(4,6)	2(0,8)

2.7 Manque de retour d'information de la part de la PMI

Tableau 12 Relation entre "estimer avoir un retour d'information suffisant quand vous communiquez avec la PMI" et "avoir recours à la PMI pour un suivi de nourrisson". (Qobs= 33.57 ; p=6.86*10-9)

« Vous avez recours à la PMI pour un suivi de développement de nourrisson »	« Estimez-vous avoir un retour d'information suffisant quand vous communiquez avec la PMI »			
	Non pas du tout n (%)	Plutôt non n (%)	Plutôt oui n (%)	Oui tout à fait n (%)
Souvent	0 (0.0)	12 (4.5)	37(14.0)	0 (0.0)
Jamais	179 (68.4)	78 (29.9)	74 (28.1)	52 (20.0)

2.8 Méconnaissance des missions de la PMI

-Question 1 :Avez-vous déjà eu recours à la PMI pour un suivi de femmes enceinte ?

Jamais : 209 soit 79,6%

Parmi ceux qui ont coché « jamais » :

-41 soit 19,6 % n'ont pas développé pourquoi (cases non cochées).

-58 soit 27,75% ignorent l'existence d'une sagefemme de PMI dans le secteur.

-110 soit 52,6% préfèrent adresser à l'hôpital ou en libéral.

-Question 2 Avez-vous déjà eu recours à la PMI pour un suivi de développement de nourrisson ?

Jamais : 123 soit 47,5%

Parmi ceux qui ont coché « jamais »:

-22 soit 17,9% n'ont pas développé pourquoi (cases non cochées).

-10 soit 8,1 % ignorent la présence d'un médecin spécialisé petite enfance ou d'une puéricultrice de PMI dans leur secteur.

-91 soit 74% préfèrent adresser en libéral ou à l'hôpital.

-Question 3 Avez-vous déjà eu recours à la PMI pour un soutien à la parentalité ?

Jamais : 125 soit 47.9%

Parmi ceux qui ont coché « jamais » :

-34 soit 27,2% n'ont pas développé pourquoi (cases non cochées).

-28 soit 22,4% ignorent la présence d'un médecin spécialisé petite enfance ou d'une puéricultrice de PMI dans leur secteur.

-63 soit 50,4% préfèrent adresser à l'hôpital ou en libéral.

-Question 4 Avez-vous déjà eu recours à la PMI pour un suivi pédiatrique de famille précaire ?

Jamais : 83 soit 31.8%

Parmi ceux qui ont répondu « jamais » :

-26 soit 31.3% n'ont pas développé pourquoi (cases non cochées).

-15 soit 18.1% ignorent la présence d'un médecin spécialisé petite enfance ou d'une puéricultrice de PMI dans leur secteur.

-42 soit 50.6% préfèrent adresser à l'hôpital ou en libéral.

-Question 5 Avez-vous déjà eu recours à la PMI pour des questions de sommeil ou d'alimentation pour des enfants de moins de 6 ans ?

Jamais : 174 soit 66.4%

Parmi ceux qui ont répondu « jamais » :

-57 soit 32.8% n'ont pas développé pourquoi (cases non cochées).

-11 soit 6.32% ignorent la présence d'une puéricultrice de PMI dans leur secteur.

-106 soit 60.9% préfèrent adresser à l'hôpital ou en libéral.

2.9 Données sociodémographiques

Tableau 13 Relation entre "avoir recours à la PMI pour un suivi de nourrisson" et "sexe". (Qobs=0.207 ; p=0.649)

« Vous êtes »	« Avez-vous recours à la PMI pour un suivi de développement de nourrisson »	
	Jamais n (%)	Souvent n (%)
Homme	170(65.0)	165(63.2)
Femme	92(35.0)	96(36.8)

Tableau 14 Relation entre "avoir recours pour un suivi de femmes enceintes" et "sexe". (Qobs=3.602 ; p=0.057)

« Vous êtes »	« Avez-vous recours à la PMI pour un suivi de femmes enceintes »	
	Jamais n (%)	Souvent n (%)
Hommes	154(58.9)	175(66.7)
Femmes	108(41.2)	87(33.3)

Tableau 15 Relation entre "avoir recours à la PMI pour des vaccinations" et "sexe". (Qobs=28.161 ; p=1.1*10⁻⁷)

« Vous êtes »	« Avez-vous recours à la PMI pour des vaccinations »	
	Jamais n (%)	Souvent n (%)
Hommes	165(63.03)	218(83.3)
Femmes	97(37.0)	43(16.6)

Tableau 16 Relation entre "localisation du cabinet" et "avoir recours à la PMI pour un suivi de nourrisson". ($Q_{obs}=0.697$; $p=0.403$)

« Avez-vous déjà eu recours à la PMI pour un suivi de nourrisson »	« Votre lieu d'exercice est »			
	Rural n (%)	Semi rural n (%)	Urbain Banlieue n (%)	Urbain centre-ville n (%)
Jamais	144(55.1)	115(43.8)	91(34.8)	124(47.5)
Souvent	13(5.1)	24(9.1)	11(4.3)	20(7.5)
Très souvent	3(1.3)	6(2.5)	0(0.0)	0(0.0)

Tableau 17 Relation entre « localisation du cabinet » et « avoir recours à la PMI pour des vaccinations ». (Q_{obs} incalculable)

« Avez-vous déjà eu recours à la PMI pour des vaccinations »	« Votre lieu d'exercice est »			
	Rural n (%)	Semi rural n (%)	Urbain Banlieue n (%)	Urbain centre-ville n (%)
Jamais	181(69.2)	158(60.3)	194(73.9)	138(52.5)
Parfois	67(25.6)	89(33.9)	68(26.1)	111(42.5)
Souvent	3(1.3)	4(1.5)	0(0.0)	0(0.0)
Très souvent	10(3.8)	4(1.7)	0(0.0)	13(5.0)

DISCUSSION

1. Les principaux résultats

1.1 Profil des répondants

La première partie du questionnaire permettait de décrire les médecins répondants, par leur âge, leur sexe, leur lieu et mode d'exercice et leur temps d'installation.

On retrouvait une plus large proportion d'hommes avec 59.5% et 40,5% de femmes.

Ils étaient âgés pour la plupart de 40 à 60 ans. Cette tranche d'âge représentait 54.6% des répondants. La part des plus de 60 ans était de 27,5% et celle des moins de 40 ans était de 17,9%.

Si l'on compare ces données à celles des caractéristiques des médecins généralistes en Vendée, rapportée par l'Ordre des médecins en 2013, il apparaît qu'elles sont similaires (Cf. *tableau 18*).

Tableau 18 Comparaison des données épidémiologiques de l'étude versus les données départementales selon l'ordre des médecins (28).

	Données Etude	Données départementales de l'Ordre	p
Sexe Féminin	106 (40,5 %)	290 (39,0 %)	<0,0001*
Sexe Masculin	156 (59,5 %)	453 (61,0 %)	<0,0001*
Age ≥ 60 ans	72 (27,5 %)	193 (26,00 %)	0,6345
Age < 40 ans	47 (17,9 %)	82 (11,00 %)	0,0041*
Age 40-60	143 (54,6 %)	468 (63,00 %)	0,0231*

La proportion homme femme est donc bien représentative ($p < 0.0001$).

On observe une différence concernant la part des médecins de moins de 40 ans, qui est supérieure dans l'étude : 17.9% contre 11% rapportés par l'Ordre des médecins ($p = 0.0041$).

Cette différence peut s'expliquer par le fait que les jeunes médecins, en début de carrière sont certainement plus sensibles aux questionnaires de thèses et y accordent donc plus facilement une partie de leur temps en comparaison à des médecins plus âgés.

De plus, comme le remarque D. Elchardus dans sa thèse (31), le sujet abordant la PMI et la médecine préventive de l'enfant interpellent davantage les médecins de moins de 40 ans.

Concernant le mode d'exercice, 75.6% des répondants travaillaient en cabinet de groupe. Peu de données sont publiées à l'échelle de la Vendée mais selon une étude de l'Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire réalisée en 2015, 65% des médecins généralistes travaillent en cabinet de groupe sur la région (27).

Cette différence peut être due à la démographie médicale négative sur la Vendée qui incite au regroupement des médecins et à la création de maisons médicales.

1.2 Analyse des résultats selon les hypothèses

Hypothèse n°1 : il existe un sentiment de concurrence entre les médecins de PMI et les médecins généralistes.

Les résultats descriptifs à la question « jugez-vous qu'il existe une concurrence avec les médecins de PMI » montrent qu'une majorité ne ressent pas ce sentiment de concurrence : 74,3% estiment qu'elle n'existe pas, contre 18% qui se sentent concurrencés.

A charge de comparaison, cette part de médecins est plus élevée que celle retrouvée dans la thèse de D. Elchardus selon laquelle il y n'y avait que 9,8% des médecins du secteur de Reims qui jugeait qu'il existait « une concurrence déloyale » (31).

Cette différence peut être expliquée par la formulation des questions. Le terme « déloyal » employé par D. Elchardus est plus fort et amène à un positionnement plus franc. Si l'on prend la part dans notre étude de ceux qui sont « tout à fait d'accord » avec une concurrence, le pourcentage est alors plus faible : 3.8%.

L'analyse du tableau 1 qui compare les réponses croisées entre « sentir une concurrence avec les médecins de PMI » et « avoir recours pour un suivi de nourrisson » montre que ces variables ne sont pas indépendantes ($Q_{obs}=7.035 > 3.80$; $p=0.008 < 0.05$). En effet il y a une part plus importante de médecins qui n'ont jamais recours à la PMI pour un suivi de nourrisson parmi ceux qui jugent qu'il y a une concurrence, que parmi ceux qui jugent qu'elle n'existe pas.

En revanche le tableau 2 qui compare les réponses croisées entre « sentir une concurrence avec les médecins de PMI » et « avoir recours à la PMI pour des vaccinations », montre une indépendance entre ces deux variables ($Q_{obs}=2.2699 < 3.80$; $p=0.10 > 0.05$).

Ainsi on peut dire que la part des médecins qui estiment qu'il existe une concurrence avec les médecins de PMI, même si elle est faible, est moins à même d'avoir recours à la PMI pour un suivi de nourrisson, mais que pour des vaccinations cela n'a pas d'influence.

Aussi l'influence de ce facteur sur la relation entre PMI et médecin généraliste n'est pas franche, en effet, dans l'étude de L. Dufour, la notion de concurrence était évoquée aussi lors des entretiens mais n'apparaissait pas de façon évidente comme un frein (32).

Hypothèse n°2 : il existe une méconnaissance physique des interlocuteurs de la PMI.

Globalement, les résultats descriptifs à la question « connaissez-vous physiquement vos interlocuteurs à la PMI ? » montrent que 85.4% des médecins ne les connaissent pas contre 11,1% qui les connaissent. M. Kiener dans sa thèse dans le département de la Vienne (39) avait relevé les mêmes tendances.

L'analyse du tableau 3 étudiant les relations entre « connaître physiquement ses interlocuteurs à la PMI » et « avoir recours pour un suivi de nourrisson », montre que ces données sont fortement corrélées ($Q_{obs}=138.6 > 3.80$; $p=5.31 \cdot 10^{-32} < 0.05$). On observe que globalement les pourcentages de ceux qui n'ont jamais recours à la PMI pour un suivi de nourrissons sont plus faibles quand ils connaissent plutôt l'interlocuteur (18.2%) que quand ils ne le connaissent pas ou peu (56,3% et 32,7%). Et inversement, les pourcentages de ceux qui ont recours souvent à la PMI pour un suivi de nourrissons sont plus élevés quand ils connaissent plutôt ou tout à fait l'interlocuteur (14.3% et 22,7%) que quand ils ne le connaissent pas ou peu (6.4% et 3.9%).

Ainsi connaître physiquement son interlocuteur favorise le fait d'avoir recours à la PMI pour un suivi de nourrisson, comme cela avait été mis en avant par L. Dufour dans son enquête en Gironde (32).

Le tableau 4 montre les relations entre « connaître physiquement ses interlocuteurs de PMI » et « avoir recours à la PMI pour des vaccinations ». L'étude statistique de celui-ci montre que ces deux variables sont indépendantes ($Q_{obsv}=0.407 < 3.80$; $p=0.523 > 0.05$).

Connaître physiquement son interlocuteur de PMI n'influe pas le recours à la PMI pour des vaccinations de nourrissons.

Hypothèse n°3 : les échanges et les interactions avec la PMI sont jugés chronophages.

Les résultats descriptifs à la question « joindre un membre de la PMI vous paraît-il chronophage ? » montrent qu'ils sont d'accord à 45.8% avec ce postulat. En revanche, 24.5% considèrent qu'il n'est pas chronophage d'échanger avec la PMI.

Néanmoins, il convient de noter que 29.8% des médecins répondants ne se prononcent pas. On peut penser que ce pourcentage correspond à la part des médecins qui ne

communiquent jamais avec la PMI et qui de ce fait ne peuvent apprécier si le recours à la PMI est ou non chronophage.

Le tableau 5 montre la relation entre « juger chronophage d'adresser à la PMI » et « avoir recours pour un suivi de nourrisson ».

Son analyse statistique montre que ces données sont corrélées ($Q_{obs}=7.56>3.80$; $p=0.006<0.05$). Les pourcentages de ceux qui n'ont jamais recours à la PMI pour un suivi de nourrissons sont plus élevés quand les médecins considèrent que c'est chronophage ou assez chronophage (73,7% et 34,8%) que lorsque les médecins considèrent que ce n'est pas (ou peu) chronophage (53,8% et 24,5%). Inversement, les pourcentages de ceux qui ont recours souvent à la PMI pour un suivi de nourrissons, sont plus élevés quand les médecins considèrent que ce n'est pas chronophage (13,7%) que lorsqu'ils considèrent que c'est chronophage (8,9%).

Donc, juger que c'est chronophage de joindre un membre de PMI freine le médecin à avoir recours à celui-ci pour un suivi de nourrisson.

On retrouve cette notion de temps passé pour collaborer avec les interlocuteurs dans la thèse de S. Layssac. Il mettait en avant dans ses entretiens avec les médecins leurs plaintes sur le manque de temps pour le travail de collaboration avec les interlocuteurs (34).

Le tableau 6 qui étudiait les relations entre « juger chronophage d'adresser à la PMI » et « avoir recours pour des vaccinations » n'a pas pu être analysé statistiquement par le test du khi-2 car les effectifs de certaines variables étaient inférieurs à cinq.

Hypothèse n°4 : il n'est pas aisé de joindre un personnel de PMI.

Les résultats à la question « si vous voulez joindre un personnel de PMI, cela est-il aisé ? » montrent que la majorité des médecins ne sait pas s'il est aisé de joindre un membre de la PMI (45,8%). Parmi ceux qui se prononcent, 24,0% jugent que ce n'est pas aisé contre 30,2% qui jugent que c'est aisé.

La forte part de répondants qui ne se prononcent pas peut être aussi due au fait que beaucoup ne communiquent jamais donc ils ne peuvent se prononcer.

A posteriori, cette question n'était pas forcément claire ou peut-être redondante avec la précédente ; il peut exister un biais d'interprétation. Il aurait été plus judicieux de formuler le questionnaire avec la question suivante « avez-vous à disposition les coordonnées des membres de PMI en charge de votre secteur d'activité. » Cela aurait permis de tirer plus de conclusions avec cette formulation et qu'il y ait moins d'incertitudes d'interprétation.

L'analyse du tableau 7 étudiant la relation entre « juger aisé de joindre un membre de PMI » et « avoir recours à la PMI pour un suivi de nourrisson » montre que ces données sont fortement corrélées ($Q_{obs}=59.8>3.80$; $p=1.052*10^{-14}<0.05$). Les pourcentages de ceux qui ont recours souvent à la PMI pour un suivi de nourrissons, sont plus élevés quand les médecins jugent qu'il est aisé (ou plutôt aisé) de joindre un membre de PMI (18,2% et 8,8%) que lorsqu'ils jugent que cela ne l'est (peu ou pas) (0,0% et 8,3%). Et les pourcentages de ceux qui n'ont

jamais recours à la PMI pour un suivi de nourrissons sont moins élevés quand les médecins jugent que c'est aisé (ou plutôt aisé) de joindre le personnel de PMI (36.4% et 17.6%) que lorsqu'ils jugent que ça ne l'est pas (ou peu) (80.0% et 31.3%).

Ainsi, quand les médecins jugent que ce n'est pas aisé de joindre un médecin de PMI cela les freine à avoir recours à elle pour un suivi de développement de nourrisson.

D'ailleurs, D. Elchardus dans son étude, mettait en avant que les médecins ne savaient pas comment joindre un médecin de PMI (31).

Pour ce qui est de la relation entre « juger aisé de joindre un membre de PMI » et « avoir recours à la PMI pour des vaccinations », les effectifs faibles n'ont pas rendu interprétable statistiquement le tableau 8.

Concernant les moyens de communication avec la PMI utilisés par les médecins interrogés dans notre étude : 52.7% utilisent le téléphone, 40.1% le carnet de santé, 5,3% le courrier et 1.9% le mail.

Ces tendances sont en accord avec celles observées dans les thèses de M. Kiener (39) et de L. Dufour (32) qui décrivaient des contacts essentiellement par voie téléphonique.

En revanche D. Elchardus dans son étude (31) rapportait une utilisation peu fréquente du téléphone et une communication réduite à celle par le carnet de santé.

On peut noter un possible biais à cette question car nous n'avions pas mis de case « aucun » dans le questionnaire. Ainsi on peut penser que la case carnet de santé, qui est rempli régulièrement, a été cochée par défaut pour ceux qui considèrent ne pas communiquer avec la PMI.

Hypothèse n°5 : Connotation répressive de la PMI.

Cette question était posée afin d'explorer le ressenti des médecins sur les interactions PMI et sphère juridique dans le domaine de protection de l'enfant en danger.

D. Elchardus dans sa thèse, constate qu'aucun médecin généraliste ne relève de « placements abusifs » de la part de la PMI (31). Mais L. Dufour met en avant le fait que la PMI « garde une image de répression » (32). Les tendances sont donc nuancées suivant les études. Ici, les résultats descriptifs à la question « avez-vous déjà craint une divulgation des informations médicales partagées » montrent que, globalement, les médecins interrogés ne le craignent pas à 86.2%.

Le tableau 9 montre la relation entre « penser que les patients sont stigmatisés en PMI » et « avoir recours à la PMI pour une situation de maltraitance ». L'analyse statistique montre que ces données sont indépendantes ($Q_{obs}=0.13 < 3.80$; $p=0.721 > 0.05$). En effet quoique pensent les médecins de la stigmatisation des patients en PMI, ils n'ont quasiment jamais recours à la PMI pour une suspicion de maltraitance.

Le tableau 10 montre les relations entre « craindre une divulgation d'information » et « avoir recours à la PMI pour une suspicion de maltraitance ». L'interprétation statistique par le Khi-2 n'a pas été possible car les effectifs étaient inférieurs à cinq.

Il apparaît nécessaire de nuancer les réponses à cette question en se demandant si la question « crainte d'une divulgation d'information » était assez claire et comprise dans le sens de crainte de placements ou de mesures judiciaires dans les cas de suspicion de maltraitance.

Hypothèse n°6 : Relation avec la PMI limitée aux cas de maltraitance et de précarité.

Pour répondre à cette question nous avons comparé les résultats « souvent » et « très souvent » aux différentes questions de la deuxième partie, qui explorent le recours à la PMI pour les différentes missions (tableau 11).

On constate que globalement les médecins répondaient peu « souvent », mais que pour trois des missions les pourcentages de « souvent » étaient un peu plus hauts.

Pour un suivi pédiatrique pour des familles précaires, ils étaient 13,8% à avoir souvent recours à la PMI ; pour le suivi de développement de nourrisson ils étaient 7.3%, et enfin pour une suspicion de maltraitance ils étaient 4.6%.

Pour analyser ces trois pourcentages il faut rappeler comme le dit M.S Bacle dans sa thèse, que beaucoup de médecins considèrent la maltraitance comme quelque chose de rare en médecine générale (26). Aussi quand 4.6% estiment avoir recours souvent à la PMI pour une suspicion de maltraitance, on peut considérer que ce pourcentage est relativement conséquent.

En revanche, ils ne sont que 7.3% à avoir recours souvent à la PMI pour un suivi de nourrisson, alors que c'est quotidiennement rencontré en médecine générale pour la plupart des généralistes.

Aussi les sujets de maltraitance et de précarité sont deux sujets pour lesquels les médecins semblent avoir davantage recours à la PMI que pour les autres missions qu'elle exerce.

On retrouve les mêmes constats dans la thèse de M. Kiener : « les cas où ils collaborent [...] difficulté sociale [...] suspicion de maltraitance [...] pour infos complémentaires pour un suivi d'enfant » (39).

Cela était encore plus évident dans la thèse de D.Elchardus qui avançait que « 22% des médecins considéraient que la PMI était uniquement destinée au quart monde » (31).

S. Layssac quant à lui mettait en avant que « l'une des missions qui semble la plus importante aux yeux des médecins généralistes est la prise en charge de la maltraitance » (34).

Hypothèse 7 : Manque de retour d'information de la part de la PMI.

Les résultats descriptifs à la question « estimez-vous avoir un retour d'information suffisant quand vous communiquez avec la PMI ? » montrent que 40.3% des médecins estiment que le retour d'information est insuffisant, contre 23.7% qui le jugent suffisant. De plus, une part importante ne se prononce pas (36%).

On peut penser à nouveau que cette part de sujet qui ne se prononce pas correspond à la part qui ne communique jamais avec la PMI.

M. Kiener estime que « le retour d'information permettrait d'améliorer la collaboration » (39).

L'analyse du tableau 12 qui porte sur la relation entre « estimer un retour suffisant d'information lors d'une communication avec la PMI » et « avoir recours à la PMI pour un suivi de nourrisson », montre que ces données sont corrélées ($Q_{obs}=33.6 > 3,80$; $p=3.86 \cdot 10^{-9} < 0.05$). En effet les pourcentages de ceux qui ont souvent recours à la PMI pour un suivi de développement de nourrisson sont plus élevés quand ils jugent que le retour d'information est tout à fait et plutôt suffisant (0% et 14%) que lorsqu'ils jugent qu'il ne l'est pas du tout ou plutôt pas (0% et 4.5%). Inversement, les pourcentages de ceux qui n'ont jamais recours à la PMI pour un suivi de nourrisson sont plus élevés quand ils jugent que le retour d'information n'est pas (ou plutôt pas) suffisant (68,4% et 29,2%) que lorsqu'ils jugent qu'il l'est plutôt (ou tout à fait) (28.1% et 20%).

Hypothèse 8 : Méconnaissance des missions de la PMI.

Dans la première partie du questionnaire, les médecins étaient interrogés sur le recours à la PMI dans leurs pratiques pour différentes missions énoncées au fil des questions. S'ils répondaient jamais, il leur était alors proposé de cocher l'une des deux réponses aux choix est-ce que parce que « vous préférez adresser en libéral ou à l'hôpital, ou car « vous ignorez la présence de sagefemme/puéricultrice/médecin de PMI dans votre secteur ? ».

Il faut nuancer les réponses à cette question parce que lorsque la case « jamais » était cochée, un pourcentage moyen de 25.7% sur l'ensemble des questions n'ont pas coché les cases suivantes qui permettaient de donner une explication à leur réponse. De plus, il leur était demandé de cocher qu'une seule réponse, mais peut être certains préféraient-ils adresser en libéral ou à l'hôpital tout en ignorant l'existence du personnel de PMI responsable de cette mission.

Aussi on retrouve des pourcentages allant de 27.8% qui ignorent la présence d'une sagefemme de PMI sur leur secteur à 6.3% qui ignore la présence d'une puéricultrice de PMI sur leur secteur. Cette méconnaissance est probablement sous-estimée en raison du biais de non réponse aux sous questions.

Effectivement, S. Layssac mettait en avant dans sa thèse que le suivi de la femme enceinte était une mission peu connue des médecins généralistes (34). L. Dufour (32) concluait que les consultations de nourrissons pour le suivi étaient plus connues et parfois considérées comme la mission principale par les médecins généralistes.

Hypothèses 9 : Données sociodémographiques.

Le tableau 13 étudiait les relations entre « recours pour un suivi de nourrisson » et « sexe » du médecin répondant. L'analyse statistique montre une indépendance entre ces deux variables ($Q_{obs}=0,207 < 3.80$; $p=0.649 > 0.05$).

Le tableau 14 étudiait les relations entre « recours pour un suivi de femmes enceintes » et « sexe » du médecin répondant. L'analyse statistique montre que ces variables sont indépendantes ($Q_{obs}=3.602 < 3.80$, $p=0.057 > 0.05$).

Aussi les médecins femmes n'ont pas plus recours à la PMI pour un suivi de nourrisson ou pour un suivi de femmes enceintes que les médecins hommes.

L'analyse du tableau 15 montrant la relation entre « recours à la PMI pour des vaccinations » et « sexe » du médecin répondant montre une corrélation entre ces deux variables ($Q_{obs}=28.161$; $p=1.1 * 10^{-7} < 0.05$), les médecins hommes sont plus nombreux à avoir recours souvent à la PMI pour des vaccinations.

Il n'est pas retrouvé dans la littérature de données allant dans ce sens-là, et il n'y a pas non plus d'explication évidente pour expliquer cette tendance.

Le tableau 16 étudie la relation entre « recours pour un suivi de nourrisson » et « localisation du cabinet ». L'interprétation statistique a été faite en simplifiant selon deux modalités : urbain et rural afin d'augmenter les effectifs dans chaque catégorie et améliorer la pertinence statistique. Elle montre une indépendance des deux variables ($Q_{obs}=0,697 < 3.80$; $p=0.403 > 0.05$). On ne voit pas de nette tendance à avoir recours à la PMI souvent ou jamais, selon que les cabinets sont urbains ou ruraux.

Le tableau 17 étudiant la relation entre « localisation du cabinet » et « avoir recours à la PMI pour des vaccinations » n'a pas pu être interprété statistiquement du fait d'effectifs trop faibles inférieurs à cinq. Sous cette réserve, on n'observait pas de nette tendance à adresser plus ou moins à la PMI pour des vaccinations entre les cabinets ruraux et urbains.

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1 Les forces

Cette étude a été faite sur l'ensemble de la Vendée, auprès de tous les médecins généralistes du département, ce qui permet d'obtenir une meilleure représentation que si nous avions pris seulement une ou plusieurs villes ou cantons.

De plus, le taux de réponse était de 60.2% et le taux de réponses analysées de 56.7%, ce qui est élevé et au-delà des attentes.

2.2 Les limites

*Biais de sélection :

Il existe un biais de sélection, effectivement les réponses analysées représentaient 56.7% des envois. Ainsi 43,3% de la population sélectionnée n'a pas été analysée. Il est possible que les répondants fussent des médecins sensibles ou intéressés aux relations entre PMI et médecins généralistes. Aussi, analyser l'avis des non répondants aurait pu modifier les résultats.

*Biais d'attrition :

Seize questionnaires ont été exclus de l'analyse car ils ne correspondaient pas aux critères de sélection préalablement énoncés. Ils ont pu être retirés car les médecins précisaient sur le questionnaire renvoyé qu'ils étaient allergologue ou médecin d'EHPAD par exemple, ce qui était un critère d'exclusion.

On peut imaginer que d'autres questionnaires ont été envoyés à tort à des médecins dont l'activité spécifique les excluait de la sélection (si celle-ci n'était pas mentionnée sur le listing de l'ARS) et que ces réponses ont été prises en compte dans l'analyse.

*Biais de confusion :

Les tableaux de contingence à deux variables présentés dans les résultats permettent d'analyser la corrélation qui existe entre les deux variables étudiées. Ainsi quand l'analyse statistique montre une corrélation, on conclue que les deux variables étudiées influent l'une sur l'autre. Cependant, il faut être prudent et dire que l'un n'est pas forcément la conséquence de l'autre et que d'autres facteurs, non étudiés ici peuvent entrer en jeu.

Par exemple on conclue que lorsque les médecins jugent que ce n'est pas aisé de joindre un médecin de PMI, cela les freine à avoir recours à elle pour un suivi de développement de nourrisson. Il y a une corrélation entre ces deux variables, mais on ne peut affirmer que ces médecins-là auraient davantage eu recours à la PMI s'ils disposaient de moyens pour communiquer facilement avec la PMI. Il existe d'autres facteurs non analysés ici qui expliquent qu'ils ne communiquent pas avec la PMI.

*Biais d'analyse :

Certains tableaux de contingence n'ont pas pu être analysés statistiquement par le test du khi-2 car certains effectifs étaient inférieurs à 5 individus.

3. Choix méthodologiques

3.1 Choix du type d'étude

Le travail bibliographique explorant les relations entre médecins généralistes et services de PMI a permis de retrouver notamment plusieurs thèses traitant cette question. Celles-ci étaient en grande majorité des études de type qualitatif comme par exemple celle de Maud Kiener (39), Laurine Dufour (32) ou Eulalie Delannoy-Pernin (30).

Ainsi, afin d'aborder la problématique sous un angle différent, nous avons décidé de faire une étude quantitative. Cette approche, différente de celles réalisées jusque-là, a cherché à vérifier des hypothèses et d'établir des relations causales (40).

3.2 Réalisation du questionnaire

Celui-ci a été élaboré à partir de guides trouvés dans la littérature (37) (40).

On a utilisé uniquement des questions fermées avec des choix multiples, afin de faciliter le remplissage par l'interrogé et d'avoir des réponses fiables. L'échelle de Likert utilisée comprend des réponses graduées pour proposer différents degrés d'opinion et faciliter le codage. Les réponses ont été proposées selon avec un nombre pair de réponse afin d'éviter le positionnement neutre et d'inciter le répondant à prendre parti, à l'exception de la dernière partie où il était proposé une case « je ne sais pas » (40).

Cependant, le positionnement du médecin répondant lors de sa réponse induisait une subjectivité importante qui amène une part d'imprécision. Par exemple, le niveau social de patientèle exprimé ou la part de pédiatrie n'était pas demandé en fonction du taux de CMUc dans la patientèle ou en fonction du nombre d'enfant de moins de 6ans suivis au cabinet. Ou

encore les réponses selon l'échelle « souvent, très souvent, parfois, jamais » sont plus subjective que s'il avait été demandé par exemple « Moins de cinq, entre cinq et dix ou supérieur à dix au cours du dernier mois ».

3.3 Choix du questionnaire papier auto-administré

Le choix d'un questionnaire papier auto administré permettait au médecin de choisir le moment le plus opportun pour lui pour le remplir et de garantir l'anonymat.

Deux alternatives étaient possibles à ce choix : la première était l'envoi par e-mail, mais d'une part le mailing des médecins généralistes de Vendée est conservé confidentiel par l'Ordre et d'autre part le taux de réponse attendu est inférieur lors d'un envoi par e-mail que par un envoi par courrier. La deuxième alternative était le questionnaire téléphonique, mais celui-ci comporte l'inconvénient d'être plus chronophage pour le médecin généraliste.

Une enveloppe timbrée était jointe afin d'augmenter le taux de réponses.

3.4 Lieu de l'étude

J'ai choisi de réaliser l'étude en Vendée. Les études réalisées jusque-là ont été faites dans différents départements : en Gironde (32), dans la Vienne (39) ou dans l'Hérault (34) par exemple, mais jamais les relations entre PMI et médecins généralistes n'ont été étudiées en Vendée.

En outre, ce département étant celui où j'exerce actuellement et où j'ai effectué mes stages en PMI et en médecine ambulatoire, il était intéressant pour moi d'étudier les déterminants de la relation entre médecins généralistes et services de PMI sur ce secteur.

Le choix de la Vendée comme échelle géographique a permis une meilleure pertinence de l'étude, car cela a permis de recouvrir les différentes circonscriptions de PMI du département, et donc de s'intéresser aux relations avec des intervenants de PMI plus variés et plus nombreux.

3.5 Inclusion des sujets

Nous avons choisi de réaliser l'étude en interrogeant uniquement les médecins généralistes et non ceux de PMI. Dans les études réalisées jusque-là les médecins interrogés étaient parfois les médecins généralistes, parfois les médecins de PMI, parfois les deux. Les médecins généralistes représentant déjà un nombre important de sujets, il est apparu plus pertinent de se concentrer sur leur point de vue pour cette étude.

De ce fait, le point de vue des médecins ou des membres de PMI n'a pas été analysé, même s'il aurait pu aussi bien sûr, contribuer à expliquer les déterminants de la relation entre ces deux entités.

CONCLUSION

Ce travail a permis de montrer pour quelles missions de la PMI les médecins généralistes de Vendée y avaient recours. Au-delà des différents recours, il a permis de mettre en évidence des déterminants de la relation entre les médecins généralistes et les services de PMI.

Les médecins connaissent mal les missions de la PMI et ignorent souvent la présence des différents spécialistes de la petite enfance ou de la maternité qui travaillent dans leur secteur, notamment les sages-femmes et les puéricultrices. Par cette méconnaissance, les domaines d'échanges et d'interactions entre les deux parties apparaissent comme limités. En effet, on constate que les médecins généralistes sont amenés à entrer en relation avec les services de PMI surtout dans des cas de maltraitance ou de précarité, peu pour d'autres sujets.

S'ils connaissent en partie les missions de la PMI, ils ne connaissent toutefois que rarement physiquement leurs interlocuteurs, ce qui peut amener une moins grande confiance pour adresser les nourrissons ou confier leurs patients que lorsqu'une connaissance est établie et un lien de confiance créé.

Globalement les médecins généralistes ne communiquent pas beaucoup avec les services de PMI. Une part conséquente des médecins généralistes considère que c'est chronophage ou peu aisé de joindre un membre de PMI, ce qui ne favorise pas la communication. Certains, mais ils sont peu nombreux, sont freinés par l'impression d'une concurrence.

Or la relation et la coordination entre professionnels impliqués dans la santé préventive du jeune enfant, de la parentalité et du suivi des femmes enceintes sont fondamentales pour parfaire les compétences des uns et des autres et être au plus près des objectifs professionnels dans ce domaine. Voyons quelques propositions qui pourraient favoriser ces échanges en Vendée.

Pour pallier au manque de connaissance physique des interlocuteurs, l'organisation d'une rencontre entre les différents acteurs serait un premier pas pour nouer un lien. Au cours de celle-ci pourrait être présenté le travail de terrain des équipes de PMI, leur mode de fonctionnement ainsi que leurs missions. Cette démonstration des rôles de chacun permettrait de mettre en exergue l'importance d'une communication entre les deux parties sur chaque secteur.

A cette occasion la diffusion des coordonnées e-mail et téléphone des différents interlocuteurs permettrait de faciliter une prise de contact ultérieure.

Enfin une feuille de liaison ou un équivalent de compte rendu pourrait être imaginé pour permettre un retour d'information lorsqu'un contact a été pris avec la PMI afin d'informer le médecin traitant de la prise en charge ou du suivi si celui-ci n'apparaît pas sur le carnet de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. République française. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004 août 13.
2. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Société française de Santé Publique. 2008 juin 23;20(5):489–500.
3. République française. Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile. 1945 nov 2.
4. Code de santé publique. Décret n°62-840 du 19 juillet 1962. 1962 juill 19.
5. République française. Loi n°70-633 du 15 juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs. 1970 juill 15.
6. République française. Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances. 1974 déc 4.
7. République française. Loi n°77-505 du 17 mai 1977 relative aux assistantes maternelles. 1977 mai 17.
8. Code de santé publique. Article L.148 (modifié par Loi n°89-899 du 18 décembre 1989 - art. 1 JORF 19 décembre 1989 abrogé par Ordonnance 2000-548 2000-06-15 art. 4 I JORF 22 juin 2000).
9. Code de santé publique. Article L.149 (modifié par Loi n°92-642 du 12 juillet 1992 - art. 6 JORF 14 juillet 1992 abrogé par Ordonnance 2000-548 2000-06-15 art. 4 I JORF 22 juin 2000).
10. Code de santé publique. Article L.2112-1 (modifié par Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 - art. 1 JORF 6 mars 2007).
11. Code de santé publique. Article L.2112-2 (modifié par Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 31).
12. ONED. Les 7 enjeux de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007
13. Code de l'éducation. Article L.541-1(modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 3).
14. Code de l'action sociale et des familles. Article L.226-3 (modifié par Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 10).

15. Code de l'action sociale et des familles. Article L.112-4 (modifié par Loi n°94-5 du 4 janvier 1994 - art. 35 JORF 5 janvier 1994 en vigueur le 1er juillet 1994).
16. Code de santé publique. Article L.4130-1 (modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68).
17. Réseau des maternités et des professionnels de la périnatalité de la région Pays de la Loire. (page consultée le 23 mars 2017). Grandir ensemble, [Internet]. <http://www.reseau-naissance.fr/grandir-ensemble/>
18. Vendée Le Département. Présentation du service de PMI. 2016.
19. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002;2-52.
20. Code de santé publique. Article L.1411-11 (modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158).
21. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. ETUDES et RESULTATS. 2007 août;(588):2-8. Disponible sur internet <<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf>>
22. HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2005 sept. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans_-_propositions_2006_2006_12_28__15_55_46_52.pdf>
23. ORS, URML. Suivi de grossesse : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. Panel en médecine générale [internet]. 2016 oct (14). Disponible sur: <http://www.santepaysdelaloirecom/ors/sites/ors/files/publications/PanelIMG/2016_14_suivi_grossesse_panel3mgpdl.pdf>
24. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Synthèse des recommandations professionnelles [Internet]. 2016 mai. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf>
25. République française. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007 mars 5.

26. Bacle MS. Le médecin généraliste face à l'enfant en danger : 10 récits de médecins de Loire Atlantique [Thèse d'exercice médecine générale]. Nantes: université de Nantes faculté de médecine; 2014.
27. ORS Pays de la Loire. Médecins généralistes. La santé observée dans les Pays de la Loire [internet]. 17 mars 2015. Disponible sur: <http://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-Iso/AccompSoinsPrev/MedGen/pdf_med_generalistes_lsoonline.pdf>
28. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Pays de La Loire Situation en 2013. Atlas Régionaux de la démographie médicale en France [Internet]. 2013 (3). Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf>
29. ORS, URML. Le réseau professionnel des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel en médecine générale [Internet]. 2009 mars. Disponible sur: <http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2009panel1_v2_rapport.pdf>
30. Delannoy-Pernin E. Perception de la protection maternelle et infantile par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés en Moselle [Thèse d'exercice médecine générale]. Nancy: université Henri Poincaré Faculté de médecine; 2011.
31. Elchardus D. Dialogue entre médecins généralistes et médecins de protection maternelle et infantile : enquête réalisée sur un secteur de Reims [Thèse d'exercice médecine générale]. Reims: université de Reims faculté de médecine; 2008.
32. Dufour L. Collaboration entre le service de Protection Maternelle et Infantile et les Médecins Généralistes dans la prise en charge de l'enfant de moins de six ans : enquête qualitative croisée auprès de médecins de PMI et de médecins généralistes installés en Gironde [Thèse d'exercice médecine générale]. Bordeaux: Université Bordeaux 2 Victor Ségalen U.F.R des sciences médicales; 2014.
33. Fanello S, Hassani A, Meunier B, Dagorne C, Parot E. Consultation du nourrisson en PMI : enquête auprès des usagers et des professionnels d'un département français. Santé Publique. 2007;19(1):9-18.
34. Layssac S. Déterminants de la communication entre médecins généralistes et protection maternelle et infantile : enquête qualitative auprès de médecins généralistes de l'Hérault [Thèse d'exercice médecine générale]. Montpellier: Université de Montpellier 1 faculté de médecine; 2014.

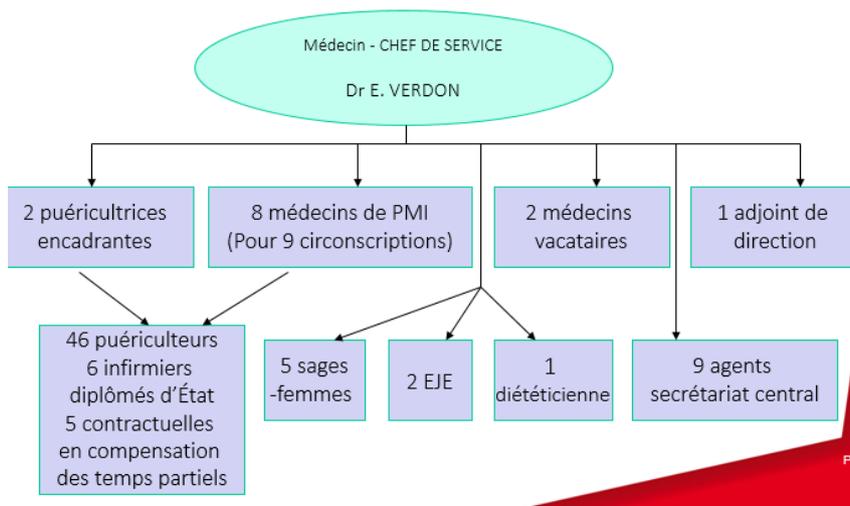
35. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels. *Rev epidemiol santé.* 2008;56:197-206.
36. Fouillen M. Caractéristiques des consultations de nourrissons en médecine générale: observation de 222 consultations [Thèse d'exercice médecine générale]. Nantes: Université de Nantes faculté de médecine; 2015.
37. Maisonneuve H, Fournier JP. Construire une enquête et un questionnaire. *Erespect.* 2012 Oct;(2):3-47.
38. Institut Pierre Louis. (page consultée le 4 Mars 2017). BiostaTGV, [Internet]. <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests/chideux>
39. Kiener M. Collaboration entre médecins généralistes et médecins de PMI: enquête qualitative par focus group dans la Vienne [Thèse d'exercice médecine générale]. Poitiers: Université de Poitiers faculté de médecine et pharmacie; 2015.
40. Frappé P. Initiation à la recherche Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Neuilly-sur-Seine: *Rev Praticien*; 2011.

ANNEXES

LES DIFFERENTES CIRCONSCRIPTIONS DE VENDEE



Annexe 1 Les différentes circonscriptions de Vendée- Powerpoint présentation service PMI (18).



Annexe 2 Organisation de la PMI en Vendée- Powerpoint présentation service PMI (18).

Partie I: Vous concernant

Une réponse par question

1. Vous êtes ?

- Un homme Une femme

2. Vous avez ?

- Moins de 40ans Entre 40 et 60ans Plus de 60 ans

3. Vous exercez ?

- En cabinet de groupe/maison de santé En cabinet seul

4. Selon vous votre lieu d'exercice est ?

- Urbain centre-ville Urbain banlieue Semi rural Rural

5. Vous exercez en libéral depuis ?

- Moins de 10 ans Entre 10 et 30 ans Plus de 30 ans

6. Avez-vous déjà exercé, ou exercez-vous parallèlement en PMI ?

- Oui Non

7. Selon vous le niveau social moyen de votre patientèle est ?

- Aisé Moyen Populaire Précaire

8. Selon vous le nombre de bénéficiaire de la CMU dans votre patientèle est ?

- Faible Moyen Important Très important

9. Selon vous, votre activité pédiatrique est ?

- Faible Moyenne Importante Très importante

10. Selon vous le nombre de suivi de grossesses dans votre patientèle est ?

- Faible Moyen Important Très important

Partie II: La PMI et vous**1/ Avez-vous déjà eu recours à la PMI pour:****1/1. Un suivi de femme enceinte?**

- Jamais* Parfois Souvent Très souvent

*Si, jamais, est-ce parce que? (cocher une réponse)

- En cas de difficulté vous préférez avoir recours à un spécialiste en libéral ou à l'hôpital.

- Vous n'êtes pas informé de l'existence d'une SF ou d'un gynécologue de PMI dans votre secteur

1/2. Un suivi de développement de nourrisson?

- Jamais* Parfois Souvent Très souvent

*Si, jamais, est-ce parce que? (cocher une réponse)

- En cas de difficulté vous préférez avoir recours à un spécialiste en libéral ou à l'hôpital.

- Vous n'êtes pas informé de l'existence d'un médecin spécialisé petite enfance ou d'une puéricultrice de PMI dans votre secteur

1/3. Un soutien à la parentalité?

- Jamais* Parfois Souvent Très souvent

*Si, jamais, est-ce parce que? (cocher une réponse)

- En cas de difficulté vous préférez avoir recours à un spécialiste en libéral ou à l'hôpital.

- Vous n'êtes pas informé de l'existence d'une puéricultrice de PMI dans votre secteur

1/4. Un suivi pédiatrique pour des familles précaires?

- Jamais* Parfois Souvent Très souvent

*Si, jamais, est-ce parce que? (cocher une réponse)

- En cas de difficulté vous préférez avoir recours à un spécialiste en libéral ou à l'hôpital.

- Vous n'êtes pas informé de l'existence d'un médecin spécialisé petite enfance ou d'une puéricultrice de PMI dans votre secteur 57

1/5. Des questions de sommeil et/ou d'alimentation pour un enfant de moins de 6 ans?

Jamais* Parfois Souvent Très souvent

*Si, jamais, est-ce parce que? (cocher une réponse)

- En cas de difficulté vous préférez avoir recours à un spécialiste en libéral ou à l'hôpital.

- Vous n'êtes pas informé de l'existence d'une puéricultrice de PMI dans votre secteur

1/6. Des questions liées à la garde d'enfant?

Jamais Parfois Souvent Très souvent

1/7. Des vaccinations?

Jamais Parfois Souvent Très souvent

1/8. Une suspicion de maltraitance?

Jamais Parfois Souvent Très souvent

*Si, jamais, est-ce parce que? (cocher une réponse)

- Vous préférez rester seul intervenant

- Vous adressez à un spécialiste en libéral

- Vous adressez à un spécialiste en hôpital

2/Concernant vos échanges passés ou potentiels avec la PMI:

2/1. Vous avez déjà craint une divulgation des informations médicales partagées

Oui, tout à fait Plutôt oui Ne sait pas Plutôt non Non, pas du tout

2/2. Vous pensez que les patients sont stigmatisés en PMI

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'accord Sans opinion

3/3. Vous sentez une concurrence avec les médecins de PMI

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'accord Sans opinion

3/ En pratique

3/1. Connaissez-vous la localisation du centre de PMI qui couvre votre secteur?

Oui Non

3/2. Si oui, est-il facilement accessible depuis votre cabinet?

Pas du tout Plutôt non Ne sait pas Plutôt oui Oui tout à fait

3/3. Si vous voulez joindre un personnel de PMI (sage-femme, médecin ou puéricultrice), cela est-il aisé?

Pas du tout Plutôt non Ne sait pas Plutôt oui Oui tout à fait

3/4. Joindre un membre de la PMI vous paraît-il chronophage?

Pas du tout Plutôt non Ne sait pas Plutôt oui Oui tout à fait

3/5. Pour communiquer avec la PMI vous utilisez plutôt?

Le téléphone Le mail Le courrier Le carnet de santé

3/6. Connaissez-vous physiquement vos interlocuteurs à la PMI

Pas du tout Plutôt non Ne sait pas Plutôt oui Oui tout à fait

3/7. Estimez-vous avoir un retour d'information suffisant quand vous communiquez avec la PMI?

Pas du tout Plutôt non Ne sait pas Plutôt oui Oui tout à fait

Claire Bretonniere

Le 14/11/2016

Chère consœur, cher confrère,

Actuellement en fin d'internat de médecine générale, je réalise mon travail de thèse, et me permets de vous solliciter au travers de ce courrier.

En réalisant mes stages en médecine ambulatoire en Vendée et au sein de la PMI sur le secteur des Sables d'Olonne, j'ai pu constater que les échanges entre médecins généralistes et PMI n'étaient pas toujours satisfaisants ni pour les uns ni pour les autres, ou limités à certains cas précis.

C'est pourquoi j'ai décidé de tenter de mieux connaître et comprendre cette situation et d'en faire mon travail de thèse, dans une perspective d'amélioration des pratiques des uns et des autres.

Cette étude sera dirigée par le Dr Elodie Cosset et va s'adresser aux médecins généralistes de Vendée.

Ainsi je vous demande de bien vouloir m'accorder quelques minutes de votre temps **en répondant au questionnaire papier ci-joint**. Il a été envoyé à tous les médecins généralistes de Vendée pour une plus grande pertinence de l'étude, et sera traité de façon anonyme.

Une enveloppe timbrée vous est jointe pour le retour, souhaité avant le 31 décembre 2016.

Espérant que ce courrier retiendra votre attention,

Merci par avance de votre participation.

Bien confraternellement

Claire Bretonnière

Annexe 4 Courrier accompagnant le questionnaire

ddl	α								
	0,9	0,5	0,3	0,2	0,1	0,05	0,02	0,01	0,001
1	0,016	0,455	1,074	1,642	2,706	3,841	5,412	6,635	10,827
2	0,211	1,386	2,408	3,219	4,605	5,991	7,824	9,21	13,815
3	0,584	2,366	3,665	4,642	6,251	7,815	9,837	11,345	16,266
4	1,064	3,357	4,878	5,989	7,779	9,488	11,668	13,277	18,467
5	1,61	4,351	6,064	7,289	9,236	11,07	13,388	15,086	20,515
6	2,204	5,348	7,231	8,558	10,645	12,592	15,033	16,812	22,457
7	2,833	6,346	8,383	9,803	12,017	14,067	16,622	18,475	24,322
8	3,49	7,344	9,524	11,03	13,362	15,507	18,168	20,09	26,125
9	4,168	8,343	10,656	12,242	14,684	16,919	19,679	21,666	27,877
10	4,865	9,342	11,781	13,442	15,987	18,307	21,161	23,209	29,588
11	5,578	10,341	12,899	14,631	17,275	19,675	22,618	24,725	31,264
12	6,304	11,34	14,011	15,812	18,549	21,026	24,054	26,217	32,909
13	7,042	12,34	15,119	16,985	19,812	22,362	25,472	27,688	34,528
14	7,79	13,339	16,222	18,151	21,064	23,685	26,873	29,141	36,123
15	8,547	14,339	17,322	19,311	22,307	24,996	28,259	30,578	37,697
16	9,312	15,338	18,418	20,465	23,542	26,296	29,633	32	39,252
17	10,085	16,338	19,511	21,615	24,769	27,587	30,995	33,409	40,79
...									

Annexe 5 Table théorique du khi-2. Université de Nice.

Vu, la Présidente du Jury,

Pr Christèle GRAS LE GUEN
Urgences Pédiatriques
Hôpital Mère et Enfant
38, boulevard Jean Monnet
44093 NANTES Cedex 1
N° RPPS : 10002530730

Vu, la Directrice de Thèse,



Vu, le Doyen de la Faculté,

RÉSUMÉ

NOM : BRETONNIERE

PRENOM : Claire

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

Contexte: Le médecin généraliste a été placé au cœur du système de santé par la loi d'août 2004. La conjoncture actuelle en matière de démographie médicale renforce ce rôle de pivot au cœur des réseaux de soins. Les médecins généralistes comme les services de PMI exercent un rôle primordial en matière de santé préventive du jeune enfant, de suivi des femmes enceintes et de soutien à la parentalité. Dans cette dynamique, il est primordial qu'ils puissent échanger et communiquer. Mon expérience en stage et différentes études montrent que peu de communication existe entre ces deux entités.

Méthode: Étude quantitative épidémiologique descriptive transversale ayant pour objectif de déterminer la nature de la relation entre services de PMI et médecins généralistes en Vendée. Elle est basée sur un questionnaire papier auto administré par envoi postal à tous les médecins généralistes de Vendée inscrits sur la liste de l'ARS, soit 462 envois. Ont été exclus les médecins urgentistes ou les médecins à exercice particulier notifiés sur le listing ARS.

Résultats: 262 réponses analysées soit 56,7% des envois. Différents freins à la relation ont été relevés. Les médecins connaissent mal les missions de la PMI, par exemple 27.8% ignorent la présence d'une sagefemme de PMI sur leur secteur. La suspicion de maltraitance ou le suivi de familles précaires sont les missions les plus connues et les plus exploitées par les médecins généralistes. Ils ne connaissent pas physiquement leurs interlocuteurs (66% pas du tout et 20% plutôt non) et ont moins recours à la PMI pour un suivi de nourrisson lorsqu'ils ne connaissent pas physiquement l'interlocuteur (Qobs=138,6 ; $p=5,31*10^{-32}$). 18% sont globalement d'accord avec une concurrence avec les médecins de PMI et ils ont moins recours à la PMI pour un suivi de nourrissons lorsqu'ils se sentent concurrencés (Qobs 7,035 ; $p=0,008$). Peu de médecins craignent une divulgation des infos transmises (un pour cent oui tout à fait et quatre pour cent plutôt oui). 45% pensent qu'il est chronophage de joindre un personnel de PMI et de ce fait ont moins recours pour un suivi de nourrisson (Qobs=7,6 ; $p=0,006$). 24% pensent que le retour d'information de la PMI est insuffisant et y ont alors moins recours pour un suivi de nourrisson (Qobs=33,57 ; $p=3,86*10^{-9}$).

Conclusion: Il a été mis en évidence une méconnaissance des missions de la PMI et de ses membres par les médecins généralistes, ainsi que différents freins à l'interaction entre ces deux entités. L'organisation d'une rencontre entre PMI et médecins généralistes pourrait permettre de nouer un lien et favoriser les échanges futurs.

MOTS-CLES: Médecine générale - PMI - Communication - Collaboration - Réseaux de soins