

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 014

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Swantje BLONDEL

née le 11 août 1988 à Fribourg en Brisgau (Allemagne)

Présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2016

**PROFIL ET MOTIVATIONS DES FAMILLES VENANT POUR LEUR ENFANT EN
CONSULTATION ET/OU EN PERMANENCE EN PMI
Enquête auprès des usagers de la PMI de Vendée**

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Remerciements

A Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury et avoir accepté de diriger ma thèse.

Merci pour ton aide et ton soutien.

Merci pour ta disponibilité et ta bienveillance.

Merci pour le temps investi à relire et corriger mes écrits.

A Madame le Professeur Leïla MORET,

Pour me faire l'honneur de juger ce travail à la lumière de vos connaissances, en espérant qu'il vous intéressera autant que moi.

A Madame le Docteur Elise LAUNAY,

Pour me faire l'honneur de juger ce travail à la lumière de vos connaissances, en espérant qu'il vous intéressera autant que moi.

A Madame le Docteur Edwige VERDON,

Pour me faire l'honneur de juger ce travail.

Pour m'avoir autorisée à réaliser mon enquête au sein de votre service, et pour votre soutien.

A tous les médecins, puéricultrices et secrétaires de la PMI de Vendée pour m'avoir tant aidée à réaliser ce travail. Sans vous celui-ci n'aurait pas pu être possible.

Plus particulièrement à Anne Hardy et Emmanuel Aran pour m'avoir fait découvrir et aimer leur beau métier qu'est la PMI.

A toutes ces personnes que j'ai croisées durant ces études et qui ont forgé le médecin que je suis aujourd'hui.

A Cédric pour ton aide si précieuse pour me sortir de ces stats.

A Anne-Laure pour m'avoir prêté ton mari et pour tous ces moments passés ensemble depuis le début de ces études.

A ma famille pour son soutien depuis le début.

A mon presque-mari pour son amour inconditionnel dans le bonheur comme dans les épreuves, et ce jusqu'à ce que ...

Table des matières

PARTIE 1 : UN DISPOSITIF ANCIEN QUI A CONNU DES EVOLUTIONS CONSIDERABLES	7
I. HISTORIQUE DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE ET CONTEXTE LEGAL.....	8
1.1. <i>Historique</i> ¹⁻³	8
1.2. <i>Ordonnance n°45.27.20 du 2 novembre 1945</i> ⁴	9
1.3. <i>Les années 60</i>	10
1.4. <i>Les années 70</i>	11
1.5. <i>Les années 80</i>	12
1.6. <i>Lois de décentralisation du 2 mars 1982</i> ¹⁰ <i>et du 22 juillet 1983</i> ¹¹	12
1.7. <i>Loi du 18 décembre 1989</i> ¹²	13
1.8. <i>Loi du 5 mars 2007</i> ¹³	14
II. ORGANISATION DE LA PMI AUJOURD'HUI EN VENDEE	15
2.1. <i>Organisation</i>	15
2.1.1. Direction	15
2.1.2. Organisation géographique	16
2.1.3. Le personnel	17
2.2. <i>Le financement de la PMI</i>	19
2.3. <i>Les missions de la PMI en Vendée</i>	19
2.3.1. Actions autour de la naissance	20
2.3.2. Actions en faveur du bon développement de l'enfant	21
2.3.3. Modes de garde.....	22
2.3.4. Protection de l'enfance.....	22
2.3.5. Autres	22
2.4. <i>Les partenaires</i>	23
2.4.1. Le service social départemental	23
2.4.2. L'aide sociale à l'enfance (ASE).....	23
2.4.3. Autres	23
III. SITUATION ACTUELLE	25
3.1. <i>Données démographiques</i>	25
3.2. <i>Contexte socio-économique</i>	25
3.3. <i>Contexte médical</i> ³⁰	27
PARTIE 2 : ENQUETE AUPRES DES USAGERS DE LA PMI DE VENDEE	29
I. DESCRIPTION DE L'ENQUETE	30
1.1. <i>Objectif et type d'enquête</i>	30
1.2. <i>Méthode de recueil des données</i>	30
1.3. <i>Population étudiée</i>	32
1.4. <i>Présentation du questionnaire (cf Annexe 1)</i>	32
1.5. <i>Traitement des données</i>	33
II. RESULTATS	35
2.1. <i>Profil des familles consultantes</i>	36
2.1.1. Profil global.....	36
2.1.2. Profil des consultants en permanence versus en consultation	41
2.2. <i>Que viennent-ils y chercher ?</i>	43
2.2.1. En global	43
2.2.2. En fonction de leur nationalité	44
2.2.3. En fonction de l'âge des parents	45
2.2.4. En fonction de leur statut marital.....	46
2.2.5. En fonction de la composition du foyer.....	47
2.2.6. En fonction de la distance du logement	50
2.2.7. En fonction de leur profession.....	51
2.2.8. En fonction du dernier diplôme du parent consultant	53
2.2.9. En fonction de leur couverture maladie	54

2.3. <i>Au total</i>	56
2.3.1. Profil des familles venant en PMI	56
2.3.2. Profil de la famille venant en consultation en PMI	56
2.3.3. Profil de la famille venant en permanence en PMI	57
PARTIE 3 : DISCUSSION	58
I. LIMITES DE L'ENQUETE	59
1.1. <i>Limites du recrutement</i>	59
1.2. <i>Limites déclaratives</i>	59
1.3. <i>Limites dues aux non-répondants</i>	59
II. PROFIL DES CONSULTANTS	60
2.1. <i>Nationalité</i>	60
2.2. <i>Age des parents</i>	60
2.3. <i>Age de l'enfant</i>	61
2.4. <i>Statut marital</i>	62
2.5. <i>Composition de la famille</i>	62
2.5.1. Parents ayant la garde	62
2.5.2. Nombre d'enfants	63
2.6. <i>Logement</i>	63
2.6.1. Distance entre le logement et le centre de PMI	63
2.6.2. Type de logement	63
2.7. <i>Profil professionnel des parents</i>	64
2.7.1. Profession des parents	64
2.7.2. Dernier diplôme du parent consultant	65
2.8. <i>Couverture maladie</i>	65
2.9. <i>Suivi de l'enfant</i>	66
III. POURQUOI LA PMI ?	67
3.1. <i>Origine de la décision</i>	67
3.2. <i>Raisons de cette décision</i>	67
IV. AVENIR ET ENJEUX DE LA PMI	70
4.1. <i>Une structure indispensable</i>	70
4.2. <i>... mais dont le rôle reste à redéfinir</i>	71
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	74
ANNEXES	79

Partie 1 :

Un dispositif ancien qui a connu des
évolutions considérables

I. Historique de la Protection Maternelle et Infantile et contexte légal

Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) tel qu'il existe aujourd'hui s'est construit et a modifié ses missions au fur à mesure de l'évolution de l'état de santé et de l'état d'esprit des populations, et il continue encore de changer de nos jours. Après des prémices historiques, c'est réellement après la guerre de 1945 qu'il a vu le jour, et ce dans un effort post-guerre de repeupler le pays.

1.1. Historique¹⁻³

Le regard sur l'enfant a considérablement changé au fil des siècles. Initialement considéré comme un adulte, participant aux mêmes activités et aux mêmes travaux, un changement de mentalité s'opère au XVII^e siècle, considérant alors l'enfance comme la première phase de la vie, nécessitant une attention particulière du fait de sa fragilité.

Paradoxalement, les conditions de vie des jeunes enfants comprennent de multiples agressions, sévices, infanticides et abandons. Une forte mortalité est observée.

Alerté devant le nombre grandissant d'abandons et les conditions désastreuses dans lesquelles ils sont pris en charge, le prêtre St Vincent de Paul va fonder la Compagnie des Filles de la Charité, reconnue et officialisée en 1670.

Le 27 juin 1793, la Convention vote une loi fondant la protection de l'enfance ; l'éducation des enfants abandonnés va alors être prise en charge par la nation.

Suite au constat d'une diminution progressive des effectifs de guerre, et afin de fournir aux entreprises une main d'œuvre plus stable, des premières mesures relatives à la protection de l'enfance ont vu le jour avec la Loi Roussel du 23 décembre 1874, afin de repeupler le pays. Les maladies infectieuses tiennent alors une place considérable dans la mortalité infantile, mais le corps médical est persuadé que certaines maladies sont principalement dues à la misère et l'ignorance et donc évitables. Cette loi a permis la

création d'un corps de médecins inspecteurs chargés de la surveillance médicale des enfants de moins de 2 ans placés en nourrice, et l'instauration de statistiques obligatoires sur la mortalité infantile.

En 1892, les premières consultations de nourrissons voient le jour à Paris grâce au Dr Budin, où se font la promotion de l'hygiène et de l'allaitement maternel. Il propose un suivi gratuit des enfants jusqu'à l'âge de 2 ans permettant alors des actes de prévention.

En 1894, le Dr Léon Dufour crée la première « Goutte de Lait », une institution distribuant gratuitement des biberons de lait maternisé dans des biberons stérilisés pour les mères ne pouvant allaiter, toujours dans un objectif de diminuer la mortalité des nourrissons.

En 1919, est créée la première école de puériculture ; les puéricultrices portant le titre de « visiteuse d'hygiène maternelle ».

En 1939, le Code de la Famille instaure un dispositif sanitaire pour la mère et l'enfant dans chaque département.

1.2. Ordonnance n°45.27.20 du 2 novembre 1945 ⁴

A la fin de la guerre, au moment du baby-boom, on constate un surcroît alarmant de mortalité (110‰) et de morbidité infantiles du fait d'une désorganisation des services médicaux. C'est dans l'idée d'un besoin vital d'accroissement de la population qu'est créé le service départemental de PMI. L'ordonnance du 2 novembre 1945 pose les principes et les bases de l'organisation de l'action médico-sociale en faveur des femmes enceintes, des mères et des enfants de moins de 6 ans, sans distinction de ressources ni de statut socio-économique. Elle va reprendre toutes les actions déjà présentes auparavant, mais qui n'avaient jusqu'alors pas pu être rendues universelles sur le territoire français. Les départements sont alors divisés en circonscriptions.

Cette ordonnance permet une surveillance sanitaire et sociale régulière gratuite et accessible à tous, pour tous les enfants de la naissance à l'âge de 5 ans révolu, toutes les femmes enceintes et toutes les mères, avec la mise en place :

- du certificat prénuptial,
- de 3 consultations prénatales et d'une consultation post-natale obligatoires avec l'émission de certificats permettant de toucher des allocations,
- de consultations pour les nourrissons, avec une prime versée si l'enfant est suivi régulièrement (non obligatoirement réalisées en centre de PMI),
- du carnet de santé, obligatoire, délivré par l'officier d'état civil de la mairie,
- d'un contrôle des placements nourriciers et des structures de garde,
- d'une obligation de signaler les mauvais traitements.

La PMI est alors constituée de médecins et d'assistantes sociales formées aux soins infirmiers.

L'Etat s'engage à participer à hauteur de 83% aux dépenses engagées par le département.

1.3. Les années 60

La situation sanitaire, économique et sociale s'est nettement améliorée, avec une mortalité infantile qui est passée de 110‰ à 27‰, mais la PMI a encore du mal à toucher certaines couches sociales. De plus, la morbidité infantile reste élevée.

Face à ces constats, la PMI doit opérer des changements. C'est ainsi que le décret du 19 juillet 1962⁵ permet un renforcement des actions de prévention et d'éducation sanitaire, en particulier à domicile et auprès des populations défavorisées, avec entre autres le recrutement d'infirmières puéricultrices en complément des assistantes sociales et des médecins dans les services, et l'envoi systématique des avis de naissance à la Direction Départementale de la Santé pour permettre le suivi à domicile.

Le mode de fonctionnement de la PMI est également réformé par le décret du 30 juillet 1964 ⁶ qui crée la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, et y rattache la PMI. Il prévoit une sectorisation et les services sociaux sont maintenant détachés de la PMI.

Les lois du 28 décembre 1967 ⁷ et du 4 décembre 1974 ⁸ permettent la création des centres de planification et d'éducation familiale, gratuits et accessibles à tous, garantissant la confidentialité pour les femmes consultantes. Ces centres ont pour objectif de lutter contre les grossesses non désirées et de promouvoir des actions de prévention et d'éducation à la santé.

1.4. Les années 70

Les conditions de vie s'améliorent, et la mortalité infantile continue de baisser. En revanche, le taux de mortalité périnatale reste élevé à 25‰, avec également un nombre important de handicaps liés à la grossesse ou à l'accouchement.

Les dépenses de santé s'alourdissent et la PMI doit rationaliser ses choix budgétaires. Un groupe de travail permet la mise en place du premier plan-programme national sur la périnatalité, avec de nouvelles missions pour la PMI ⁹ :

- mise en place de 3 certificats obligatoires (7^{ème} jour, 9^{ème} mois, 24^{ème} mois). Ces certificats sont centralisés au sein de la PMI, qui enregistre les données dans un but statistique pour permettre la programmation d'éventuelles nouvelles mesures,
- participer au dépistage précoce des malformations et des handicaps.

Le regard sur l'enfant et la famille change. L'aspect curatif qui était jusqu'à ce jour prédominant laisse place à des actions plutôt préventives.

1.5. Les années 80

Les mesures précédentes permettent une baisse de la mortalité périnatale à 12,9‰ en 1980 et à 11,1‰ en 1988.

Sur le plan de la santé physique, les enfants sont nourris, soignés, vaccinés et scolarisés d'une façon satisfaisante, mais il persiste des disparités. Les axes d'intervention vont donc être modifiés, avec :

- une prise en compte de nouveaux éléments préoccupants : handicap, mortalité périnatale, trouble du lien mère-enfant,
- un renforcement des actions auprès des familles défavorisées socialement, économiquement, culturellement ou géographiquement.

1.6. Lois de décentralisation du 2 mars 1982 ¹⁰ et du 22 juillet 1983 ¹¹

De nombreux services passent sous la responsabilité des Conseils Généraux, dont les services de PMI. Ils ont ainsi la responsabilité :

- des consultations maternelles et infantiles,
- des activités de protection de la mère et des enfants à domicile,
- des agréments et formations des assistantes maternelles,
- des centres de planification.

Cette modification ne va pas entraîner un profond remodelage, car les services étaient déjà auparavant départementaux, mais petit à petit vont apparaître des disparités entre les départements, en fonction de l'intérêt porté à la protection maternelle et infantile³.

Ce service reste un service de proximité ouvert à tous.

1.7. Loi du 18 décembre 1989¹²

Loi relative à la Protection et à la Promotion de la Santé de la Famille et de l'Enfance. Elle voit apparaître le terme de « promotion », à savoir favoriser le travail d'accompagnement et de soutien des parents en valorisant leurs potentiels. C'est le texte fondateur de la PMI actuelle.

Elle permet de redéfinir les missions et actions générales de la PMI :

- visites prénuptiales, prénatales et post-natales, actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes,
- consultations de nourrissons jusqu'à l'âge de 6 ans, avec dépistage des handicaps et conseils aux familles pour la prise en charge de ces handicaps, notamment dans les écoles maternelles,
- activités de planification et d'éducation familiale,
- actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière,
- agrément, aide, formation et conseils aux assistantes maternelles,
- aide, conseils et contrôle des établissements collectifs accueillant des enfants de moins de 6 ans,
- actions de protection de l'enfance : prévention des mauvais traitements, participation à la prise en charge des enfants maltraités.

Cette loi ajoute une mission de prévention de la maltraitance, avec mise en place des mesures nécessaires, qui n'existait pas auparavant.

1.8. Loi du 5 mars 2007 ¹³

Elle renforce le rôle de prévention de la PMI en matière de protection de l'enfance.

Elle voit la création :

- d'un entretien psycho-social systématique au 4^{ème} mois de grossesse, avec mise en place de mesures d'accompagnement si nécessaire. Le service de PMI y participe, mais n'est pas le seul à les réaliser,
- d'un centre de recueil, de traitement et d'évaluation des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant et l'adolescent dans chaque département. Il constitue une interface avec la PMI, le service d'action sociale, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et la justice.

II. Organisation de la PMI aujourd'hui en Vendée

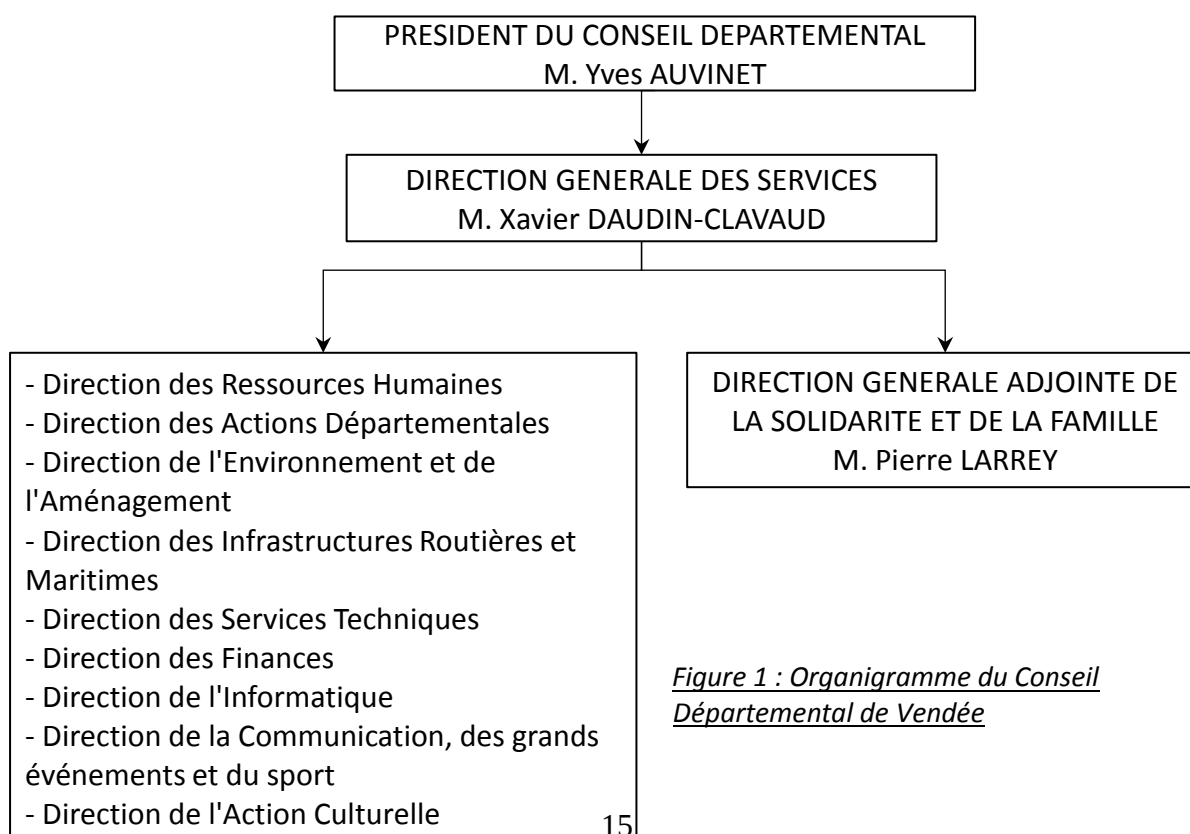
Comme nous avons pu le voir précédemment, depuis la loi de décentralisation de 1962, chaque Conseil Départemental est responsable de l'organisation et du financement du service de PMI de son département, avec donc quelques différences entre les départements, fonction de la plus ou moins grande implication des élus dans cette mission ³.

2.1. Organisation

2.1.1. Direction

La PMI est sous l'autorité du Président du Conseil Départemental (*Figure 1*), qui est responsable de faire appliquer les lois décidées au niveau national, en ayant sa propre organisation de la PMI et son propre financement. Elle dépend, au sein du département, de la direction de la solidarité et de la famille, et plus particulièrement de la direction de l'enfance et de la famille (*Figure 2*), qui regroupe :

- le service de PMI
- le service adoption et administration ad hoc
- le service d'aide sociale à l'enfance



*Figure 1 : Organigramme du Conseil
Départemental de Vendée*

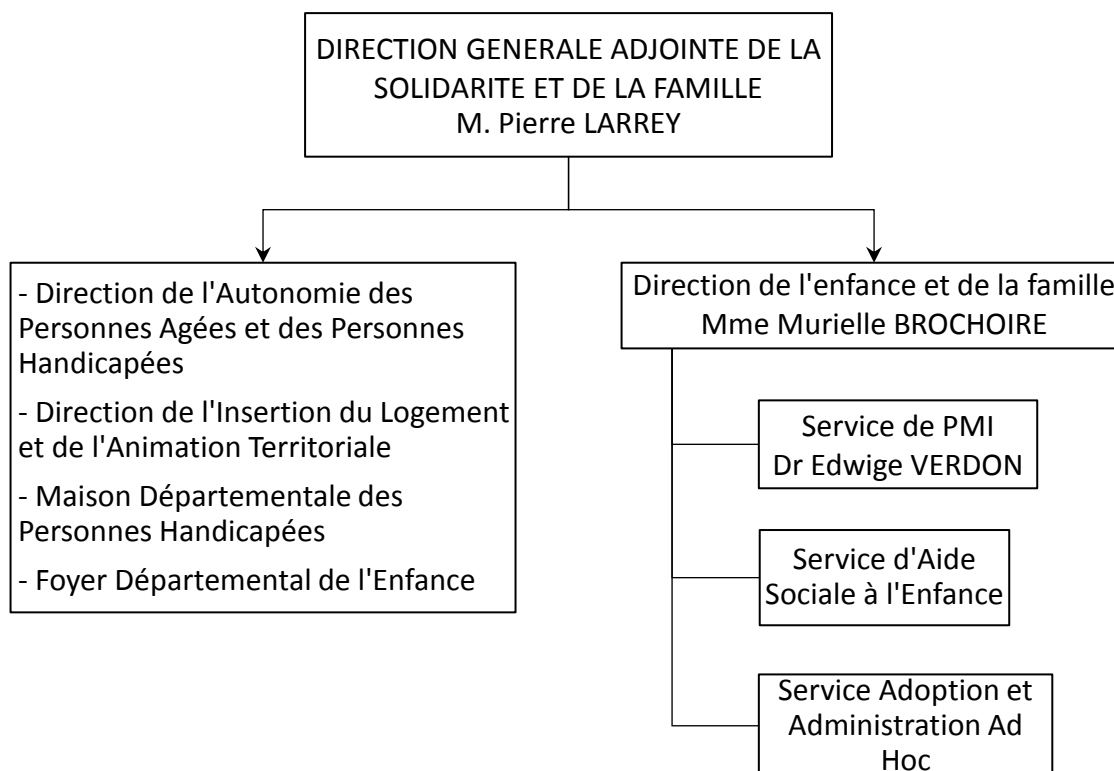


Figure 2 : Organigramme de la Direction de la Solidarité et de la Famille de Vendée

2.1.2. Organisation géographique

Le département est divisé en circonscriptions d'action sociale qui sont au nombre de 9 en Vendée, avec au total 34 centres de PMI primaires ou secondaires (*Figure 3*).

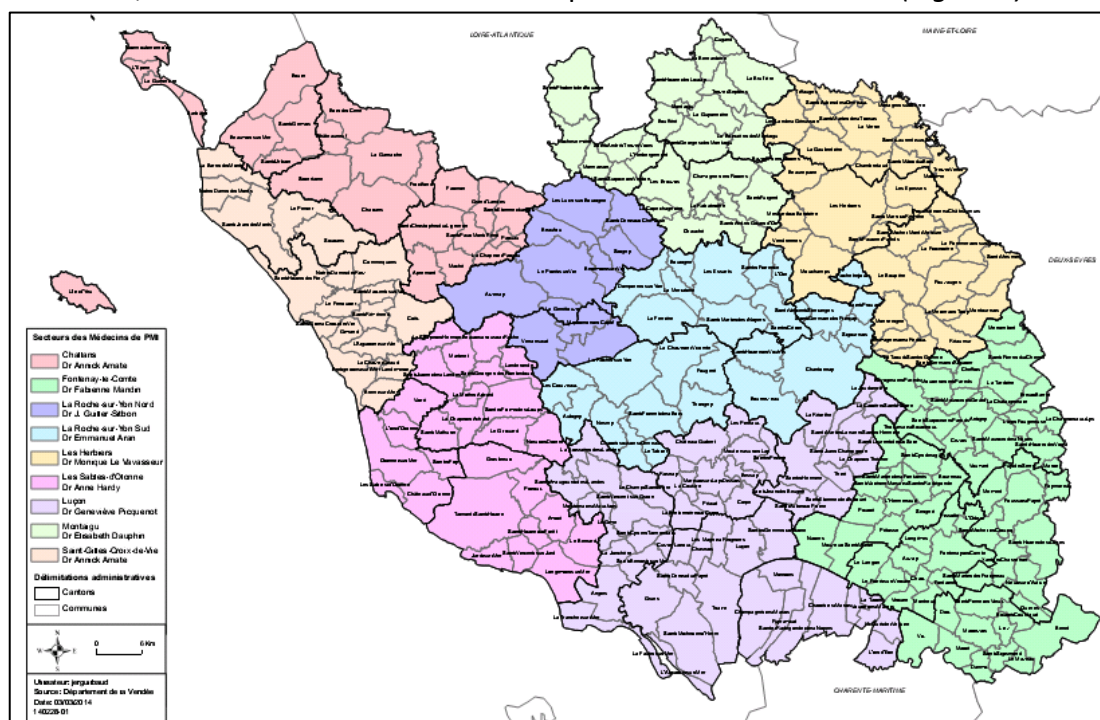


Figure 3 : Carte des circonscriptions d'action médico-sociale de Vendée

Chaque circonscription est sous la responsabilité d'un médecin de PMI (8 médecins en Vendée). Les circonscriptions sont ensuite divisées en secteurs polyvalents de service social (1 pour 5000 habitants environ).

Dans chaque secteur, on retrouve la plupart du temps, un centre médico-social regroupant un lieu de consultation pour le médecin et la puéricultrice, mais également une assistante sociale et un secrétariat. Les puéricultrices sont en charge d'un secteur afin d'être au plus près des familles et de pouvoir assurer un suivi continu.

2.1.3. Le personnel

Comme vu précédemment, le service est dirigé, au niveau du département, par un médecin chef. A l'échelle des circonscriptions, on retrouve un médecin de PMI et à l'échelle des secteurs, plusieurs puéricultrices, chacune responsable de son secteur (*Figure 4*).

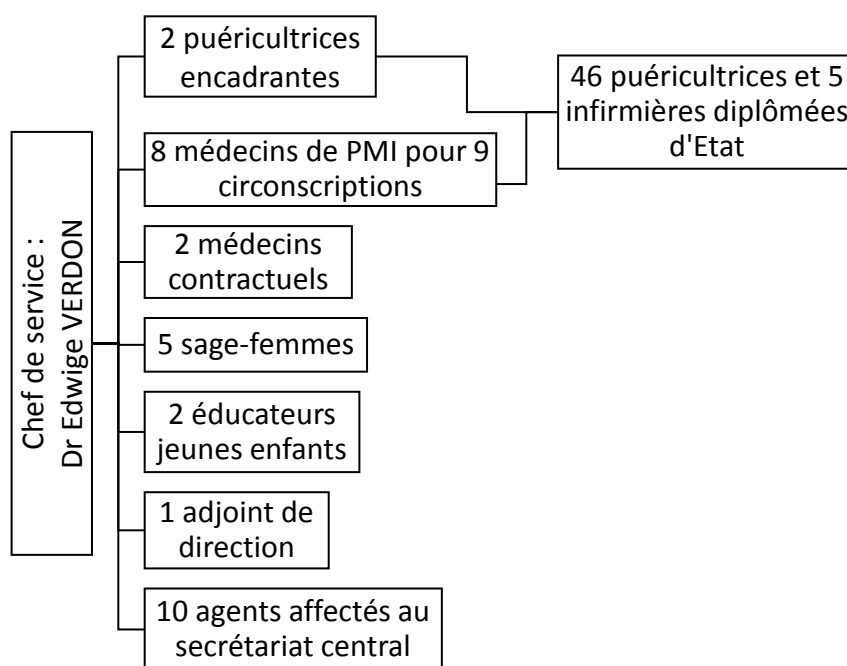


Figure 4 : Organigramme du service de PMI de Vendée

1) Les médecins de circonscription

Il s'agit de pédiatres, gynécologues, psychiatres ou médecins généralistes ou de santé publique ayant une compétence en pédiatrie préventive et sociale.

Ils sont en charge de :

- l'organisation des consultations des nourrissons et des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, et des consultations prénatales,
- la réalisation des bilans des enfants de 3-4 ans en école maternelle,
- du suivi des mineurs confiés à l'ASE,
- l'évaluation d'une situation concernant un enfant de moins de 6 ans ayant fait l'objet d'un signalement à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP),
- l'encadrement du personnel de la circonscription, en lien avec le responsable de circonscription,
- l'agrément et le contrôle des assistants maternels et familiaux, ainsi que de tous les établissements accueillant des enfants de moins de 6 ans,
- la réception et le traitement des avis de naissance et des certificats médicaux obligatoires,
- la liaison avec les autres professionnels médicaux et les différents partenaires.

2) Les puéricultrices de circonscription

Elles sont au plus proche des familles. Elles doivent être au nombre de 1 équivalent temps plein pour 250 naissances. Elles réalisent :

- des visites à domicile pour les enfants de moins de 6 ans : elles sont systématiquement proposées aux familles suite à la réception de l'avis de naissance, mais ne sont réalisées qu'à la demande des parents ou en cas de situation connue. Elles permettent d'aider les parents à l'intégration de l'enfant dans la famille et de veiller au bon développement physique, psychomoteur et psychologique de celui-ci,
- des consultations de nourrissons en binôme avec les médecins de PMI,
- des permanences permettant aux parents de venir faire peser l'enfant et d'obtenir des conseils de puériculture,
- des bilans des enfants de 3-4 ans en maternelle, en binôme avec le médecin de PMI,
- des évaluations dans le cadre des agréments pour les assistants maternels et familiaux,
- des évaluations lors de la réception d'une information préoccupante concernant un enfant de moins de 6 ans,
- la liaison avec les travailleurs médico-sociaux.

3) Les sages-femmes

Elles exercent soit en consultation, soit au domicile des patientes. Elles doivent être au nombre de 1 équivalent temps plein pour 1500 naissances. Après réception des déclarations de grossesse, elles sélectionnent les familles les plus vulnérables, afin de les accompagner et de les orienter vers les différents acteurs sanitaires et sociaux. Elles restent disponibles également pour les autres familles si elles le souhaitent, par le biais d'un courrier de mise à disposition. Elles ne se substituent pas au suivi de grossesse habituel (sauf cas exceptionnel). Leur rôle est important dans la prévention des situations d'enfants en danger ou en risque de l'être.

4) Les éducateurs jeunes enfants

5) Les secrétaires médico-sociales

2.2. Le financement de la PMI

Elle est financée par l'Etat, les organismes d'assurance maladie et le département, de façon variable selon les départements. L'assurance maladie participe par le biais du remboursement des actes médicaux, mais peut également participer au fonctionnement du service et aux actions de prévention sur ses fonds propres. Les vaccins ne sont pas disponibles dans les centres de PMI en Vendée ; c'est aux familles de les apporter.

2.3. Les missions de la PMI en Vendée

La PMI est un service départemental qui a pour rôle de « promouvoir, maintenir et restaurer la santé, dans toutes ses dimensions, des femmes enceintes, des futurs parents et des enfants de moins de six ans » ¹³, de « contribuer à la protection des mineurs en danger », de « garantir la qualité d'accueil des mineurs pour tous les modes de garde » et de « recueillir et traiter des informations en épidémiologie pour une identification des besoins de santé et un ajustement à ces besoins ». Dans ces objectifs, elle met en œuvre des actions par le biais des différents professionnels présentés précédemment. Aucune de ces actions

ne nécessite d'avance de frais de la part des patients. Le recueil régulier d'informations épidémiologiques permet de réajuster régulièrement ces missions à l'évolution des besoins de la population.

2.3.1. Actions autour de la naissance

Lors de la première consultation prénatale, le médecin remet à la patiente un carnet de maternité, sorte de carnet de bord de la grossesse, édité par le Conseil Départemental, qui regroupe toutes les informations nécessaires au suivi et à l'évolution de sa grossesse, ses droits et ses obligations, et les aides existantes. Outre son rôle de liaison entre les différents professionnels de santé, c'est un outil d'information et d'éducation à la santé permettant d'améliorer l'information et les compétences psycho-sociales des futurs parents, s'inscrivant dans le plan périnatalité 2004-2007.

Le service de PMI reçoit une copie des déclarations de grossesse remplies par le médecin ou la sage-femme suivant la grossesse. Après réception des déclarations, la sage-femme de la PMI sélectionne les familles les plus vulnérables, afin de les accompagner et de les orienter vers les différents acteurs sanitaires et sociaux (aide pour les démarches administratives, soutien psychologique, exceptionnellement suivi de grossesse...). Tous les foyers reçoivent un courrier de mise à disposition, et sont libres de contacter la sage-femme s'ils en ressentent le besoin.

Le service de PMI participe également à la prévention par le biais de l'entretien prénatal du 4^{ème} mois, offrant à la femme enceinte ou au couple un espace de parole et comportant différents objectifs :

- prévention : dépistage de pathologie obstétricale, surveillance de grossesse à risque, mise en place de techniciens d'intervention sociale et familiale (TISF), préparation à l'accueil de l'enfant,
- mise en place d'un accompagnement si besoin,
- informations sur la préparation à l'accouchement, l'allaitement, les suites de couche, la contraception.

2.3.2. Actions en faveur du bon développement de l'enfant

Les professionnels du service de PMI, et en particulier les médecins et les puéricultrices assurent un suivi des enfants dès leur sortie de maternité, permettant en particulier des actions de prévention (accidents domestiques, maltraitance...), de diagnostic précoce des situations de handicap, et de conseils aux parents. Elles s'articulent entre :

- des visites post-natales au domicile par les puéricultrices : systématiquement proposées à toutes les familles par un courrier de mise à disposition, avec une attention particulière pour les premières naissances et les nouveau-nés présentant une fragilité particulière,

- des actions dans les centres médico-sociaux pour les enfants de moins de 6 ans :

- permanences des puéricultrices sur rendez-vous ou non : conseils nécessaires autour de l'alimentation, évaluation des acquisitions psychomotrices, conseils aux parents dans la prise en charge éducative de leur enfant, abord des problèmes de garde d'enfant,

- consultations conjointes entre les puéricultrices et les médecins sur rendez-vous pour le suivi de l'enfant (20 examens obligatoires, dont 3 avec émission d'un certificat). Ces consultations peuvent faire suite à l'identification d'un facteur de risque par un médecin généraliste à l'occasion d'un examen avec certificat avec redirection vers la PMI. Le service, en Vendée, ne dispose pas de vaccins dans les centres médico-sociaux. Par convention, une demi-journée par semaine doit être organisée pour 200 enfants nés vivants,

- actions d'animation autour de la petite enfance : groupes éveil parents-enfants et assistants maternels-enfants,

- des bilans en école maternelle pour les enfants entre 3 et 4 ans : dépistage précoce des situations de handicap, en particulier sensoriel, des troubles du comportement et du langage, surveillance de la croissance staturo-pondérale, et vérification du statut vaccinal de l'enfant. Cette visite s'effectue sans la présence des parents. Le bilan lors de la 6^{ème} année sera réalisé par le médecin scolaire, à qui le dossier médical scolaire aura été transmis.

- le carnet de santé : il est délivré par l'officier d'état civil lors de la déclaration de naissance. Sa diffusion et son impression incombe au département.

2.3.3. Modes de garde

Le service intervient au niveau des différents modes de garde collectifs de la petite enfance, avec un rôle de conseil et de référent technique.

Au niveau des modes de garde individuels (assistant maternel/familial), le service de PMI assure l'agrément, le suivi et l'accompagnement des professionnels, et organise la formation initiale obligatoire et la formation continue des assistants maternels.

2.3.4. Protection de l'enfance

Le service mène des actions de prévention des mauvais traitements et négligences graves par le biais du repérage des facteurs de risque et des enfants en danger lors des consultations et visites pré et postnatales.

Il intervient également dans la prise en charge des mineurs en situation de danger, en réalisant une première évaluation de la situation dans la famille lors de la réception par la CRIP d'une information préoccupante concernant un enfant de moins de 6 ans, puis par le suivi médical des enfants confiés à l'ASE.

2.3.5. Autres

- Adoption : enquêtes, soutien des familles adoptantes.
- Epidémiologie et santé publique : recueil d'informations et traitement (certificats médicaux obligatoires...), édition et diffusion de documents d'informations sanitaires.
- Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) : participation au financement.
- Centres de planification et d'éducation familiale (ici décentralisé aux hôpitaux).

2.4. Les partenaires

Le service travaille en collaboration très étroite avec plusieurs intervenants :

2.4.1. Le service social départemental

- Les assistantes sociales : en lien avec la PMI, elles participent en particulier à l'évaluation des assistants maternels/familiaux, et à l'évaluation de la situation lors de la réception d'une information préoccupante.
- Les TISF : ils apportent leur aide pour les tâches ménagères quotidiennes, la gestion du budget lorsqu'il existe une situation de grossesse à risque, ou lorsqu'il existe des soucis de gestion du quotidien ayant un impact sur les enfants.

2.4.2. L'aide sociale à l'enfance (ASE)

- L'éducateur spécialisé : il intervient à domicile dans le cadre d'une aide éducative à domicile, ou lorsque l'enfant est confié à l'ASE.

2.4.3. Autres

Le service de PMI est bien entendu également amené à échanger avec :

- les médecins généralistes libéraux : par le biais des certificats obligatoires, ils peuvent solliciter l'avis de la PMI si la situation médico-sociale est jugée difficile,
- les pédiatres : pour avis médical,
- l'hôpital,
- le CAMSP : partenaire du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge précoce des handicaps sensoriels, moteurs et mentaux de l'enfant,

- les centres médico-psychologiques (CMP) : en cas de trouble précoce du lien mère-enfant ou de troubles du comportement de l'enfant non liés à un handicap...,

- la CRIP : elle centralise toutes les déclarations de suspicion de danger pour l'enfant, puis commande une évaluation de la situation par le service de PMI lorsque l'enfant concerné a moins de 6 ans. Après réception de l'évaluation, elle va mettre en place les mesures nécessaires : aide éducative à domicile, TISF, placement...

III. Situation actuelle

Dans les mentalités des Français, la PMI a cette image de service social, réservé aux milieux défavorisés, couverts par la CMU, car étant un service « gratuit ». En ces temps de crise économique et de désertification médicale, un état des lieux du profil des consultants semble intéressant pour voir si celui-ci a changé ou s'il reste identique.

3.1. Données démographiques

Le recensement retrouvait une population de 648 901 habitants en 2012 en Vendée, avec une proportion de 7,3% d'enfants de moins de 6 ans (47 606) ¹⁴, contre 597 184 en 2006, avec une proportion de 7,4% d'enfants de moins de 6 ans (44 158) ¹⁵.

En France, en 2012, on retrouve une proportion de 7,4% d'enfants de moins de 6 ans (4,6 millions pour une population de 63,4 millions) ¹⁶.

Le taux de fécondité en France était de 1,99 en 2013 ce qui en fait le plus haut taux d'Europe ¹⁷. En Vendée, il était de 2,08 ¹⁸.

Le taux de mortalité périnatale était de 11,2‰ en France en 2006. En 2013, il persistait à 10,8‰ ¹⁹. Cet important taux était en partie dû au fort taux de mortinatalité (9,2‰) expliqué par les interruptions médicales de grossesses tardives en France.

3.2. Contexte socio-économique

La Vendée faisait partie des dix départements les moins touchés par la crise économique, avec 11,0% de la population qui vivait sous le seuil de pauvreté en 2011 (soit +0,3% en 5 ans), contre 14,3% au niveau national (soit +1,0% en 5 ans) ²⁰.

Le maintien de ce taux était dû à la création de nouveaux emplois dans le département, mais celle-ci a cru moins vite que le nombre d'actifs. En a résulté un taux de chômage croissant (10,6% en 2012 ²¹ contre 5,4% en 2008 ²⁰), qui risque de se traduire par une augmentation de la précarité en fin de droits.

Du fait du taux de chômage croissant, s'en est ressenti le nombre de bénéficiaires des minimas sociaux ²² :

- en Vendée : 25800 en 2013 soit 4,9% de la population de plus de 15 ans (contre 21800 en 2004 soit 4,4% de la population de plus de 15 ans)
- en France : 3,6 millions en 2013 soit 6,9% de la population de plus de 15 ans (contre 3,1 millions en 2004, soit 6,3% de la population de plus de 15 ans)

Cette hausse de la pauvreté a été inégale en Vendée et a en priorité touché les plus fragiles, à savoir les familles monoparentales (37,1% sous le seuil de pauvreté en 2011, soit +3,0% en 3 ans), les couples avec enfants (9,6%, soit +1,6% en 3 ans), et les jeunes (11,1%, soit +1,8% en 3 ans).

Les familles monoparentales, facteur de risque de précarité ^{23,24}, représentaient 14,0% des familles avec enfant en Vendée en 2010 ²³ (22,0% en France en 2012 ²⁵). 17,0% des enfant de 5 ans et moins vivaient en famille monoparentale en Vendée en 2010 (14,3% en France en 2012 ²⁶). Ces chiffres n'ont cessé de croître ces dernières années.

Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C ne cesse également d'augmenter avec :

- en Vendée : 24877 bénéficiaires en 2014 soit 3,7% de la population ²⁷
- en France : 5,1 millions de bénéficiaires en 2014 soit 7,7% de la population ²⁷ (contre 4,6 millions en 2004 ²⁸)

Même si la Vendée a moins été touchée que d'autres départements par la crise économique, les foyers les plus vulnérables ont été impactés avec une majoration des inégalités et donc de la précarité des foyers les plus fragiles.

La population susceptible d'être active (à partir de l'âge de 15 ans), se répartit comme suit dans la population en 2011 ²⁹ (*Tableau 1*), à savoir essentiellement des ouvriers (26,7%) et des employés (23,5%), le plus souvent considérés comme des populations vulnérables, bien que les catégories soient assez hétérogènes en leur sein.

	Vendée	Pays de la Loire	France
Agriculteurs exploitants	10 112 (2,9%)	42 088 (2,0%)	481 158 (1,2%)
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	19 749 (5,6%)	92 873 (4,5%)	1 794 572 (4,6%)
Cadres, professions intellectuelles supérieures	23 857 (6,8%)	202 284 (9,8%)	4 664 669 (12,0%)
Professions intermédiaires	63 395 (18,1%)	403 405 (19,5%)	7 398 742 (19,0%)
Employés	82 215 (23,5%)	468 267 (22,6%)	8 805 795 (22,6%)
Ouvriers	93 600 (26,7%)	467 189 (22,6%)	7 015 295 (18,0%)
Autres sans activité professionnelle	57 537 (16,4%)	392 134 (19,0%)	8 800 498 (22,6%)
Total	350 465	2 068 240	38 960 699

Tableau 1 : Répartition des catégories socio-professionnelles dans la population en 2011

3.3. Contexte médical ³⁰

On constate régulièrement une baisse du nombre de médecins avec l'apparition de déserts médicaux. La Vendée est l'un des départements touchés par cette désertification (*Tableau 2*).

	FRANCE			VENDEE		
	2004	2013	1 ^{er} janvier 2015	2004	2013	1 ^{er} janvier 2015
Nombre de médecins généralistes libéraux ou exercice mixte	68478	69206	69010	576	573	566
Densité (pour 100 000 habitants)		105,7	104,5		88,2	85,4
Nombre de pédiatres libéraux ou exercice mixte	3015	3121	3123	11	8	5
Densité (pour 100 000 enfants de moins de 15 ans)		25,6	25,4		6,6	4,1

Tableau 2 : Nombre et densité des médecins généralistes et des pédiatres libéraux ou à exercice mixte en France et en Vendée, en 2004, 2013 et 2015

La densité en pédiatres et en médecins généralistes est bien moindre en Vendée que la moyenne nationale (4,1 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans en Vendée en 2015, contre 25,4 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans en France ; 85,4 médecins généralistes pour 100 000 habitants en Vendée, contre 104,5 pour 100 000 habitants en France).

De plus l'âge moyen en 2015 des médecins généralistes (55,3 ans en France versus 53,0 en Vendée) et des pédiatres libéraux (55,5 ans en France versus 59,0 en Vendée) est élevé ; ceux-ci ne seront peut-être pas non plus remplacés.

Les modifications récentes de la population, des ressources des ménages ainsi que de la démographie médicale peuvent avoir un retentissement important sur l'activité quotidienne en PMI. Il n'est pas retrouvé dans la littérature d'études récentes concernant le profil ni les motivations des usagers de PMI en Vendée. Cette étude tente de répondre à ces divers questionnements.

Partie 2 :

Enquête auprès des usagers de la PMI de

Vendée

I. Description de l'enquête

1.1. Objectif et type d'enquête

L'enquête avait pour but d'étudier le profil des familles consultant en PMI en Vendée et les raisons de ce choix. Nous ne nous sommes concentrés que sur le versant infantile de la PMI, en laissant de côté le versant maternel, celui-ci étant assez marginal en Vendée.

Nous avons également cherché à déterminer si les motivations des familles à consulter en PMI variaient en fonction des différents critères socio-démographiques.

Pour cela, une enquête épidémiologique descriptive a été menée.

1.2. Méthode de recueil des données

Afin d'être la plus exhaustive possible, l'enquête a été réalisée dans les 32 centres de consultation et de permanence de PMI de Vendée (2 n'ayant pas été inclus car n'effectuant que des visites à domicile).

Elle se présentait sous forme d'un questionnaire (décrit plus bas).

Ce questionnaire a été au préalable présenté et validé par le chef de service et les médecins de circonscription de PMI, ainsi que par les puéricultrices encadrantes après avoir été présenté lors d'une réunion de cadre, où ceux-ci ont pu apporter leur contribution.

Il a ensuite été testé sur une dizaine de personnes, lors de deux consultations, avant sa validation définitive.

La méthodologie de recueil des données a été discutée en réunion de cadre, afin de l'uniformiser entre les différentes circonscriptions.

Il a été décidé de réaliser le recueil sur une période d'un mois. En effet, les consultations et permanences ont un roulement de répétition mensuel. L'enquête a délibérément été réalisée hors d'un mois de vacances, afin d'éviter des consultations repoussées ou décalées. L'enquête a donc été réalisée du 1^{er} au 30 septembre 2015.

Chaque médecin de circonscription était responsable d'informer les professionnels impliqués, et de superviser l'enquête sur son territoire.

La distribution des questionnaires lors des permanences et des consultations a été donnée au libre choix dans chaque circonscription, selon l'organisation du service : soit par la secrétaire lors de l'arrivée des consultants, soit par la puéricultrice ou le médecin.

Le remplissage s'est fait de façon manuscrite.

Les consultants avaient la possibilité, en cas de non-compréhension d'une question, de s'adresser à la puéricultrice ou au médecin présent.

En cas de lecture du français impossible, le professionnel pouvait aider la personne à remplir le questionnaire.

Celui-ci était ensuite remis à la puéricultrice ou au médecin, lors de la consultation ou de la permanence, qui inscrivait alors sur la première page la date du jour, le nom du centre et s'il s'agissait d'une consultation ou d'une permanence.

En cas d'absence de réponse, le professionnel notait sur le questionnaire la raison du non-retour (ne souhaitait pas le remplir, déjà rempli, ne parlait pas le français, assistante familiale seule, accompagnant autre que les parents).

Le recueil était anonyme et les personnes étaient libres de ne pas répondre si elles ne le souhaitaient pas.

Afin de calculer le pourcentage de répondants, un tableau était à remplir par chaque centre de PMI, après chaque permanence ou consultation, renseignant le nombre d'enfants venus et le nombre de questionnaires récupérés.

Un courrier électronique résumant les modalités du déroulement a été envoyé à toutes les secrétaires, puéricultrices et médecins 3 semaines avant le début de l'enquête, et à nouveau 1 semaine avant, rappelant la date de début de l'enquête.

A la fin de l'enquête, à savoir le 30 septembre 2015, tous les questionnaires ont été récoltés, en différenciant bien tous les centres de PMI.

1.3. Population étudiée

Critères d'inclusion :

- toutes les familles étant venues en consultation ou en permanence dans un centre de PMI de Vendée pour leur enfant,
- en cas de fratrie ayant consulté le même jour, un seul questionnaire par famille était rempli.

Critères d'exclusion :

- famille ayant déjà rempli le questionnaire lors d'une précédente venue pour le même enfant,
- personne accompagnant l'enfant autre que ses parents (assistante familiale, grands-parents...),
- enfant confié à l'ASE,
- enfant consultant dans le cadre du Réseau Grandir Ensemble (filiale de suivi des enfants prématurés).

1.4. Présentation du questionnaire (cf. Annexe 1)

La construction du questionnaire s'est basée sur des enquêtes similaires réalisées préalablement dans d'autres territoires ^{1,2,31}. Ces enquêtes étaient qualitatives ou quantitatives. Les réponses données ont été reprises afin de faire une enquête quantitative (questionnaire à choix multiples utilisant les réponses fournies librement dans les enquêtes préalables).

La première page était constituée d'une note explicative à l'attention des familles reprenant les objectifs de l'enquête, et le caractère anonyme et non obligatoire de celle-ci.

Le bas de page était à remplir par le professionnel. Celui-ci y notait la date de consultation, le nom du centre, et si besoin la raison de non-réponse.

Le questionnaire était ensuite composé de 2 parties :

- la première visait à comprendre la raison de venue dans le centre ce jour, les motivations à venir en PMI, et la régularité du suivi (Q1-10),
- la deuxième reprenant les données socio-démographiques des familles (Q11-26) :
 - sexe
 - nationalité
 - âge des deux parents
 - statut marital
 - nombre d'enfants vivant dans le foyer
 - commune d'habitation et distance au centre
 - nom du centre de consultation
 - type de logement
 - profession des deux parents
 - dernier diplôme obtenu par le parent consultant
 - régime d'assurance maladie
 - souscription à une mutuelle ou non.

1.5. Traitement des données

L'ensemble des données ont été saisies sur un tableur Excel.

Elles ont ensuite été traitées avec le logiciel R.

Des comparaisons ont été effectuées entre les effectifs par des tests du Khi2 ou Fisher si les effectifs étaient inférieurs à 5.

Elles ont été traitées en anonymat complet, les consultants étant identifiés en fonction de leur lieu et date de consultation.

II. Résultats

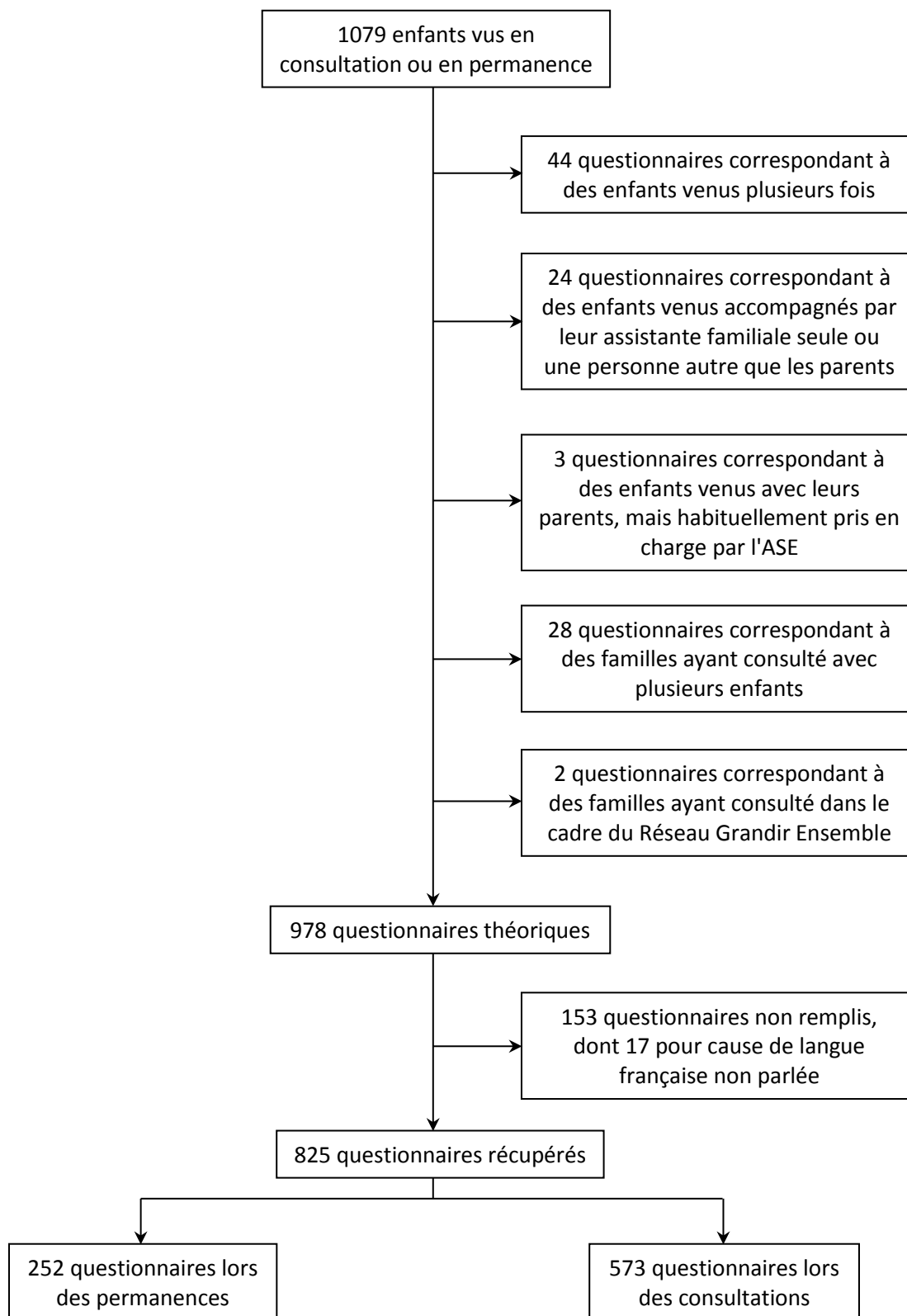


Figure 5 : Diagramme de flux

1079 enfants ont été vus par la puéricultrice et/ou le médecin dans les centres de PMI de Vendée durant le mois de septembre 2015.

Nous aurions dû recevoir 978 questionnaires remplis (*Figure 5*).

Nous en avons reçu 825 (252 en permanence et 573 en consultation), ce qui fait un taux de réponse de 84,3%.

Parmi les non-répondants (153) : 17 ne parlaient pas français, les autres questionnaires ont soit oublié d'être donné, soit les personnes ne souhaitaient pas les remplir.

2.1. Profil des familles consultantes

2.1.1. Profil global

1. Nationalité

Sur les 824 personnes répondantes (1 donnée manquante) :

- 761 étaient de nationalité française (92,4%)
- 63 de nationalité étrangère, mais parlant français (7,6%)

2. Age des parents

L'âge moyen de la mère était de 30,5 ans, avec un minimum à 17 ans et un maximum à 47 ans.

L'âge moyen du père était de 33,1 ans, avec un minimum à 19 ans et un maximum à 62 ans.

L'âge moyen des couples était de 31,7 ans avec un minimum à 17 ans et un maximum à 51,5 ans.

3. Age de l'enfant

Il a été retrouvé un âge médian des enfants à 5 mois, avec un maximum à 7 ans (Figure 6).

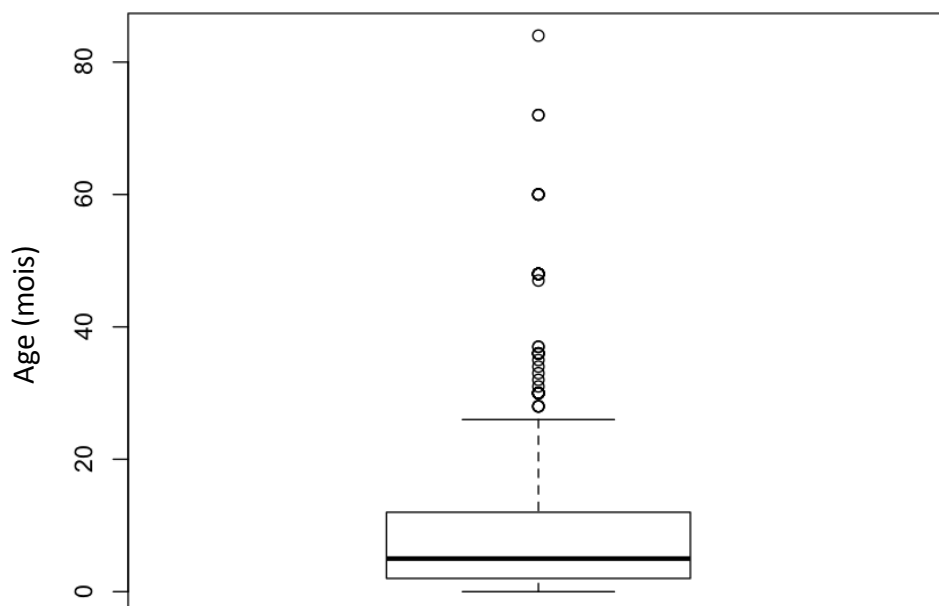


Figure 6 : Représentation des âges des enfants

4. Statut marital

Sur 822 répondants (3 données manquantes) :

concubinage	mariés	pacsés	célibataire
308 (37,5%)	279 (33,9%)	159 (19,3%)	76 (9,3%)

5. Composition familiale

- Parents ayant la garde de l'enfant

Sur 819 répondants (6 données manquantes) :

avec son père et sa mère	avec sa mère	avec ses 2 parents en alternance	autre	avec son père
736 (89,8%)	74 (9,0%)	9 (1,1%)	1 (0,1%)	0 (0,0%)

Autre : 1 ayant répondu 2 mamans

- Nombre d'enfants dans le foyer

Sur 820 répondants (5 données manquantes) :

1	2	3	4 ou plus
360 (43,9%)	285 (34,8%)	117 (14,3%)	58 (7,1%)

7. Distance au centre de consultation

Sur 825 répondants :

5-15 km	< 5 km	> 15 km
417 (50,5%)	339 (41,1%)	69 (8,4%)

8. Type de logement

Sur 820 répondants (5 données manquantes) :

maison	appartement	logement social	autre
664 (81,0%)	115 (14,0%)	34 (4,1%)	7 (0,9%)

Autre :

- 5 vivaient en caravane
- 1 vivait dans la caserne des pompiers
- 1 était hébergé

9. Profession des parents

Profession du parent venu en consultation : 818 répondants (7 données manquantes)

employé	sans activité	profession intermédiaire	ouvrier	cadre et profession intellectuelle supérieure	artisan, commerçant, chef d'entreprise	agriculteur exploitant
314 (38,4%)	301 (36,7%)	70 (8,6%)	61 (7,5%)	43 (5,3%)	23 (2,8%)	6 (0,7%)

Sans activité :

- 172 au foyer (21,0%)
- 110 au chômage (13,4%)
- 15 en congé parental (1,8%)
- 3 étudiants (0,4%)
- 1 en invalidité (0,1%)

Profession du deuxième parent : 796 répondants (29 données manquantes)

employé	ouvrier	sans activité	artisan, commerçant, chef d'entreprise	cadre et profession intellectuelle supérieure	profession intermédiaire	agriculteur exploitant
276 (34,7%)	221 (27,8%)	88 (11,1%)	72 (9,0%)	69 (8,7%)	43 (5,4%)	27 (3,4%)

Sans activité :

- 56 au chômage (7,0%)
- 22 au foyer (2,8%)
- 7 étudiants (0,9%)
- 2 en invalidité (0,3%)
- 1 en congé parental (0,1%)

Profession des deux parents ensembles :

employé	sans activité	ouvrier	profession intermédiaire	cadre et profession intellectuelle supérieure	artisan, commerçant, chef d'entreprise	agriculteur exploitant
590 (36,6%)	389 (24,1%)	282 (17,5%)	113 (7,0%)	112 (6,9%)	95 (5,9%)	33 (2,0%)

10. Dernier diplôme obtenu par le parent consultant

Sur 806 répondants (19 données manquantes) :

diplôme supérieur	CAP/BEP	bac	aucun	brevet
287 (35,6%)	224 (27,8%)	199 (24,7%)	51 (6,3%)	45 (5,6%)

11. Couverture maladie

Sur 795 répondants :

régime général	CMU	régime agricole	régime des indépendants	autre	aide médicale d'état	aucune
605 (76,1%)	118 (14,8%)	33 (4,2%)	21 (2,6%)	14 (1,8%)	3 (0,4%)	1 (0,1%)

Autre :

- 5 avec un régime étranger
- 3 avec la MGEN
- 2 avec la CRPCEN
- 2 avec la CAMIEG
- 1 avec la MGP
- 1 avec la CNMSS

12. Mutuelle

Sur 821 répondants (4 données manquantes) :

- 685 (83,4%) possédaient une mutuelle
- 136 (16,6%) ne possédaient pas de mutuelle

Au niveau de la couverture maladie de base, parmi les 136 personnes sans mutuelle : 118 avaient la CMU, 7 un régime général, 5 un régime étranger, 3 l'AME, 2 le régime des indépendants, et 1 aucune couverture.

13. Suivi de l'enfant par un autre professionnel de santé

Sur 815 répondants (10 données manquantes) :

médecin généraliste	non	pédiatre	autre
487 (59,8%)	262 (32,1%)	79 (9,7%)	15 (2,1%)

Autre :

- 10 consultaient un médecin spécialiste
- 4 consultaient une sage-femme
- 1 consultait au CMP

2.1.2. Profil des consultants en permanence versus en consultation

		CONSULTATIONS	PERMANENCES	p-value
NATIONALITE	française	556 (91,4%)	280 (93,6%)	0,3044
	étrangère	52 (8,5%)	19 (6,3%)	
AGE MOYEN DES COUPLES		31,6 ans	31,8 ans	
AGE MEDIAN DES ENFANTS		7 mois	3 mois	
STATUT MARITAL	en concubinage	230 (37,8%)	118 (39,3%)	0,2904
	marié(e)	206 (33,9%)	93 (31,0%)	0,3992
	pacsé(e)	113 (18,6%)	64 (21,3%)	0,3903
	seul(e)	56 (9,2%)	25 (8,3%)	0,7383
COMPOSITION DU FOYER	2 parents	543 (89,3%)	271 (90,3%)	0,5544
	mère	56 (9,2%)	24 (8,0%)	0,6463
	père	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
	alternance	5 (0,8%)	1 (0,3%)	
	autre=2 mamans	1 (0,2%)	1 (0,3%)	
NOMBRE D'ENFANTS DANS LE FOYER	1	254 (42,0%)	158 (53,2%)	0,0020
	2	209 (34,6%)	92 (31,0%)	0,3126
	3	93 (15,4%)	26 (8,7%)	0,0077
	4 ou plus	48 (7,9%)	21 (7,1%)	0,7400
DISTANCE ENTRE LE LOGEMENT ET LE CENTRE	5-15 km	314 (51,6%)	149 (49,7%)	0,6239
	< 5 km	242 (39,8%)	127 (42,3%)	0,5102
	> 15 km	52 (8,5%)	24 (8,0%)	0,8765
TYPE DE LOGEMENT	maison	484 (79,6%)	243 (81,0%)	0,6814
	appartement	91 (15,0%)	39 (13,0%)	0,4869
	logement social	25 (4,1%)	12 (4,0%)	0,9216
	caravane	4 (0,7%)	3 (1,0%)	
	caserne des pompiers	1 (0,2%)	1 (0,3%)	
	hébergement	1 (0,2%)	1 (0,3%)	
PROFESSION DES PARENTS	employé	431 (36,1%)	232 (39,4%)	0,1934
	sans activité	317 (26,5%)	116 (19,7%)	0,0018
	ouvrier	206 (17,3%)	98 (16,6%)	0,7967
	profession intermédiaire	78 (6,5%)	50 (8,5%)	0,1593
	artisan, commerçant, chef d'entreprise	71 (5,9%)	33 (5,6%)	0,8541
	cadre et profession intellectuelle supérieure	68 (5,7%)	49 (8,3%)	0,0452
	agriculteur exploitant	23 (1,9%)	11 (1,9%)	0,9305
DERNIER DIPLÔME DU PARENT CONSULTANT	diplôme supérieur	198 (32,6%)	125 (41,7%)	0,0109
	CAP/BEP	183 (30,1%)	72 (24,0%)	0,0546
	bac	140 (23,0%)	64 (21,3%)	0,5797
	aucun	41 (6,7%)	13 (4,3%)	0,1857
	brevet	33 (5,4%)	22 (7,3%)	0,3400

COUVERTURE MALADIE	régime général	442 (72,7%)	226 (75,3%)	0,5443
	CMU	91 (15,0%)	39 (13,0%)	0,4514
	régime agricole	26 (4,3%)	13 (4,3%)	0,8741
	régime des indépendants	13 (2,1%)	7 (2,3%)	0,9449
	aide médicale d'état	3 (0,5%)	1 (0,3%)	
	régime étranger	2 (0,3%)	2 (0,7%)	
	CAMIEG	2 (0,3%)	1 (0,3%)	
	MGEN	2 (0,3%)	1 (0,3%)	
	CRPCEN	2 (0,3%)	0 (0,0%)	
	CNMSS	0 (0,0%)	1 (0,3%)	
	MGP	1 (0,2%)	0 (0,0%)	
	aucune	1 (0,2%)	0 (0,0%)	

Tableau 3 : Données socio-démographiques des familles consultant en consultation versus en permanence

42,0% des familles venues en consultation ne comptaient qu'un enfant, contre 53,2% en permanence ($p < 0,01$) (Tableau 3).

15,4% des familles venues en consultation comptaient par contre 3 enfants, contre 8,7% en permanence ($p < 0,01$).

Les personnes exerçant une activité de cadre ou profession intellectuelle supérieure représentaient 5,7% des familles en consultation, 8,3% en permanence ($p < 0,05$). A l'inverse, 26,5% étaient sans activité en consultation, contre 19,7% en permanence ($p < 0,01$).

32,6% des personnes venues en consultation possédaient un diplôme supérieur, contre 41,7% en permanence ($p < 0,05$).

Sur le reste du profil des familles, il n'existait pas de différence significative (nationalité, âge, statut marital, distance du logement, type de logement, couverture maladie).

2.2. Que viennent-ils y chercher ?

2.2.1. En global

1. Origine de la décision de fréquenter la PMI

c'est votre choix	555 (67,5%)
des professionnels vous ont incité à fréquenter la PMI	222 (27,0%)
une personne de votre entourage connaissait la PMI et vous l'a recommandée	164 (19,9%)
vous n'avez pas trouvé d'autre moyen de faire suivre votre enfant	60 (7,3%)
votre situation vous oblige à fréquenter la PMI	46 (5,6%)

Tableau 4 : Origine de la décision de fréquenter la PMI

Les familles exprimaient qu'elles venaient en PMI majoritairement par choix (67,5%) (Tableau 4).

2. Motivations à fréquenter la PMI

conseils pratiques donnés	573 (69,7%)
vous vous sentez à l'aise pour poser toutes les questions que vous voulez	572 (69,6%)
cadre agréable et adapté à l'enfant	546 (66,4%)
possibilité de joindre ou de rencontrer une puéricultrice facilement pour des conseils	530 (64,5%)
proximité	504 (61,3%)
médecins spécialisés dans la prise en charge des enfants	456 (55,5%)
suivi préventif de l'enfant	449 (54,6%)
possibilité de pesées régulières	445 (54,1%)
qualité d'accueil	362 (44,0%)
pas d'avance des frais lors des consultations	314 (38,2%)
autre	5 (0,6%)

Autre :

- *temps de consultation plus important : 1*
- *suivi allaitement : 2*
- *peu d'attente : 1*
- *rapidité des examens : 1*

Tableau 5 : Motivations à fréquenter la PMI

Les raisons de ce choix le plus souvent citées étaient (Tableau 5) : les conseils pratiques donnés (69,7%), le fait de se sentir à l'aise pour poser les questions (69,6%), le cadre agréable et adapté à l'enfant (66,4%), la possibilité de joindre ou de rencontrer une puéricultrice facilement (64,5%), et la proximité (61,3%)

2.2.2. En fonction de leur nationalité

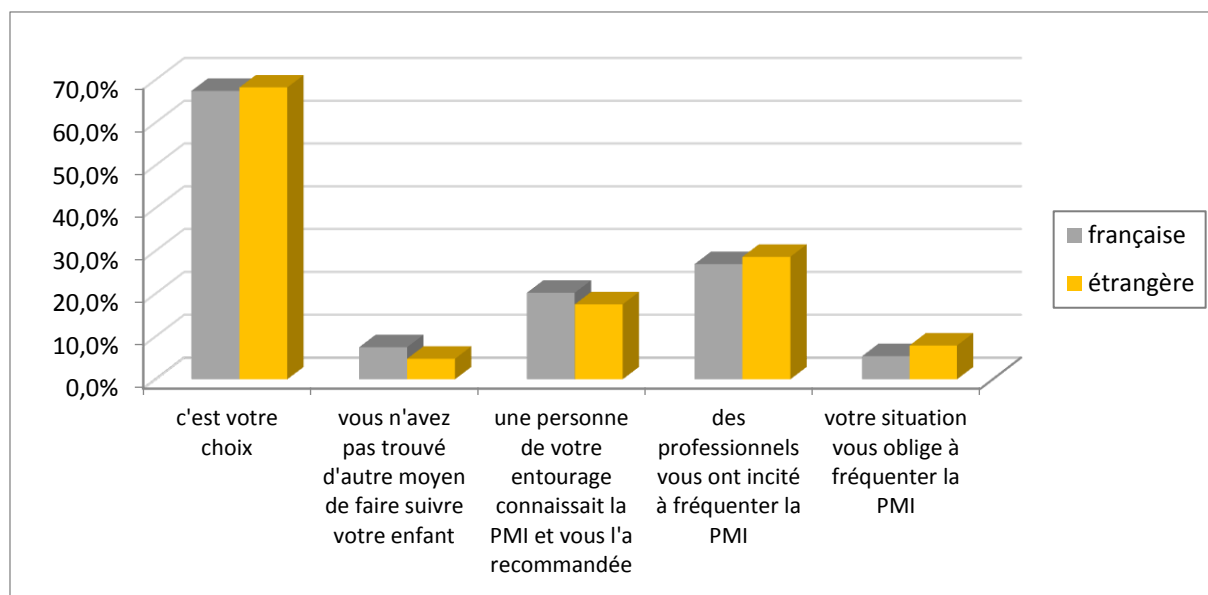


Figure 7 : Origine de la décision de fréquenter la PMI en fonction de la nationalité du consultant

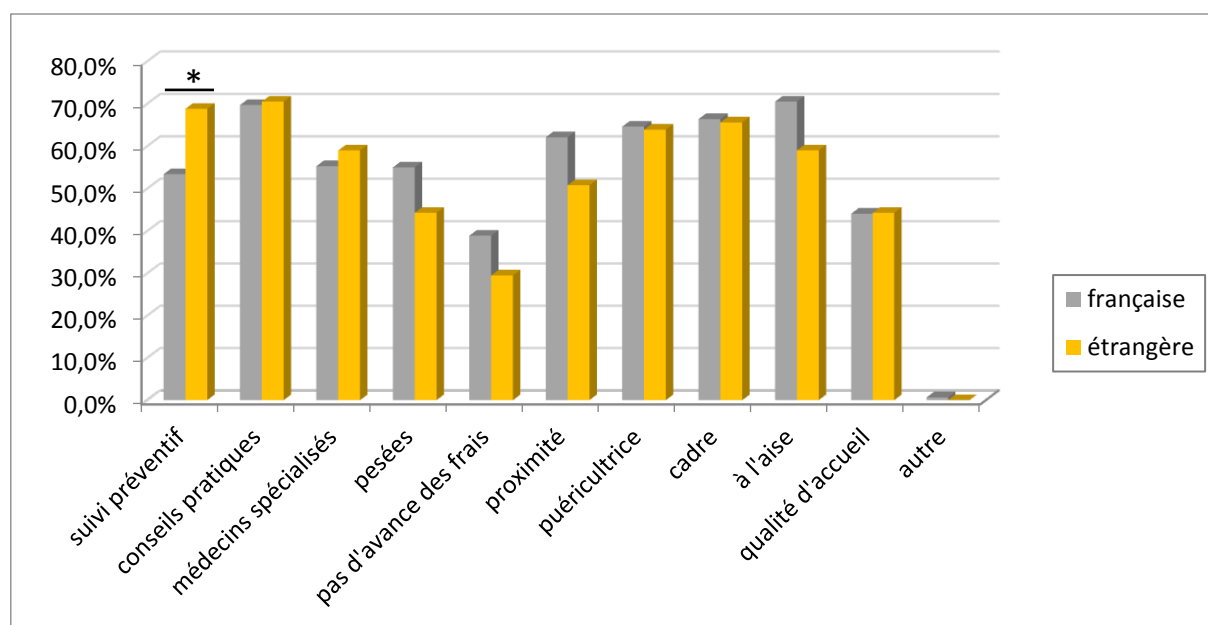


Figure 8 : Motivations à fréquenter la PMI en fonction de la nationalité du consultant

Il n'y avait pas de différence significative à savoir si la PMI était un choix ou non, en fonction de la nationalité française ou étrangère du consultant (Figure 7).

Il avait une différence significative au niveau des raisons du choix de la PMI (Figure 8), avec le suivi préventif de l'enfant qui était plus cité par les personnes de nationalité étrangère (68,8% contre 53,4% ($p < 0,05$)).

2.2.3. En fonction de l'âge des parents

Pour cette analyse, il n'est considéré que l'âge moyen des couples, sans différenciation entre le père et la mère. Les mêmes résultats ont été observés en les différenciant (*cf. Annexe 2*).

Les âges ont été regroupés par classes. La majorité de la population avait entre 25 et 40 ans, la stratification a donc été réalisée entre ces âges en intégrant 2 strates pour les âges extrêmes (*cf. Annexe 3*).

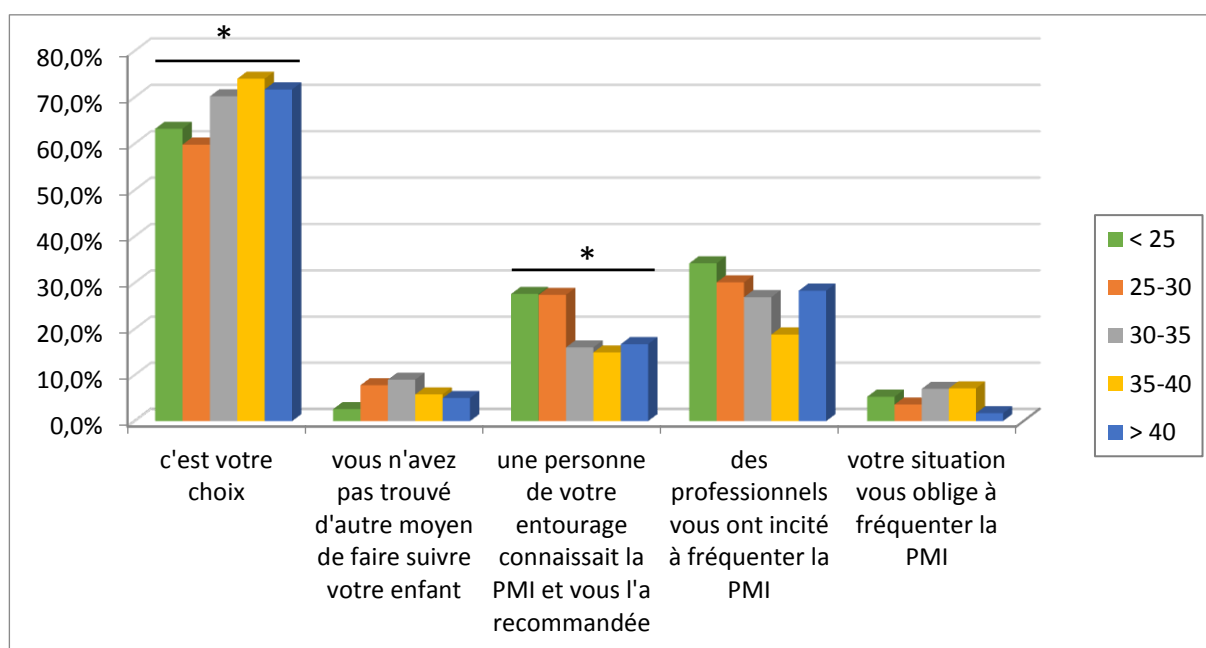


Figure 9 : Origine de la décision de fréquenter la PMI en fonction de l'âge moyen du couple

La PMI était plus un choix pour les couples plus âgés ($p < 0,05$) (*Figure 9*). De plus, plus le couple était jeune, plus l'entourage leur conseillait de consulter en PMI ($p < 0,01$).

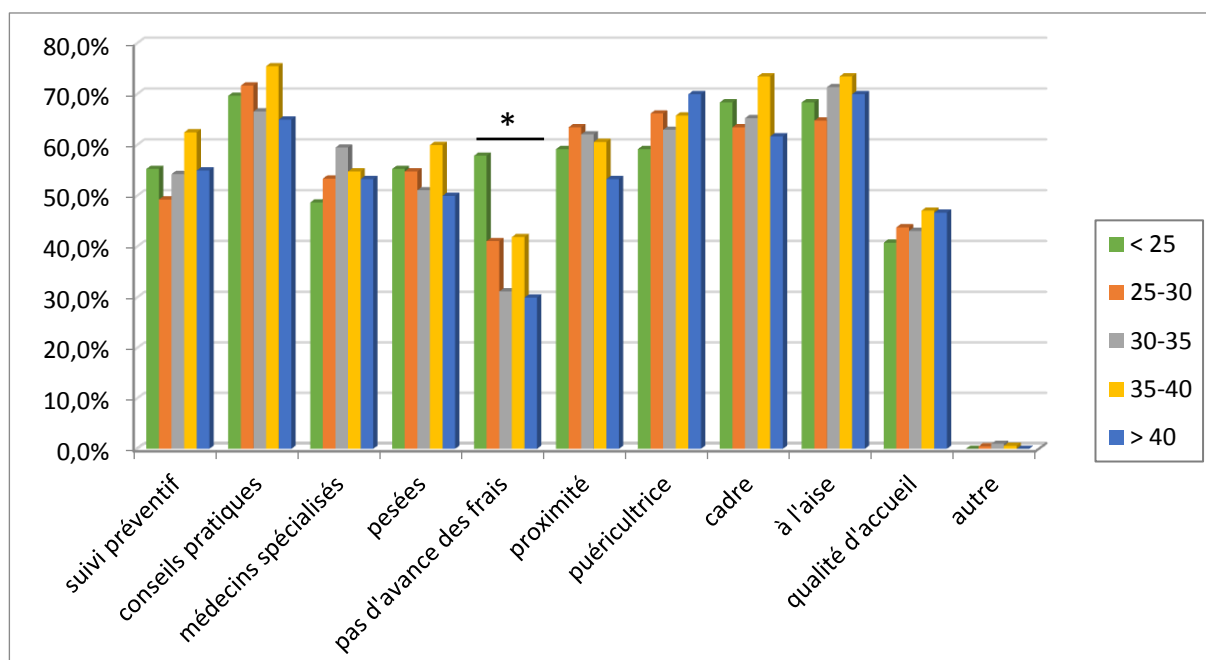


Figure 10 : Motivations à fréquenter la PMI en fonction de l'âge moyen du couple

Plus les familles étaient jeunes, plus l'absence d'avance de frais était un facteur rentrant en compte dans leur choix de la PMI ($p < 0,01$) (Figure 10).

2.2.4. En fonction de leur statut marital

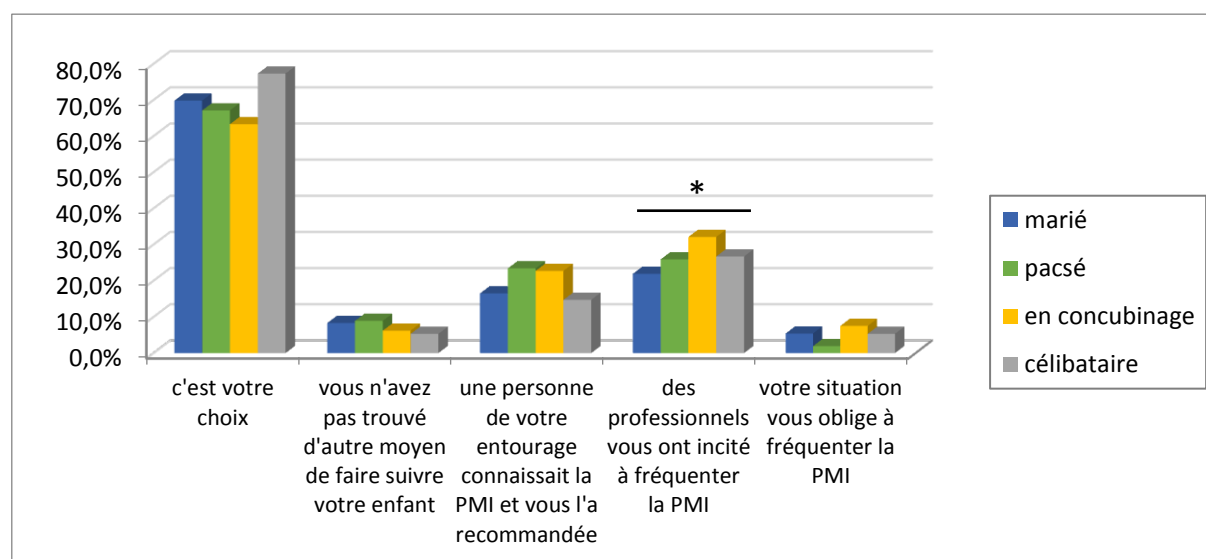


Figure 11 : Origine de la décision de fréquenter la PMI en fonction du statut marital du parent consultant

Les parents consultants mariés étaient moins incités par les professionnels à fréquenter la PMI que les parents en concubinage ou isolés ($p < 0,05$) (Figure 11).

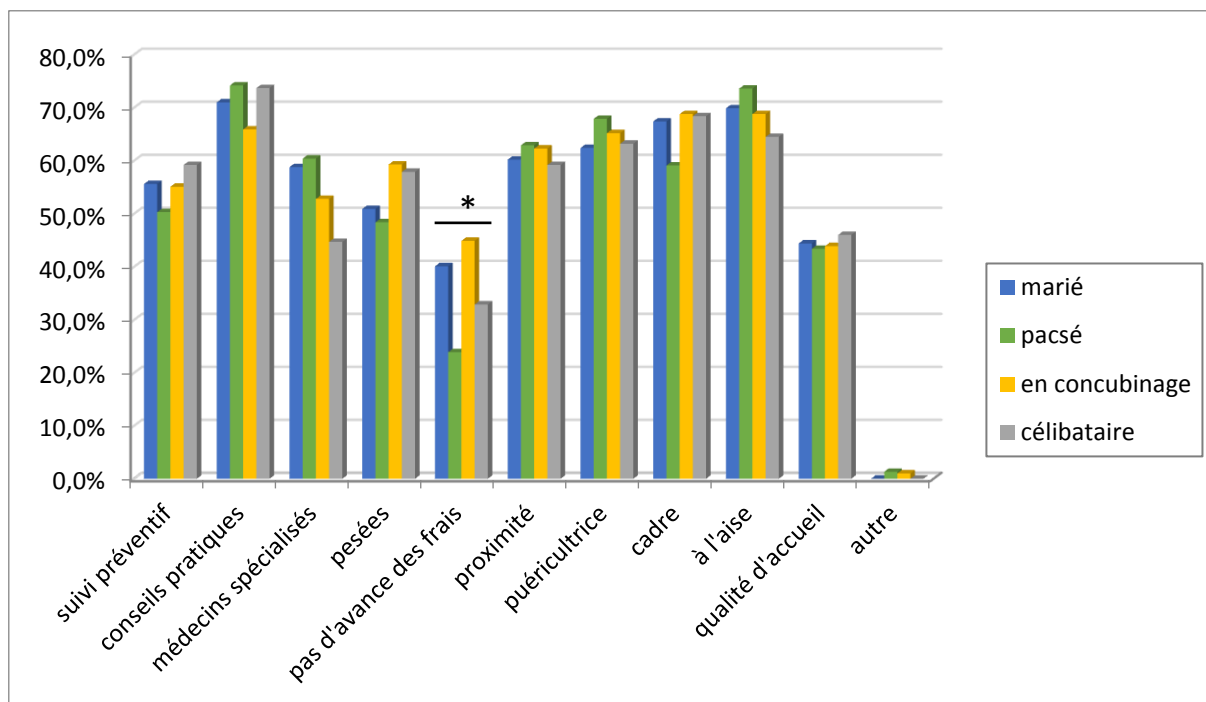


Figure 12 : Motivations à fréquenter la PMI en fonction du statut marital du parent consultant

L'absence d'avance de frais comme raison de choix de la PMI était citée de façon plus importante par les parents mariés ou en concubinage ($p < 0,01$) (Figure 12).

2.2.5. En fonction de la composition du foyer

1. Parents ayant la garde de l'enfant

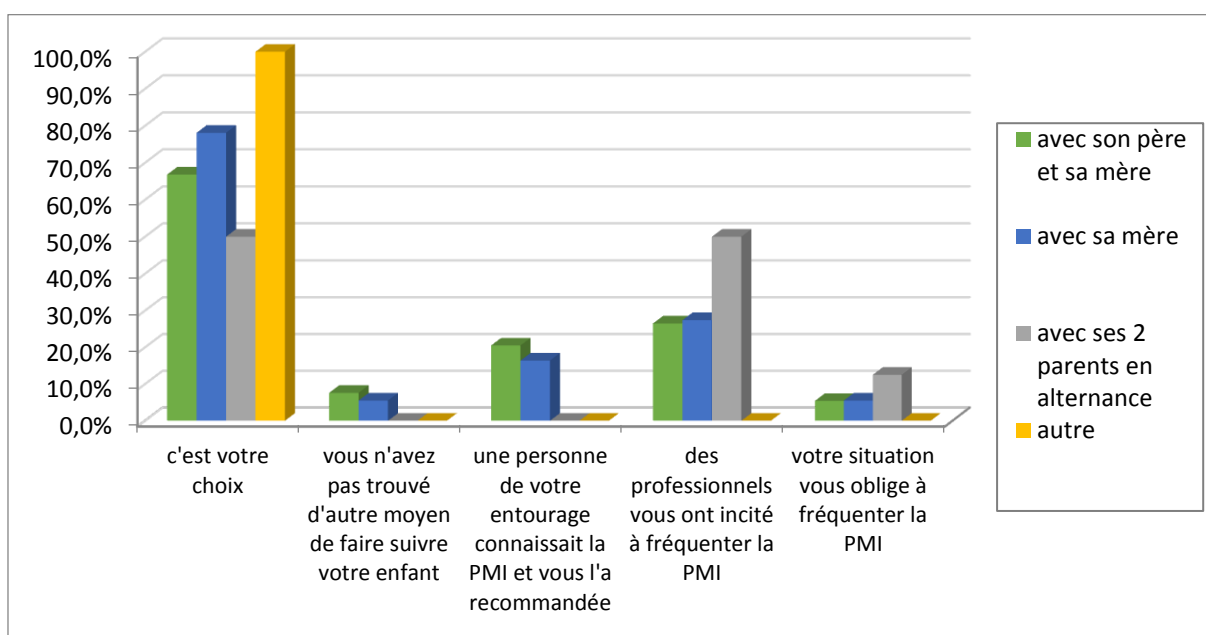


Figure 13 : Origine de la décision de fréquenter la PMI en fonction du régime de garde de l'enfant

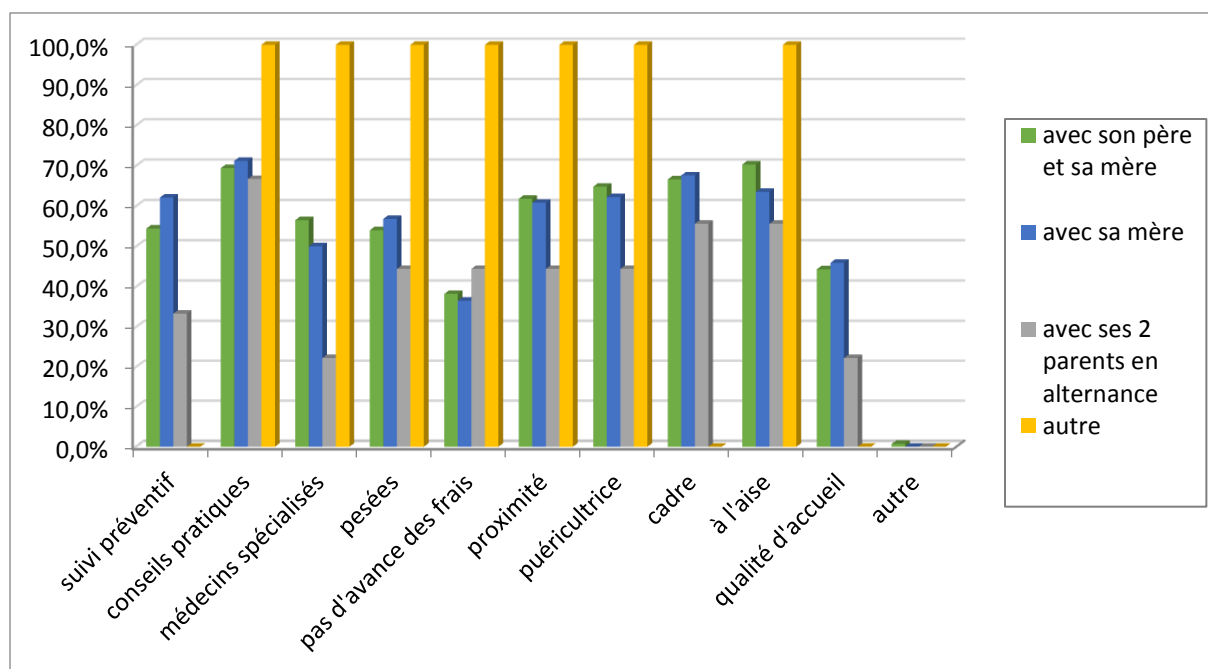


Figure 14 : Motivations à fréquenter la PMI en fonction du régime de garde de l'enfant

Il n'existait pas de différence significative entre les réponses, en ne comparant que les familles où les deux parents ou la mère ont la garde, les autres étant négligeables (Figures 13 et 14).

2. Nombre d'enfants dans le foyer

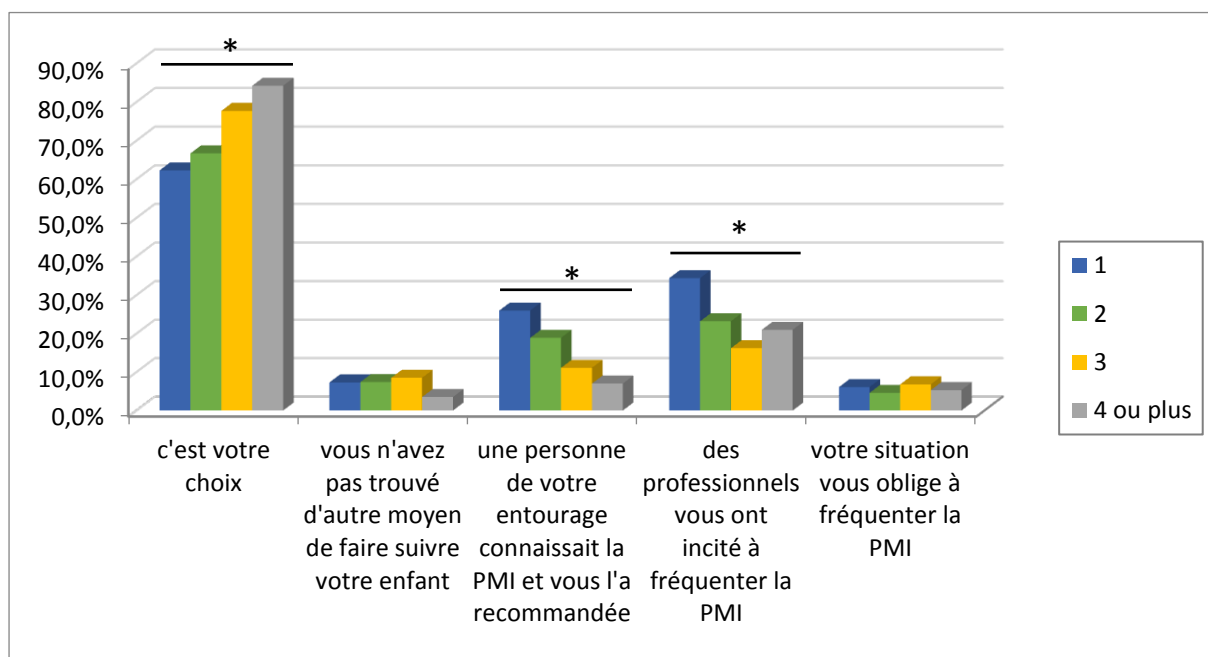


Figure 15 : Origine de la décision de fréquenter la PMI en fonction du nombre d'enfants dans le foyer

Plus les familles étaient nombreuses plus elles exprimaient que c'était un choix de leur part d'emmener leur enfant en PMI ($p < 0,01$) (Figure 15).

Les familles étaient d'autant plus incitées à consulter en PMI, que ce soit par leur entourage ou par des professionnels, lorsqu'il s'agissait de leur premier enfant. Les professionnels incitaient également les familles nombreuses à fréquenter la PMI ($p < 0,01$).

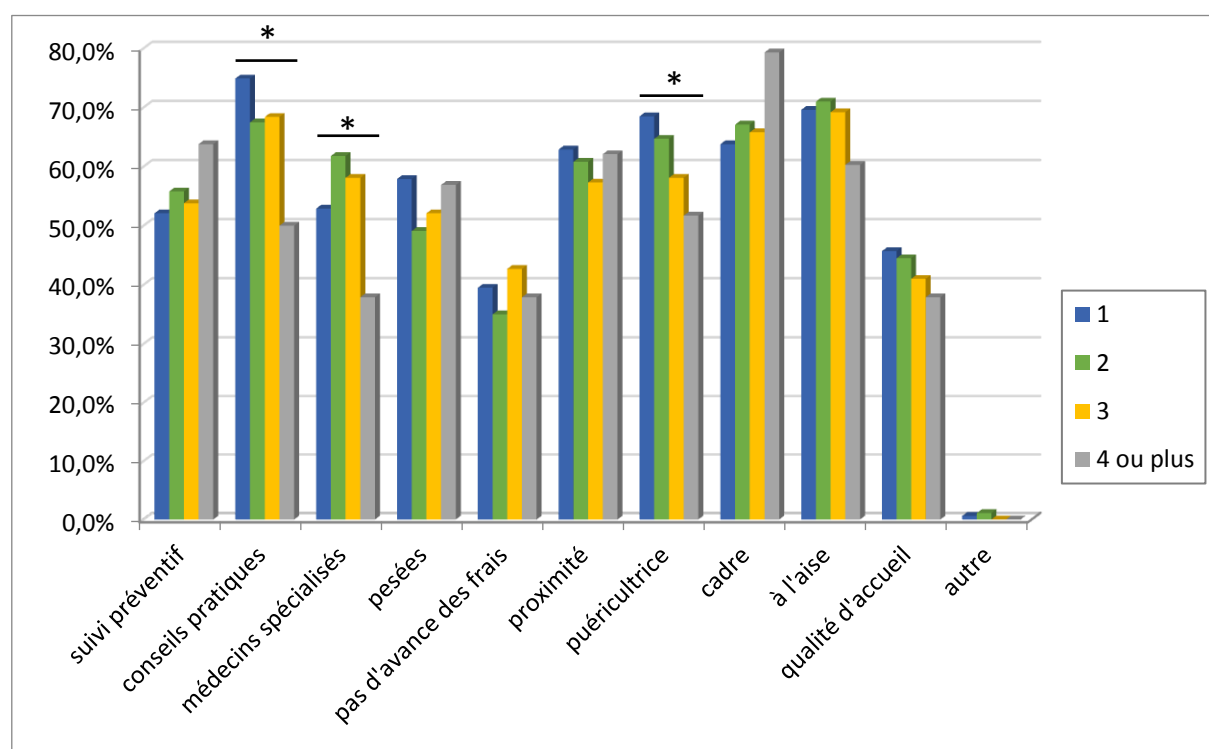


Figure 16 : Motivations à fréquenter la PMI en fonction du nombre d'enfants dans le foyer

Les familles ayant le moins d'enfant étaient plus attirées en PMI que les familles nombreuses pour les conseils pratiques donnés par les professionnels, la spécialisation particulière des médecins sur la prise en charge des enfants, et la possibilité de joindre ou de rencontrer une puéricultrice facilement ($p < 0,05$) (Figure 16).

2.2.6. En fonction de la distance du logement

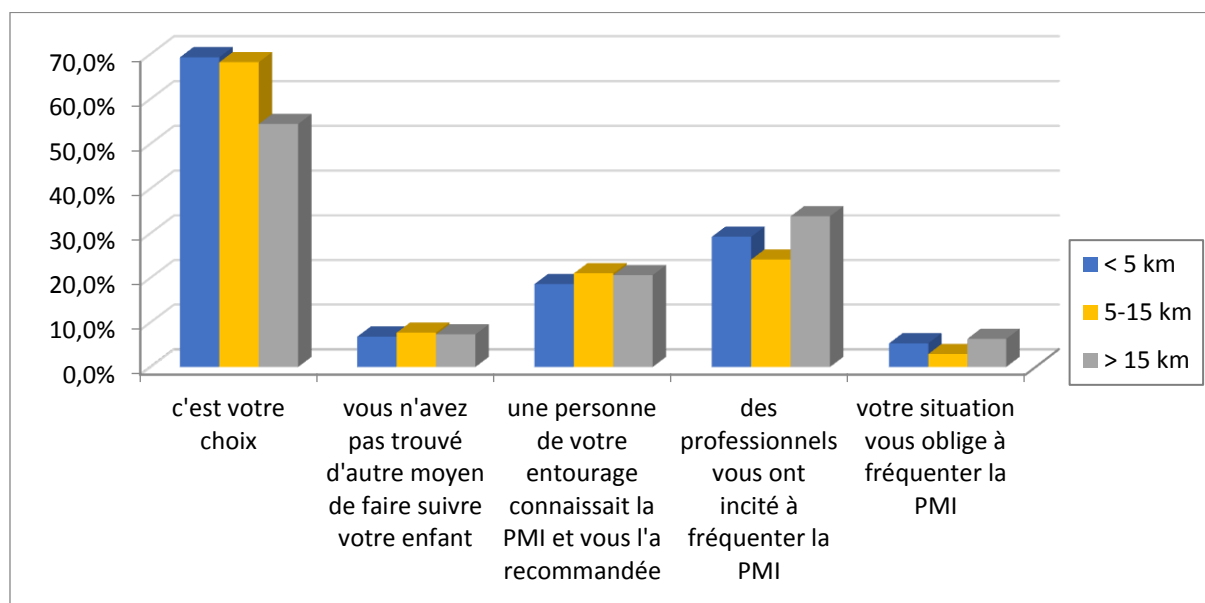


Figure 17 : Origine de la décision de fréquenter la PMI en fonction de la distance du logement au centre de PMI

Aucune différence significative n'avait été mise en évidence sur l'origine du choix de venir en PMI en fonction de la distance entre le logement et le centre de PMI (Figure 17).

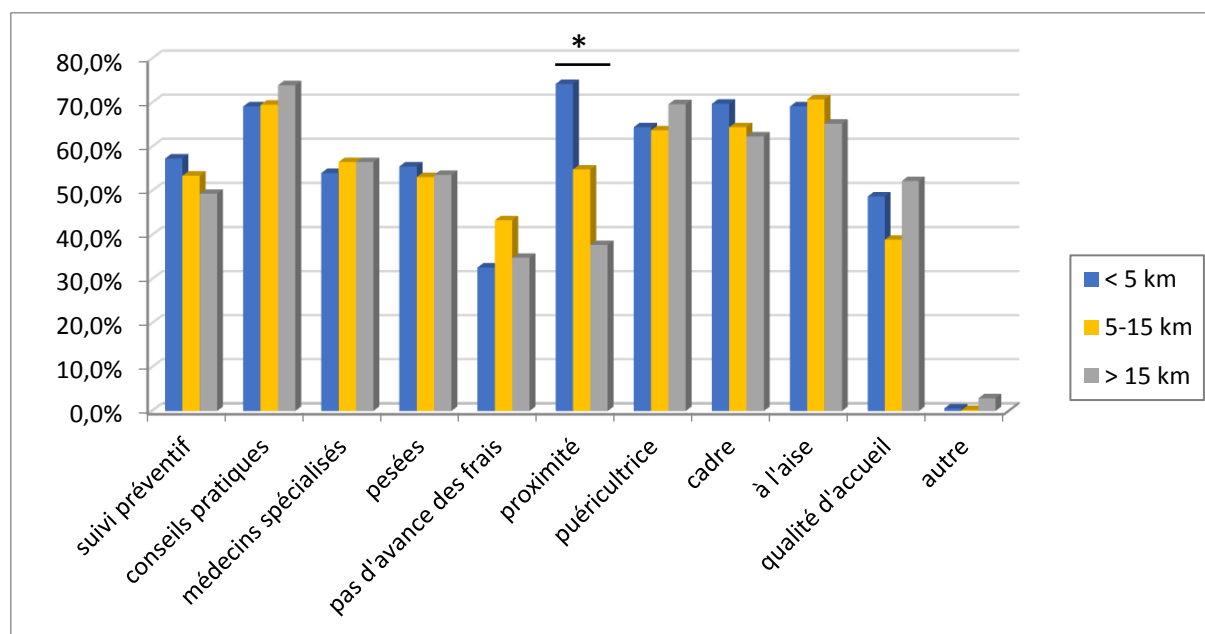


Figure 18 : Motivations à fréquenter la PMI en fonction de la distance du logement au centre de PMI

Une différence était retrouvée en ce qui concerne l'item sur la proximité. Plus les familles habitaient près du centre de PMI, plus elles considéraient que la proximité du centre était une raison à ce choix ($p < 0,01$) (Figure 18).

2.2.7. En fonction de leur profession

Pour cette analyse, les professions des deux parents ont été prises en compte ensemble. En effet, il était impossible de favoriser une profession par rapport à l'autre pour chaque couple, car les professions au sein d'une même catégorie sont très diverses et la catégorie ne préjuge donc en rien du niveau professionnel.

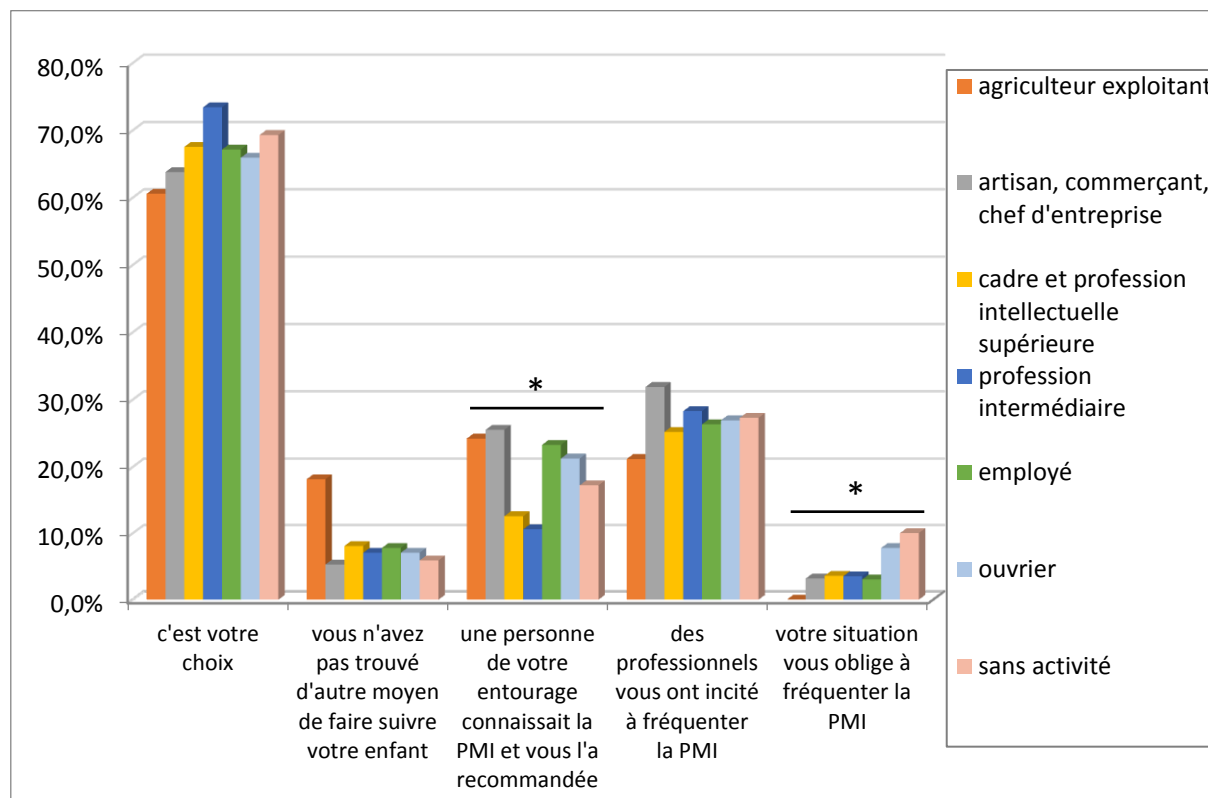


Figure 19 : Origine de la décision de fréquenter la PMI en fonction de la profession des parents

Les agriculteurs exploitants, les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, et les employés ont plus décidé de consulter en PMI sur conseil de leur entourage que les autres professions ($p < 0,01$) (Figure 19).

Les personnes sans activité et les ouvriers se sentaient plus obligés de fréquenter la PMI ($p < 0,01$)

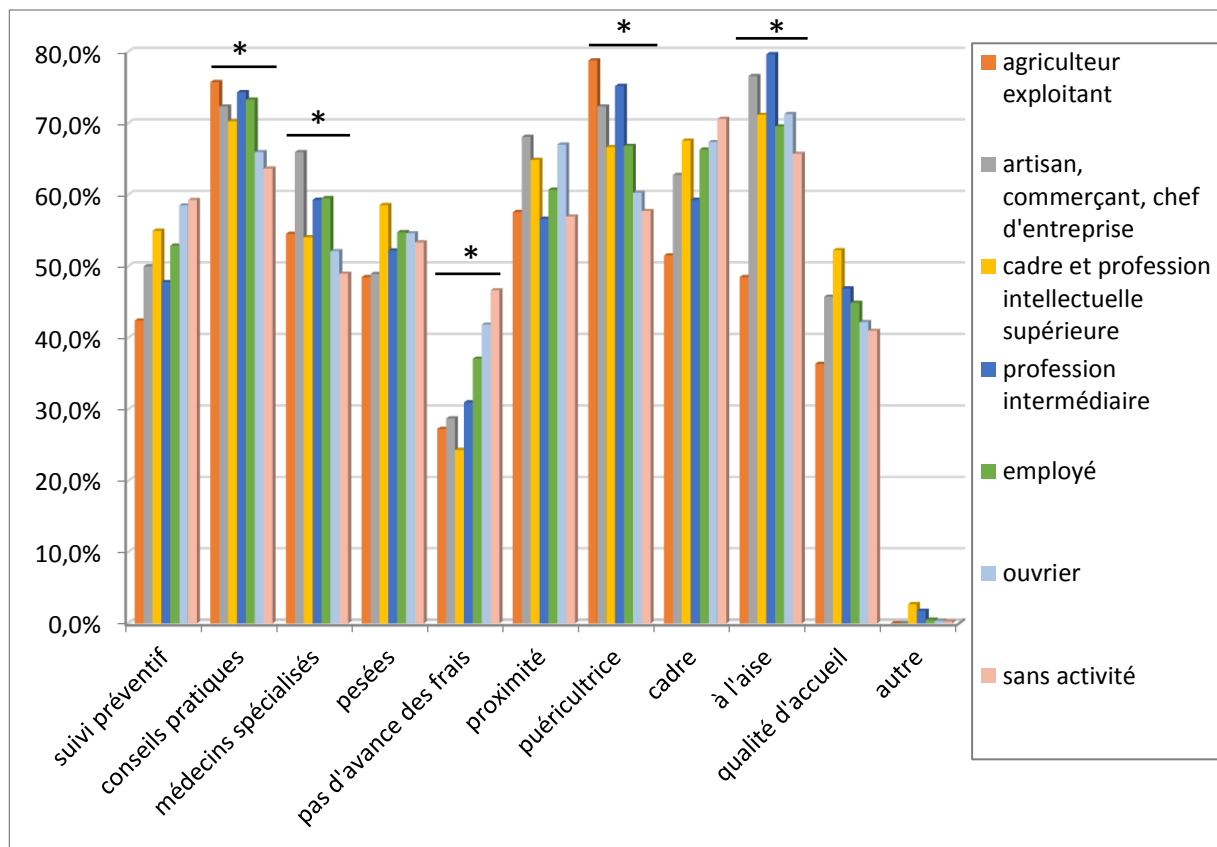


Figure 20 : Motivations à fréquenter la PMI en fonction de la profession des parents

Les ouvriers et les personnes sans activité professionnelle avaient moins choisi la PMI que les autres professions pour les conseils pratiques ($p < 0,01$) (Figure 20).

Les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, les professions intermédiaires et les employés venaient plus en PMI pour le médecin spécialisé dans la prise en charge des enfants ($p < 0,05$).

L'absence d'avance des frais était plus un facteur de choix pour les sans activité professionnelle, les ouvriers et les employés ($p < 0,01$).

La possibilité de joindre ou de rencontrer une puéricultrice facilement était plus citée par les agriculteurs exploitants, les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, et par les professions intermédiaires ($p < 0,01$).

Les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, et les professions intermédiaires venaient plus en PMI que les autres professions, car ils se sentaient à l'aise pour poser leurs questions ($p < 0,01$).

2.2.8. En fonction du dernier diplôme du parent consultant

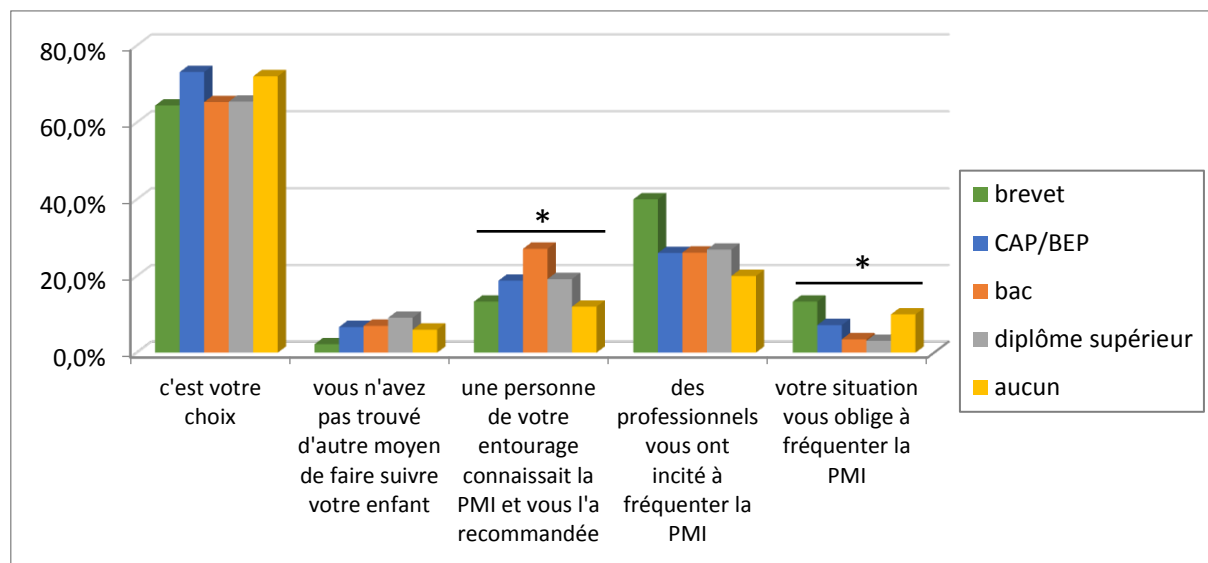


Figure 21 : Origine de la décision de fréquenter la PMI en fonction du dernier diplôme du parent consultant

Les personnes sans diplôme ou avec un brevet comme seul diplôme citaient plus que les autres la fréquentation de la PMI comme une obligation ($p < 0,01$) (Figure 21).

L'entourage recommandait plus la PMI aux personnes avec un bac, un diplôme supérieur ou un CAP/BEP qu'aux personnes avec un niveau d'études plus bas ($p < 0,05$).

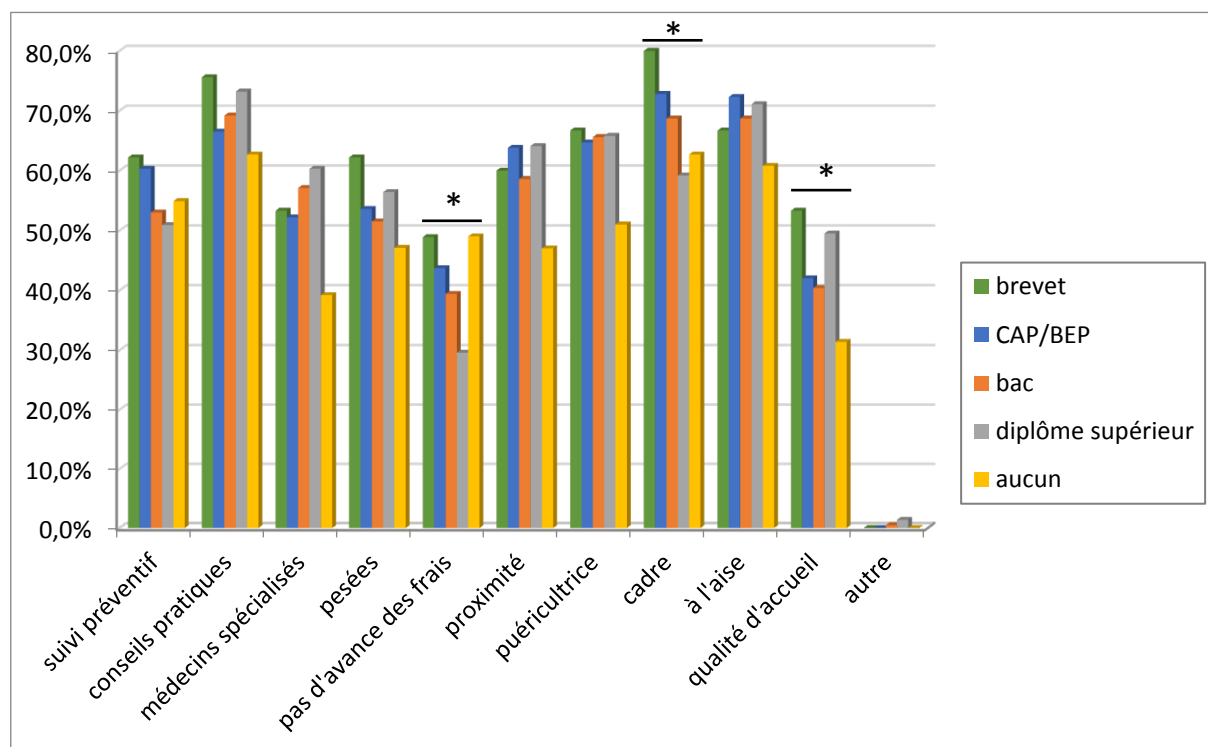


Figure 22 : Motivations à fréquenter la PMI en fonction du dernier diplôme du parent consultant

L'absence d'avance de frais était un critère bien plus cité par les personnes avec un niveau d'étude plus bas, et qui décroissait ensuite avec l'augmentation du niveau d'étude ($p < 0,01$) (Figure 22).

Le cadre était un facteur plus important pour les personnes avec un niveau d'étude plus bas (brevet). Il décroissait ensuite avec l'élévation du niveau d'étude ($p < 0,01$).

La qualité d'accueil était plus importante pour les personnes titulaires d'un brevet et d'un diplôme supérieur ($p < 0,05$).

2.2.9. En fonction de leur couverture maladie

Pour cette analyse, seuls les régimes généraux, des indépendants, agricole et la CMU ont été pris en compte. En effet, les autres étaient négligeables.

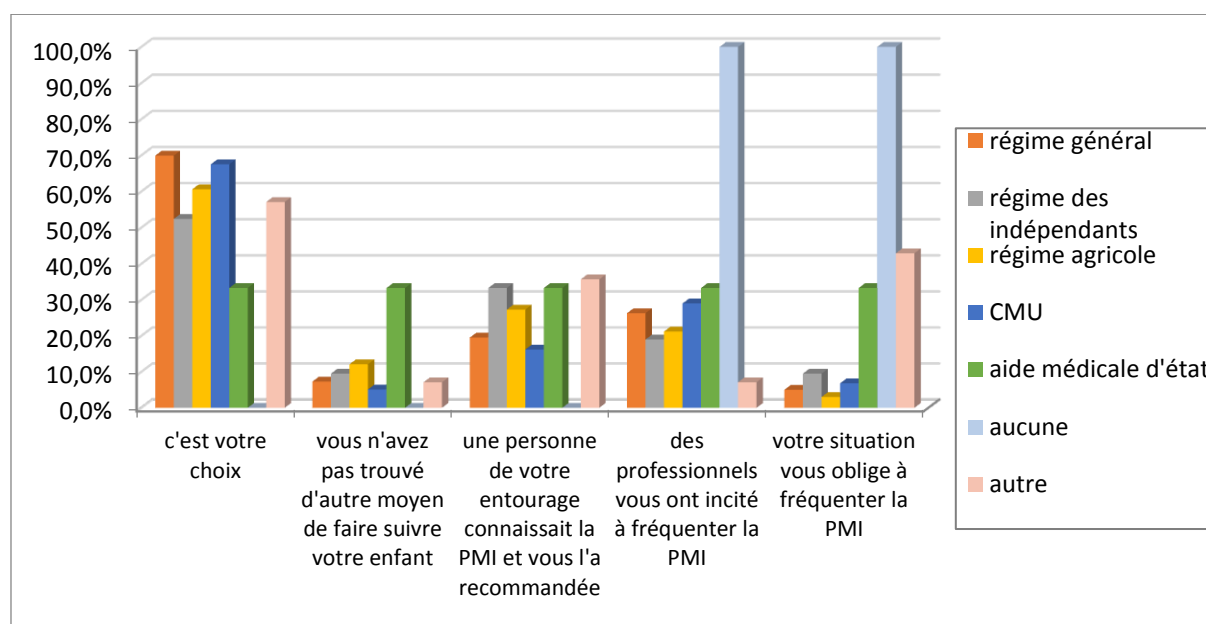


Figure 23 : Origine de la décision de fréquenter la PMI en fonction du régime de sécurité sociale

Il n'y avait pas de différence significative sur l'origine de la décision de fréquenter la PMI pour les quatre régimes précités (Figure 23).

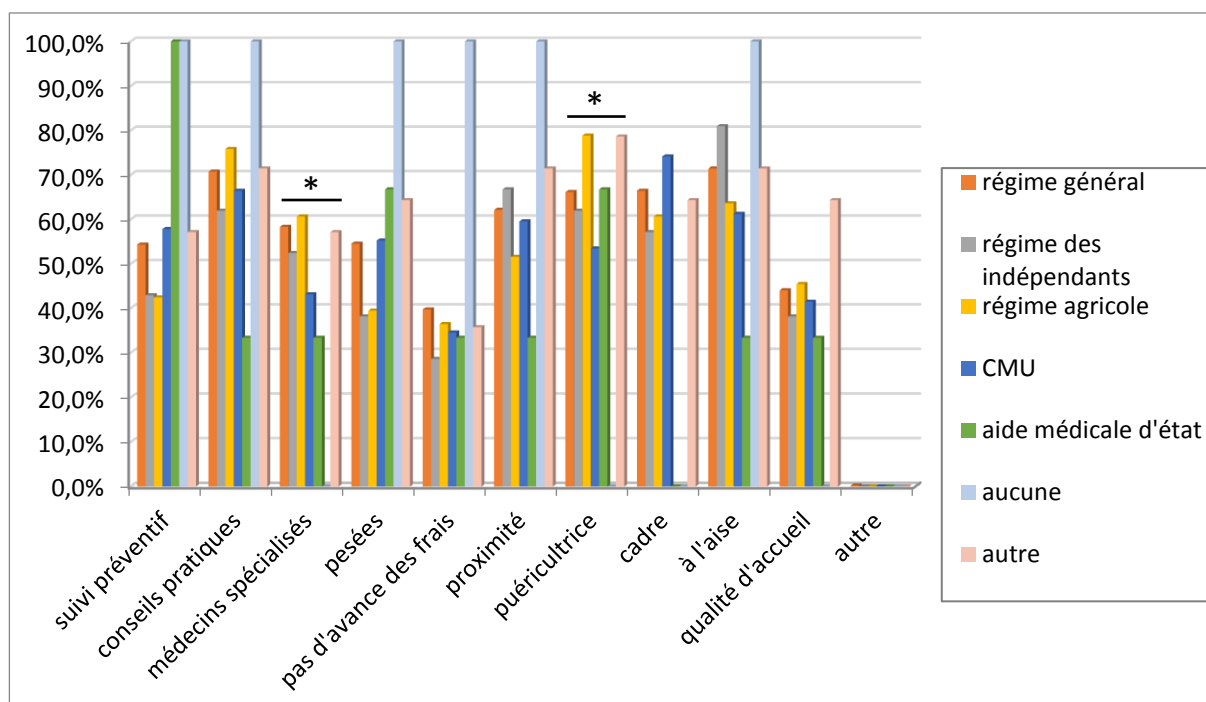


Figure 24 : Motivations à fréquenter la PMI en fonction du régime de sécurité sociale

La possibilité de joindre ou de rencontrer facilement une puéricultrice et les médecins spécialisés dans la prise en charge des enfants étaient des critères de choix plus cités par les consultants couverts par le régime agricole ou le régime général que par ceux couverts par la CMU et le régime des indépendants ($p < 0,05$) (Figure 24).

2.3. Au total

2.3.1. Profil des familles venant en PMI

Les familles venant en PMI étaient de nationalité française (92,4%).

Les couples avaient un âge moyen de 31,7 ans, avec une mère qui avait en moyenne 30,5 ans et un père qui avait en moyenne 33,1 ans.

Ils vivaient en concubinage (37,5%) ou maritalement (33,9%).

Les deux parents vivaient ensemble (89,8%) dans une maison (81,0%), située entre 5 et 15 km du centre de PMI (50,5%).

Ils venaient pour leur enfant de 5 mois, qui était leur premier (43,9%) ou leur deuxième (34,8%) enfant.

Les parents étaient employés (36,6%) ou sans activité (24,1%), le parent emmenant l'enfant était employé (38,4%) ou sans activité (36,7%), le deuxième était employé (34,7%) ou ouvrier (27,8%).

Le parent venant à la consultation était titulaire d'un diplôme supérieur (35,6%), ou d'un CAP/BEP (27,8%)

L'enfant était couvert par un régime général de protection maladie (76,1%), avec une mutuelle (83,4%).

Il était suivi par un médecin généraliste en parallèle de sa venue en PMI (59,8%).

2.3.2. Profil de la famille venant en consultation en PMI

Les familles venant en consultation en PMI étaient de nationalité française (91,4%).

Les couples avaient un âge moyen de 31,6 ans.

Ils vivaient en concubinage (37,8%) ou maritalement (33,9%).

Les deux parents vivaient ensemble (89,3%) dans une maison (79,6%), située entre 5 et 15 km du centre de PMI (51,6%).

Ils venaient pour leur enfant de 7 mois, qui était leur premier (42,0%) ou leur deuxième (34,6%) enfant. A noter que nous retrouvons plus de troisième enfant qu'en permanence ($p < 0,01$).

Les parents étaient employés (36,1%) ou sans activité (26,5%). Ils étaient davantage sans activité professionnelle qu'en permanence ($p < 0,01$).

Le parent venant à la consultation était titulaire d'un diplôme supérieur (32,6%) ou d'un CAP/BEP (30,1%).

L'enfant était couvert par un régime général de protection maladie (72,7%).

2.3.3. Profil de la famille venant en permanence en PMI

Les familles venant en permanence en PMI étaient de nationalité française (93,6%).

Les couples avaient un âge moyen de 31,8 ans.

Ils vivaient en concubinage (21,3%) ou maritalement (31,0%).

Les deux parents vivaient ensemble (90,3%) dans une maison (81,0%), située entre 5 et 15 km du centre de PMI (49,7%).

Ils venaient pour leur enfant de 3 mois, qui était majoritairement leur premier enfant (53,2%).

Les parents étaient employés (39,4%) ou sans activité (19,7%), mais nous retrouvions également plus de cadres et professions intellectuelles supérieures que dans les consultations ($p < 0,05$).

Le parent venant en permanence était titulaire d'un diplôme supérieur (41,7%) de façon significativement plus importante que dans les consultations ($p < 0,05$), ou d'un CAP/BEP (24,0%).

L'enfant était couvert par un régime de protection maladie général (75,3%).

Partie 3 :

Discussion

I. Limites de l'enquête

1.1. Limites du recrutement

Il existe une certaine sous-estimation du nombre de consultants de nationalité étrangère. En effet, si ceux-ci ne lisaient pas ou ne comprenaient pas le français, ils n'ont pas pu compléter le questionnaire, même si quelques-unes des personnes ne lisant pas le français ont tout de même pu le remplir aidées par un professionnel.

L'enquête n'a été effectuée que sur une période d'un mois, ne laissant présager de la fréquentation des autres mois.

1.2. Limites déclaratives

Le remplissage des questionnaires a été laissé libre aux consultants, de façon anonyme. Nous n'avons donc aucun moyen de vérifier si les informations recueillies sont justes ou erronées.

Le questionnaire était le plus souvent rempli en salle d'attente, en attendant la consultation avec la puéricultrice ou le médecin, avec l'enfant à surveiller, l'attention pour lire et remplir correctement le questionnaire n'était donc pas toujours optimale.

1.3. Limites dues aux non-répondants

L'enquête par remplissage d'un questionnaire était soumise au volontariat des parents consultants. 15,7% des personnes consultantes n'ont ainsi pas rempli de questionnaire.

De même, il existe un certain nombre de données manquantes par questionnaire rempli de façon incomplète.

II. Profil des consultants

2.1. Nationalité

L'enquête retrouve 7,6% de personnes de nationalité étrangère, sans différence significative entre les permanences et les consultations. Ce chiffre est sous-estimé du fait de la non-inclusion des personnes d'origine étrangère ne parlant pas le français.

En France, en 2011, 6,0% de la population était de nationalité étrangère. En Vendée, en 2011, 1,2% de la population était de nationalité étrangère ³².

Il semble exister une différence nette entre le nombre de familles de nationalité étrangère en PMI et dans le reste de la population vendéenne.

Le même constat avait été posé par F. Yvon dans sa thèse réalisée sur le département de Loire-Atlantique en 2002 ¹, retrouvant une proportion de population d'origine étrangère nettement plus élevée en PMI que dans le reste du département.

2.2. Age des parents

Nous retrouvons un âge moyen de la mère à 30,5 ans, ce qui correspond environ à l'âge moyen de la mère à l'accouchement en France qui est de 30,3 ans en 2013 ³³. De même la répartition par strates de l'âge de la mère (*cf. Annexe 4*) semble superposable à celle de la population générale.

Tout comme dans les thèses de F. Yvon en Loire-Atlantique ¹ et de B. Meunier en Sarthe ², près de 2/3 des parents consultants ont entre 25 et 35 ans.

2.3. Age de l'enfant

Dans notre étude, l'âge médian des enfants est à 5 mois, alors que les enfants ont la possibilité de venir en PMI jusqu'à l'âge de 6 ans. Dans l'étude de B. Meunier ¹, plus de la moitié des enfants avaient moins de 1 an. Ceci peut être expliqué par l'existence de nombreuses consultations de suivi rapprochées la première année, puis s'éspaçant jusqu'à la visite obligatoire des 2 ans, mais également par la nécessité de conseils et d'un soutien parental plus important dans les premiers mois de vie du nourrisson. Après l'âge de 2 ans, rares sont les enfants à revoir le médecin, hors d'une visite médicale scolaire ou d'un épisode infectieux.

Dans la thèse de M. Michel ³⁴ réalisée dans un service d'urgences pédiatriques, il est retrouvé un âge moyen des enfants de 0 à 7 ans consultant en PMI à 1,5 ans, contre 3,7 ans en médecine générale. Nous pouvons mettre ce résultat en lien avec le travail de E. Pavie ³⁵ qui retrouvait un pourcentage d'enfants consultants en médecine générale plus important dans la tranche 2-6 ans que dans la tranche 0-2 ans, la moyenne d'âge se situant donc certainement au-delà de 2 ans. Les enfants auraient donc tendance à être plus jeunes en PMI, mais il semblerait que les consultations restent tout de même plus fréquentes avant 2 ans pour un enfant donné en médecine générale (3,43/an avant 2 ans, contre 2,37/an entre 2 et 10 ans) ³⁶, le médecin généraliste récupérant certainement après cet âge les enfants suivis auparavant en PMI ou chez le pédiatre.

Nous pouvons également remarquer que l'âge médian des enfants est différent entre les permanences et les consultations, avec des enfants globalement plus jeunes en permanence (âge médian à 3 mois versus 7 mois). Cela peut s'expliquer par les pesées plus rapprochées et la nécessité plus importante de conseils dans les premiers mois suivant la naissance, avec ensuite un espacement des rendez-vous avec la puéricultrice, alors que le suivi médical est plus prolongé, notamment du fait du calendrier vaccinal.

2.4. Statut marital

Nous constatons que le parent consultant vit majoritairement en couple, qu'il soit en concubinage (37,5%), marié (33,9%), ou pacsé (19,3%).

Le pourcentage de parents vivant seuls est de 9,2%, alors que l'on retrouve en 2012 14,3% d'enfants de 5 ans et moins vivant en famille monoparentale dans la population générale ²⁶, et 17% en Vendée en 2010 ²³. Un taux de 12,7% était retrouvé dans la thèse de B. Meunier en Sarthe ².

Les parents isolés paraissent dans l'étude moins nombreux que dans la population de Vendée et de France, alors que ces familles sont plus vulnérables, et constituent donc une population cible de la PMI. Le même constat avait été posé dans l'étude de F. Yvon en Loire-Atlantique ¹.

Une des explications pourrait être que, comme vu précédemment, les enfants venant en PMI sont très jeunes (plus de la moitié ont moins de 1 an dans l'étude), et le taux de séparations parentales s'accroît avec l'âge de l'enfant. En effet, le taux d'enfant vivant en famille monoparentale en Vendée n'est plus que de 7% ²³ pour les enfants de 3 ans et moins. Ces taux sont donc difficilement comparables.

En 2014, il y avait un taux de 58% d'enfants nés hors mariage en France ³⁷. Ici, nous avons 66,1% des couples qui ne sont pas mariés. Le taux d'enfants nés hors mariage, bien que relativement proche, semble donc légèrement supérieur à la population française.

2.5. Composition de la famille

2.5.1. Parents ayant la garde

L'enfant vit à 89,9% avec ses 2 parents et à 10,1% avec ses deux parents en alternance ou avec sa mère uniquement.

Nous n'avons pas ici retrouvé de père isolé, alors qu'ils représentent 10% des familles monoparentales en Vendée ²³.

2.5.2. Nombre d'enfants

43,9% des familles consultantes n'avaient qu'un enfant, 34,8% deux, et 21,4% en avaient plus de deux. On remarque une surreprésentation des familles avec un seul enfant (43,9% versus 36%) par rapport aux familles vendéennes en 2010 ²³. En revanche, ces chiffres s'en rapprochent à partir du troisième enfant.

La même prédominance de premier enfant en PMI avait été notée par B. Meunier en 2005 en Sarthe ² et par F. Yvon en 2002 en Loire-Atlantique ¹.

De plus, dans notre enquête, le premier enfant est plus représenté lors des permanences que lors des consultations et inversement pour le troisième enfant. Cela peut s'expliquer par une nécessité de conseils et d'informations plus importante lors du premier enfant.

2.6. Logement

2.6.1. Distance entre le logement et le centre de PMI

91,6% des familles consultantes habitaient à moins de 15km du centre de PMI qu'elles fréquentaient. Cela répond bien à l'objectif de la PMI d'être un service de proximité.

2.6.2. Type de logement

Le taux de personnes déclarant habiter dans un logement social (4,1%) est faible comparé au parc de logements sociaux de Vendée (7% en 2011) ³⁸. Cela peut être dû à un biais déclaratif, devant le doublon de réponse appartement/maison et logement social. Si ce n'est pas le cas, ces personnes, qui sont des personnes cibles pour la PMI, ne sont malheureusement pas recrutées.

2.7. Profil professionnel des parents

2.7.1. Profession des parents

Nous pouvons constater une différence notable de profil entre les deux parents : le parent emmenant son enfant étant sans activité à 36,7%, alors que nous ne retrouvons que 11,1% de sans activité chez le deuxième parent. Ces données peuvent facilement être expliquées par la plus grande disponibilité du membre du couple sans activité pendant les heures d'ouverture de la PMI.

Lorsque nous regardons l'ensemble des professions des parents, les professions les plus représentées sont : les employés (38,4%), et les sans activité (36,7%). Dans les précédentes études ^{1,2}, les employés et les personnes sans activités prédominaient, ainsi que les ouvriers.

Par rapport à la population vendéenne ²⁹, nous retrouvons moins de professions intermédiaires (7,0% versus 18,1%), plus d'employés (36,6% versus 23,5%), moins d'ouvriers (17,5% versus 26,7%), et plus de sans activité (24,1% versus 16,4%).

Il est intéressant de voir que la population cible de la PMI, à savoir les personnes sans activité, qui sont donc plus défavorisées, semblent bien représentées, de même que les employés, bien que les catégories soient très hétérogènes en leur sein. En revanche, les ouvriers, qui peuvent également faire partie de cette catégorie, semblent moins fréquenter la PMI. Dans notre étude, c'est plus pour les consultations médicales que pour les permanences que les personnes sans activité viennent.

Nous pouvons noter que les cadres, les professions intellectuelles supérieures, les artisans, les commerçants et les chefs d'entreprise semblent représentés de façon égale à la population générale. Pour les cadres et professions intellectuelles supérieures, cela est en lien dans notre étude majoritairement par une fréquentation des permanences plutôt que des consultations.

2.7.2. Dernier diplôme du parent consultant

35,6% des parents consultants ont un diplôme supérieur. Or, seulement 13,9% sont cadres ou ont une profession intermédiaire. La discordance n'est pas explicable, sauf si ceux-ci ont choisi d'être au foyer. De plus, dans l'enquête périnatalité de 2010 ³⁹, 51,9% des femmes accouchant en France ont un diplôme supérieur. Sachant que la quasi-totalité des parents consultants sont des femmes, nous pouvons dire que ces femmes sont bien moins représentées dans notre population.

Les personnes qui ont un diplôme supérieur fréquentent d'avantage les permanences que les consultations, ce que l'on peut mettre en parallèle avec la fréquentation préférentielle des permanences par les cadres et professions intellectuelles supérieures. Le même constat avait été fait lors d'une précédente étude parisienne de P. Moisset ³¹.

2.8. Couverture maladie

14,8% des consultants sont bénéficiaires de la CMU, alors qu'en 2014 3,7% de la population de Vendée en bénéficiait ²⁷. Nous retrouvons donc une surreprésentation de cette population, ce qui correspond bien à l'un des principaux objectifs de la PMI, à savoir de cibler en priorité les foyers les plus précaires. Cette proportion semble en revanche inférieure à l'étude de B. Meunier de 2005 ².

Sur les 136 personnes ayant déclaré ne pas avoir de mutuelle, 127 étaient couvertes par des régimes particuliers (CMU, AME, régime étranger) responsables de leur absence de mutuelle, ou ne bénéficiaient pas de couverture maladie. 9 personnes seulement ont déclaré ne pas avoir de mutuelle, alors qu'elles avaient une couverture maladie habituelle (régime général ou des indépendants).

Il est étonnant de ne retrouver qu'une seule personne sans aucune couverture maladie au vu du récent flux d'immigrés. Ils sont peut-être inclus dans les personnes ne parlant pas le français et n'ayant pas rempli le questionnaire, ou bien la Vendée n'est-elle pas encore impactée par ce flux migratoire.

2.9. Suivi de l'enfant

32,1% des familles déclaraient que leur enfant n'était pas suivi par un autre professionnel de santé, et en particulier pas par un médecin généraliste. Une des explications peut être un problème de formulation de la question. En effet, le terme « suivi » était peut-être mal choisi, car les enfants suivis en consultation à la PMI vont effectivement voir leur médecin traitant, mais le plus souvent seulement en cas de pathologie infectieuse épisodique. De plus, beaucoup de ces enfants n'étant âgés que de quelques mois, ils n'ont jamais été malades, et n'ont donc pas eu l'occasion d'aller chez leur médecin généraliste. Ce résultat est bien supérieur aux chiffres retrouvés dans les études de B. Meunier² et F. Yvon¹, bien que dans les deux études la question ait également été posée avec le terme « suivi ».

Nous pouvons tout de même remarquer que, bien qu'allant chez le médecin généraliste ou parfois le pédiatre, les parents choisissent d'emmener leur enfant en complément en PMI, que ce soit pour le suivi médical de l'enfant ou pour voir la puéricultrice. Dans certains cas, le médecin extérieur conseille aux parents d'aller en PMI pour effectuer des pesées dans les premières semaines. En cas de suivi médical en PMI, le médecin généraliste est le plus souvent consulté seulement en cas de maladie ou de vaccination n'ayant pu être faite du fait d'un épisode infectieux le jour de la consultation en PMI. C'est déjà ce qui avait été noté dans la thèse de F. Yvon en 2002¹ avec une approche différente de l'acte médical qui est plutôt centré sur la maladie et le soin chez le médecin généraliste, alors qu'il est plus dans une approche globale centrée sur la bonne santé en PMI.

III. Pourquoi la PMI ?

3.1. Origine de la décision

La PMI est un choix pour 67,5% des personnes interrogées. Cette démarche majoritairement volontaire était également retrouvée dans le précédent travail de B. Meunier en 2005 ². Cela montre que l'opinion concernant la PMI est bonne, au moins pour ces personnes ayant fait le choix de la fréquenter, s'éloignant de l'image « sociale » de la PMI. Elles ont tout de même été influencées à 27,0% par un professionnel et à 19,9% par leur entourage, et ce davantage lorsqu'il s'agissait de jeunes couples ou d'un premier enfant.

7,3% des consultants disent ne pas avoir trouvé d'autre moyen de faire suivre leur enfant, ce qui montre un réel problème de démographie médicale.

5,6% disent être obligés de fréquenter la PMI. Nous n'avons pas de réponse qualitative sur cet item, et pouvons donc difficilement en tirer des conclusions. En effet, la famille peut se dire obligée car elle est sous le coup d'une mesure de protection, ou car elle est seulement de passage dans la région, ou pour des raisons financières, ou pour tout autre raison. Il est donc difficile de conclure. A noter cependant que la fréquentation de la PMI était plus vue comme une obligation par les personnes sans diplôme ou avec un brevet comme seul diplôme, et par les personnes sans activité professionnelle.

3.2. Raisons de cette décision

Tous les items exposés sont cités à plus de 50% (sauf l'absence d'avance des frais et la qualité d'accueil), ce qui valide ce qui était retrouvé lors des précédentes études en ouvert et en fermé ^{1,2}.

Les parents sont séduits par le lieu qui présente un bel espace de jeux adapté aux enfants de tout âge en salle d'attente, mais aussi par l'attention qui leur est portée. Ils se sentent mis à l'aise, peut-être par le temps plus important consacré par les professionnels (comme cité par une famille dans le questionnaire). En effet, les consultations durent 40 minutes et se déroulent en deux temps (20 minutes avec la puéricultrice et 20 minutes avec le médecin), et les permanences durent également au minimum 30 minutes, laissant le temps aux parents de poser toutes leurs questions et de recueillir tous les conseils pratiques qu'ils étaient venus chercher. La disponibilité de la puéricultrice est à ce titre bien remarquée par les parents. A noter que les pesées qui peuvent être le motif initial de venue, permettent également d'engager le dialogue entre la puéricultrice et les parents.

Les conseils pratiques donnés, de même que la possibilité de joindre ou de rencontrer une puéricultrice facilement étaient plus cités par les familles avec un faible nombre d'enfants (premier ou deuxième). Ceci est cohérent, car c'est avec les premiers enfants que le rôle de parent est à apprendre.

En revanche, ces deux items sont moins cités par les ouvriers et les personnes sans activité professionnelle. Cette tendance était déjà retrouvée par B. Meunier² et P. Moisset³¹, les familles les plus défavorisées semblant privilégier le versant médical de la consultation, vérifiant la bonne santé de l'enfant, alors que les catégories intermédiaires ou supérieures viennent chercher des conseils, des informations pour favoriser l'éveil de leur enfant. Nous pouvons rapprocher ces résultats de la fréquentation privilégiée des consultations par rapport aux permanences par les personnes de bas niveau socio-professionnel, et inversement des permanences plutôt que des consultations par celles d'un niveau plus supérieur. La PMI n'est donc pas utilisée par tout le monde de la même façon et ceci en fonction de la représentation des familles de leur enfant.

L'item sur le suivi préventif de l'enfant (l'une des fonctions premières de la PMI) et la spécialisation des médecins est cité par un peu plus de la moitié des parents, mais n'est pas parmi les plus représentés.

L'absence d'avance de frais est citée par moins de la moitié des consultants, ce qui en fait un caractère non décisif dans la fréquentation de la PMI, comme déjà signalé par B. Meunier dans son étude en 2005 ². Cet item était cité de façon plus importante par les couples les plus jeunes, les personnes avec un niveau d'étude plus bas, sans activité professionnelle, ouvriers ou employés. Ces personnes sont le plus souvent celles avec le plus de difficultés financières, donc cela est cohérent. Nous remarquons que ce critère n'est pas particulièrement plus cité par les bénéficiaires de la CMU. Ceci peut s'expliquer par le fait que ceux-ci n'ont pas à avancer les frais quel que soit le professionnel consulté.

IV. Avenir et enjeux de la PMI

4.1. Une structure indispensable...

Avec des difficultés d'accès aux soins qui perdurent voire qui augmentent dans certains départements, comme la Vendée, que ce soit pour des raisons démographiques ³⁰ (diminution du nombre de pédiatres et de médecins généralistes) ou financières ^{20,22}, la PMI a toute sa place pour maintenir un suivi rapproché des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans.

Nous constatons dans notre étude que toutes les catégories socio-professionnelles de la population sont représentées parmi les consultants de la PMI, celle-ci n'étant donc pas réservée aux plus défavorisés, comme un raccourci caricatural l'affirme fréquemment, même si cette tranche de la population est particulièrement visée et atteinte. Avec l'existence de la CMU, l'absence d'avance des frais n'est plus une raison suffisante pour fréquenter la PMI. L'amplitude horaire d'ouverture peut par contre expliquer la plus grande représentation des personnes employées et sans activité professionnelle.

Comme retrouvé dans les précédents travaux de B. Meunier ² et P. Moisset ³¹, les objectifs de consultation ne sont pas identiques pour tous, mais la PMI, par l'étendue de ses compétences, a toutes les capacités pour y répondre. Pour les populations plus défavorisées, la consultation avec le médecin de PMI permet de vérifier le bon état de santé de l'enfant ; alors que pour les catégories socio-professionnelles intermédiaires et supérieures, les permanences et les consultations leur permettent d'obtenir le soutien et les conseils dont ils ont besoin pour favoriser l'éveil de leur enfant.

Sa place privilégiée à la frontière du médical et du social lui confère une place unique dans la périnatalité, car permettant de prendre en compte tous les déterminants de santé. En effet, l'importance des conditions prénatales et environnementales pour le bon développement de l'enfant ne sont plus à démontrer ⁴⁰⁻⁴². La PMI, en ce sens, par son rôle préventif et éducatif, va essayer de limiter l'impact des facteurs socio-économiques sur ces déterminants pour les populations défavorisées.

La tendance actuelle est à la réduction de la durée de séjour à la maternité, avec une durée qui est passée de 7-9 jours dans la fin des années 80 à 4,4 jours en 2010, et qui risque encore de diminuer, déléguant le suivi postnatal à la ville ^{43,44}, alors qu'il existe une baisse préoccupante de la démographie médicale. Or, les femmes ont besoin d'une écoute et d'un accompagnement lors de cette sortie (surtout lors du premier enfant), comme retrouvé dans l'enquête périnatalité de l'UNAF en 2010 ⁴⁵. La PMI va pouvoir leur apporter les conseils et les informations nécessaires, ce que nous retrouvons dans notre enquête, avec ces items mis en avant par les parents consultants.

De plus, le nombre d'enfants nés prématurément, ou avec un petit poids de naissance a régulièrement augmenté depuis 20 ans, nécessitant une surveillance plus rapprochée ^{2,39}.

4.2. ... mais dont le rôle reste à redéfinir

Le récent rapport sur l'état des lieux de la PMI ⁴⁴ tire une sonnette d'alarme concernant l'avenir de la PMI.

Premièrement du fait d'un « flou » concernant le financement, et la mise en œuvre des actions. Depuis le rattachement de la PMI aux Conseils Départementaux, devant l'absence de stratégie de pilotage national claire, il est noté l'apparition de disparités territoriales qui sont fonction de la plus ou moins grande implication des élus dans cette mission ^{3,44}. De même, le financement réparti entre le département, l'Etat et la sécurité sociale n'est plus ni lisible ni efficace, sans compter les disparités entre les départements.

Deuxièmement, du fait de la méconnaissance des rôles de la PMI de la part des professionnels de santé et de la population générale, même si 27,0% des consultants dans notre étude ont été influencés par un professionnel. La thèse de E. Delannoy-Pernin en 2011 ⁴⁶ mettait en lumière le manque de connaissances de la part des médecins généralistes relatives à l'organisation et aux missions de la PMI. Ils ne penseraient à adresser les enfants en consultation ou en permanence à la PMI que dans des situations de maltraitance ou pour

des vaccinations. Le manque de connaissances des professionnels est également souligné dans le rapport de 2014 ⁴⁴. Il précise que les savoir-faire de la PMI, et en particulier le rôle de repérage des troubles du développement et leur accompagnement doivent être mieux connus, avec un repositionnement de la PMI dans une stratégie nationale de prévention et de réduction des inégalités. Il est important que la PMI soit identifiée par les professionnels comme un lieu de ressources essentiel dans le suivi du post-partum. La thèse de E. Delannoy-Pernin ⁴⁶ montre qu'il n'existe à priori pas de concurrence entre les médecins généralistes et la PMI, surtout dans un contexte de démographie médicale défavorable.

Pour cela, un renforcement du lien entre la PMI et les autres professionnels de santé impliqués dans le suivi de l'enfant semble essentiel. En effet, E. Delannoy-Pernin ⁴⁶, explique que le peu de lien existant entre la PMI et les médecins généralistes est le plus souvent réduit au carnet de santé. Ce lien semble malgré tout suffisant pour les médecins généralistes en cas de suivi simple, mais insuffisant en cas de suivi plus complexe.

CONCLUSION

La population fréquentant la PMI en Vendée est très diversifiée, avec une représentation de tous les niveaux socio-professionnels. Elle diverge tout de même de la population générale de Vendée par une surreprésentation des familles les plus vulnérables à savoir les personnes sans activité professionnelle, les employés, les bénéficiaires de la CMU, et les personnes de nationalité étrangère. Cela répond bien aux missions de la PMI d'être une structure ouverte à tous, mais se concentrant en priorité sur les foyers les plus fragiles.

Comme déjà développé dans d'autres travaux, au vu de l'évolution de la démographie médicale dans certains territoires, l'un des enjeux d'avenir serait de créer un réseau autour de la périnatalité en associant tous les professionnels acteurs autour de l'enfant, et d'améliorer la cohérence nationale de la PMI. Pour cela il va être important de développer la communication entre les différentes parties afin de mieux se connaître, et de définir au mieux le rôle de chacun dans ce réseau.

Le point de vue développé dans cette étude ne regroupe que l'avis de consultants en PMI sur le territoire vendéen, qui, comme nous avons pu le constater, ont majoritairement fait le choix de fréquenter la PMI, que ce soit pour vérifier la bonne santé de leur enfant auprès de médecins ou pour obtenir des conseils afin de participer au mieux à l'éveil de leur enfant. Qu'en est-il des personnes ne consultant pas en PMI ? Leur opinion sur celle-ci est-elle la même ? Ont-ils connaissance de l'existence de cette structure et de ces missions ? L'intégreraient-ils dans le suivi de leur enfant ? La population fréquentant la PMI est-elle la même dans des territoires mieux fournis en pédiatres et médecins généralistes ? Une enquête complémentaire chez les parents ne fréquentant pas la PMI permettrait de compléter cette étude et de répondre à certaines de ces interrogations.

Bibliographie

1. Yvon F. Attentes et degré de satisfaction des mères vis à vis de la consultation infantile de P.M.I. à propos d'une enquête réalisée auprès des usagers de la P.M.I. 2002.
2. Meunier B. Pourquoi va-t-on en consultation du nourrisson en PMI ? : Enquête auprès des usagers et des professionnels de PMI de la Sarthe. 2005.
3. Hassani A, Letoret A, Morellec J. *Protection maternelle et infantile : De la promotion de la santé à la protection de l'enfance*. Paris: Berger-Levrault; 2009.
4. République Française. *Ordonnance n°45-2720 Du 2 Novembre 1945 Sur La Protection Maternelle et Infantile.*; 1945:7297.
5. République Française. *Décret n°62-840 Du 19 Juillet 1962 Relatif à La Protection Maternelle et Infantile.*; 1962.
6. République Française. *Décret n°64-783 Du 30 Juillet 1964 Réorganisation et Attributions Des Services Extérieurs de l'Etat Chargés de L'action Sanitaire et Sociale.*; 1964.
7. République Française. *Loi n°67-1176 Du 28 Décembre 1967 Relative à La Régulation Des Naissances et Abrogeant Les Articles L. 648 et L. 649 Du Code de La Santé Publique*.
8. République Française. *Loi n°74-1026 Du 4 Décembre 1974 Portant Diverses Dispositions Relatives à La Régulation Des Naissances.*; 1974.
9. 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.
10. République Française. *Loi n°82-213 Du 2 Mars 1982 Relative Aux Droits et Libertés Des Communes, Des Départements et Des Régions*.
11. République Française. *Loi n°83-663 Du 22 Juillet 1983 Complétant Le Loi 838 Du 07-01-1983 Relative à La Répartition Des Compétences Entre Les Communes, Les Départements, Les Régions et l'Etat.*; 1983.
12. République Française. *Loi n°89-899 Du 18 Décembre 1989 Relative à La Protection et à La Promotion de La Santé de La Famille et de L'enfance et Adaptant La Législation Sanitaire et Sociale Aux Transferts de Compétences En Matière D'aide Sociale et de Santé.*; 1989.
13. République Française. *Loi n°2007-293 Du 5 Mars 2007 Réformant La Protection de L'enfance.*; 2007.
14. INSEE. Population par sexe et âge regroupé. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP1A&millesime=2012&niveau=1&typgeo=DEP&codgeo=85. Published 2012. Accessed December 6, 2015.

15. INSEE. Département de La Vendée (85) - Population par sexe et âge regroupé - 2006. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP1A&millesime=2006&niveau=1&typgeo=DEP&codgeo=85. Published 2006. Accessed December 6, 2015.
16. INSEE. Données détaillées de la situation démographique en 2013. http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=ir-irsocsd2013&page=irweb/irsocsd2013/dd/irsocsd2013_population.htm. Published 2013. Accessed December 6, 2015.
17. Institut National d'Etudes Démographiques. Indicateur conjoncturel de fécondité. Ined - Institut national d'études démographiques. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpees/indicateurs-fecondite/>. Published 2015. Accessed November 14, 2015.
18. INSEE. Fécondité selon l'âge de la mère en 2013. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=3&ref_id=poptc02202. Published 2013. Accessed November 13, 2015.
19. Zeitlin J, Mohangoo A, Delnord M, et al. *European Perinatal Health Report.*; 2010.
20. INSEE. Pauvreté : la crise affecte moins la Vendée mais y accentue les disparités. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=3&ref_id=21489. Published 2011. Accessed January 5, 2016.
21. INSEE. Chiffres clés : Département de La Vendée (85). <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=dep-85>. Published 2012. Accessed November 13, 2015.
22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Nombre d'allocataires des minimas sociaux. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,335,336. Published 2014. Accessed November 13, 2015.
23. Caf de la Vendée. *Les Familles Monoparentales En Vendée.*; 2013.
24. INSEE. Les familles monoparentales - Des difficultés à travailler et à se loger. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1195. Published 2005. Accessed December 18, 2015.
25. INSEE. Structure des familles avec enfants en 2012. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=amfd3. Published 2012. Accessed January 5, 2016.
26. INSEE. Enfants des familles par âge et type de famille en 2012. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=AMFdn1. Published 2012. Accessed December 21, 2015.

27. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. *Rapport D'activité*.; 2014.
28. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2004. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-beneficiaires-de-la-cmu-au-31-decembre-2004,4757.html>. Published October 2005. Accessed November 13, 2015.
29. INSEE. Population selon la catégorie socioprofessionnelle et le sexe au 1er janvier 2011. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=3&ref_id=poptc02108. Published 2011. Accessed December 18, 2015.
30. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Effectif et densités des médecins. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,514. Accessed November 26, 2015.
31. Suesser P. *Quelle PMI demain ? - 1001bb n°126*. Eres; 2012.
32. INSEE. Population selon la nationalité au 1er janvier 2011. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=3&ref_id=poptc02501. Published 2011. Accessed December 18, 2015.
33. INSEE. En 2013, 811 510 bébés sont nés en France - Plus de 800 000 bébés par an depuis 2005. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=if9. Accessed December 18, 2015.
34. Michel M. Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées : généraliste, pédiatre ou PMI ? October 2013.
35. Pavie E. La consultation pédiatrique en médecine générale. 2012.
36. Griot E. Les consultations d'enfant en médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale*. 1998;12(421):24-31.
37. INSEE. Évolution des naissances, de la natalité et de la part des naissances hors mariage. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02231. Published 2014. Accessed December 18, 2015.
38. Caisse des Dépôts. *La Construction de Logements Sociaux et Le Parc Locatif Social Dans Les Territoires*.; 2013.
39. Blondel B, Kermarrec M. *Enquête Nationale Périnatale 2010. Les Naissances En 2010 et Leur évolution Depuis 2003*. Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale; 2011.

40. Terrisse B, Larose F, Lefebvre ML. L'évaluation des facteurs de risque et de protection dans la famille: développement et validation du Questionnaire sur l'environnement familial. *Rev Int Léducation Fam Rech Interv.* 1998;2(2):39-62.
41. Gueguen C. *Pour Une Enfance Heureuse. Repenser L'éducation à La Lumière Des Dernières Découvertes Sur Le Cerveau.* Robert Laffont.; 2014.
42. Palacio-Quintin E, Terrisse B. L'environnement familial et le développement de l'enfant d'âge préscolaire. *Rev Int Léducation Fam.* 1997;1(1):71-82.
43. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2013;42(1):76-85.
44. Basset C. *La protection maternelle et infantile.* Journaux officiels; 2014.
45. Union nationale des associations familiales. *Enquête Périnatalité "Regards de Femmes Sur Leur Maternité."* Paris; 2010.
46. Delannoy-Pernin E. Perception de la protection maternelle et infantile par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés en Moselle. février 2011.

Annexes

Annexe 1 :

Madame, Monsieur,

En tant que futur médecin, actuellement interne en PMI, je réalise une enquête dans tous les centres médico-sociaux de Vendée du 1^{er} au 30 septembre 2015 afin de mieux connaître les personnes venant consulter en PMI, ainsi que leurs motivations.

Elle servira de base à la réalisation de ma thèse de médecine générale.

Cette étude permettra d'appréhender l'évolution de la fréquentation en centre de PMI.

Les données recueillies sont anonymes et confidentielles. Vous n'êtes pas obligé(e) de participer à cette enquête, même si votre contribution est essentielle. Le questionnaire n'est à remplir qu'une seule fois. Si vous l'avez déjà rempli lors d'une précédente venue, il n'est donc pas nécessaire de le remplir à nouveau.

Une fois rempli, ce questionnaire est à remettre à la puéricultrice ou au médecin de PMI.

Merci pour votre participation.

Swantje Blondel,
Interne en médecine générale

A remplir uniquement par le professionnel de PMI :

Questionnaire non rempli, car :

☐ déjà rempli lors d'une autre venue

☐ ne parle pas français

Dans ce cas : - pays d'origine :

- depuis quelle année la personne vit-elle en France ?.....

☐ ne lis pas le français. Dans ce cas, le professionnel de PMI présent peut aider la personne à compléter le questionnaire.

☐ ne souhaite pas remplir le questionnaire

CMS de :

Date :

☐ Permanence

☐ Consultation

Concernant le suivi en PMI :

- 1) Pourquoi venez-vous aujourd'hui en PMI ?
 - ☐ pour les conseils de la puéricultrice lors d'une permanence
 - ☐ pour une consultation de suivi avec le médecin de PMI et la puéricultrice
- 2) Pour votre enfant, c'est :
 - ☐ la première fois
 - ☐ il est déjà venu
- 3) La grossesse a été suivie par (plusieurs réponses possibles) :
 - ☐ une sage-femme de la PMI
 - ☐ une sage-femme libérale
 - ☐ votre médecin traitant
 - ☐ un gynécologue
 - ☐ autre :
- 4) Votre enfant est né ?
 - ☐ à l'hôpital
 - ☐ en clinique
 - ☐ autre :
- 5) Vous venez en PMI parce que (plusieurs réponses possibles) :
 - ☐ c'est votre choix
 - ☐ vous n'avez pas trouvé d'autre moyen de faire suivre votre enfant
 - ☐ une personne de votre entourage connaissait la PMI et vous l'a recommandée
 - ☐ des professionnels vous ont incité à fréquenter la PMI
 - ☐ votre situation vous oblige à fréquenter la PMI
- 6) Si vous avez choisi de venir en PMI, quelle(s) en est (ou sont) la (ou les) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)
 - compétences :
 - ☐ suivi préventif de l'enfant
 - ☐ conseils pratiques donnés
 - ☐ médecins spécialisés dans la prise en charge des enfants
 - ☐ possibilité de pesées régulières
 - accessibilité :
 - ☐ pas d'avance des frais lors des consultations
 - ☐ proximité
 - ☐ possibilité de joindre ou de rencontrer une puéricultrice facilement pour des conseils
 - environnement
 - ☐ cadre agréable et adapté à l'enfant
 - ☐ vous vous sentez à l'aise pour poser toutes les questions que vous voulez
 - ☐ qualité d'accueil
 - ☐ autre :

.....

.....
- 7) Venez-vous en PMI (plusieurs réponses possibles) :
 - ☐ pour toutes les visites obligatoires avec le médecin (1 fois par mois jusqu'à 6 mois, 9 mois, 11 mois, 12 mois...)
 - ☐ pour les visites médicales donnant lieu à un certificat médical (9 mois, 2 ans)
 - ☐ de façon irrégulière pour voir le médecin
 - ☐ pour les permanences des puéricultrices

- 8) Quel âge a votre enfant ?mois
- 9) Votre enfant est-il suivi par un autre professionnel de santé ?
☐ non
☐ oui : ☐ pédiatre
☐ médecin généraliste
☐ autre :
- 10) Votre enfant est-il suivi par un autre intervenant non professionnel de santé ?
☐ non
☐ oui : dans ce cas, lequel ?

Informations générales :

- 11) Vous êtes :
☐ un homme
☐ une femme
- 12) Vous êtes de nationalité française ?
☐ oui : depuis quand ?
☐ non : - de quelle nationalité êtes-vous ?
- depuis quelle année vivez-vous en France ?.....
- 13) Quel âge avez-vous ?
- 14) Quel âge a le deuxième parent de l'enfant ?
- 15) Vous êtes :
☐ marié(e)s
☐ pacsé(e)s
☐ en concubinage
☐ séparé(e)s
☐ vous élevez seul(e) votre ou vos enfants
- 16) Votre enfant vit :
☐ avec son père et sa mère
☐ avec sa mère
☐ avec son père
☐ avec ses 2 parents en alternance
☐ autre :
- 17) Combien d'enfants vivent dans votre foyer ?
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4 ou plus
- 18) Dans quelle commune habitez-vous ?
- 19) A quelle distance habitez-vous du centre de PMI ?
☐ moins de 5km
☐ entre 5 et 15km
☐ plus de 15km
☐ vous ne savez pas

20) Dans quel centre médico-social consultez-vous ?

21) Dans quel type de logement habitez-vous ?

- ☐ appartement
- ☐ maison
- ☐ logement social
- ☐ autre :

22) Quelle est votre profession ?

- ☐ agriculteur exploitant
- ☐ artisan, commerçant(e), chef d'entreprise
- ☐ cadre et profession intellectuelle supérieure
- ☐ profession intermédiaire : professeur des écoles, infirmier(e), technicien(ne)...
- ☐ employé(e)
- ☐ ouvrier(e)
- ☐ sans activité professionnelle :
 - ☐ chômage
 - ☐ mère/père au foyer
- ☐ autre :

23) Quel est le dernier diplôme que vous ayez obtenu ?

- ☐ brevet des collèges
- ☐ CAP/BEP
- ☐ bac
- ☐ diplôme supérieur (à préciser) :
- ☐ aucun
- ☐ autre :

24) Quelle est la profession du deuxième parent de l'enfant ?

- ☐ agriculteur exploitant
- ☐ artisan, commerçant(e), chef d'entreprise
- ☐ cadre et profession intellectuelle supérieure
- ☐ profession intermédiaire : professeur des écoles, infirmier(e), technicien(ne)...
- ☐ employé(e)
- ☐ ouvrier(e)
- ☐ sans activité professionnelle :
 - ☐ chômage
 - ☐ mère/père au foyer
- ☐ autre :

25) Quelle couverture maladie possédez-vous ?

- ☐ régime général
- ☐ régime des indépendants
- ☐ régime agricole
- ☐ CMU
- ☐ aide médicale d'état
- ☐ aucune
- ☐ autre :

26) Avez-vous une mutuelle ?

- ☐ oui
- ☐ non

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Annexe 2 :

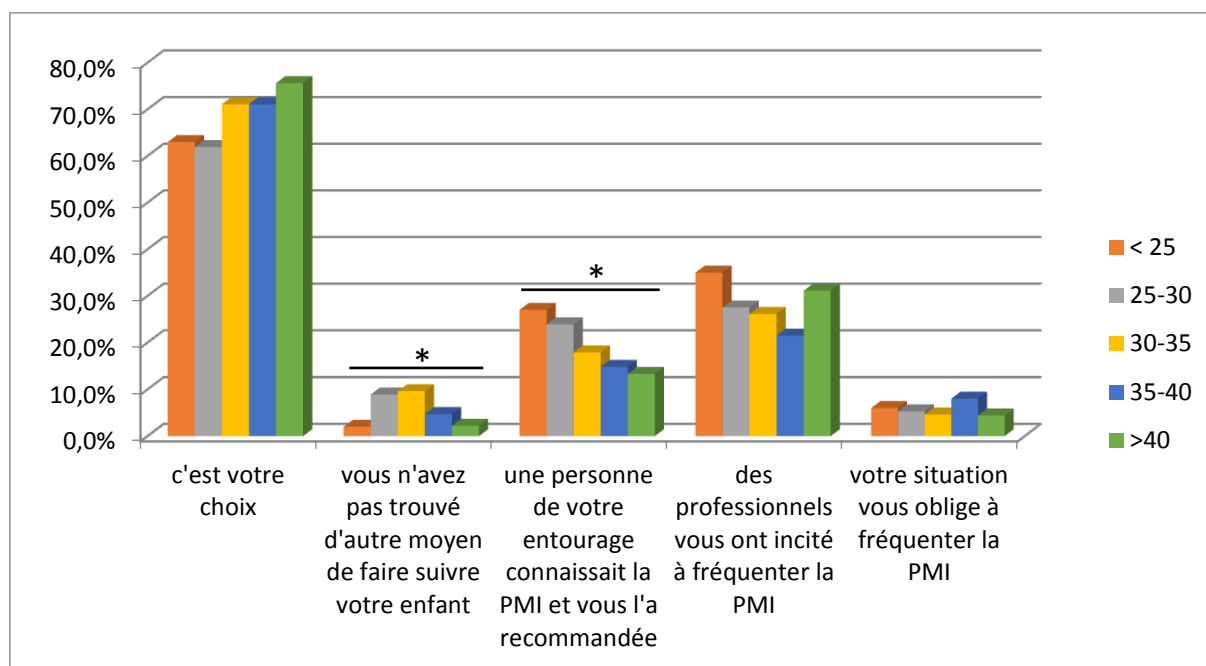


Figure : Origine de la décision de fréquenter la PMI en fonction de l'âge du parent consultant

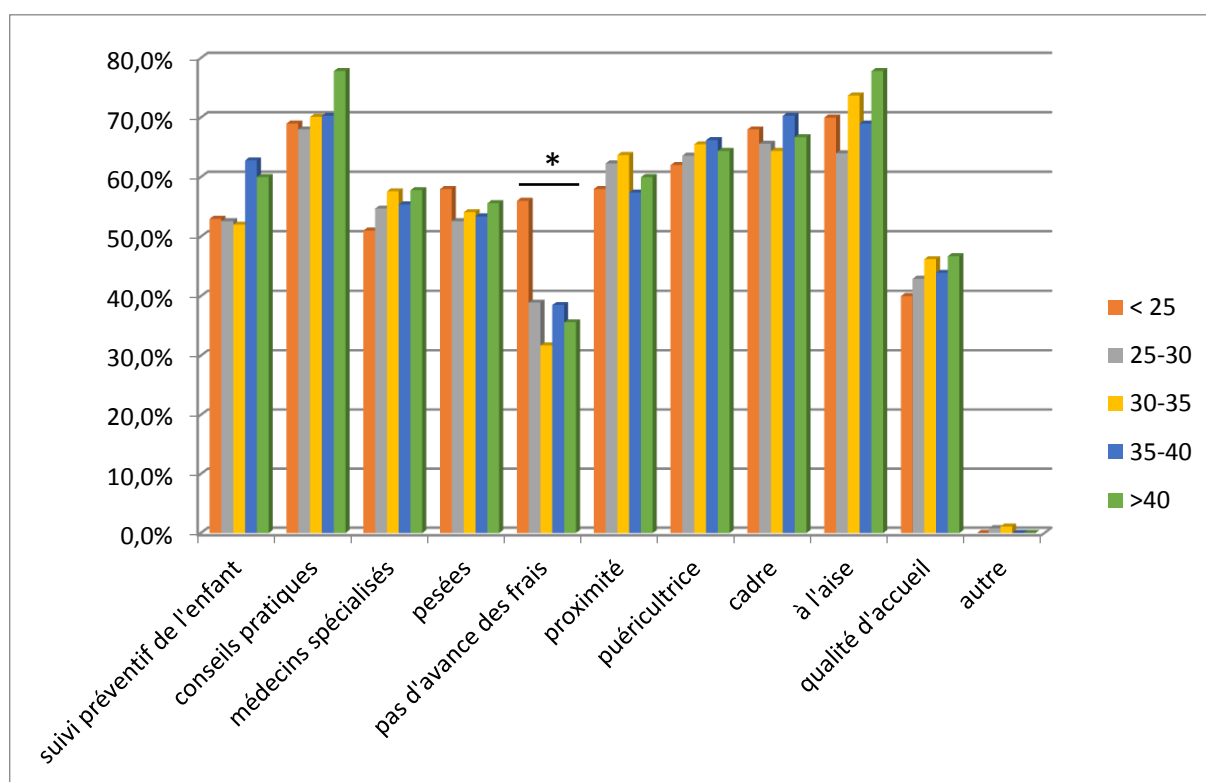


Figure : Motivations à fréquenter la PMI en fonction de l'âge du parent consultant

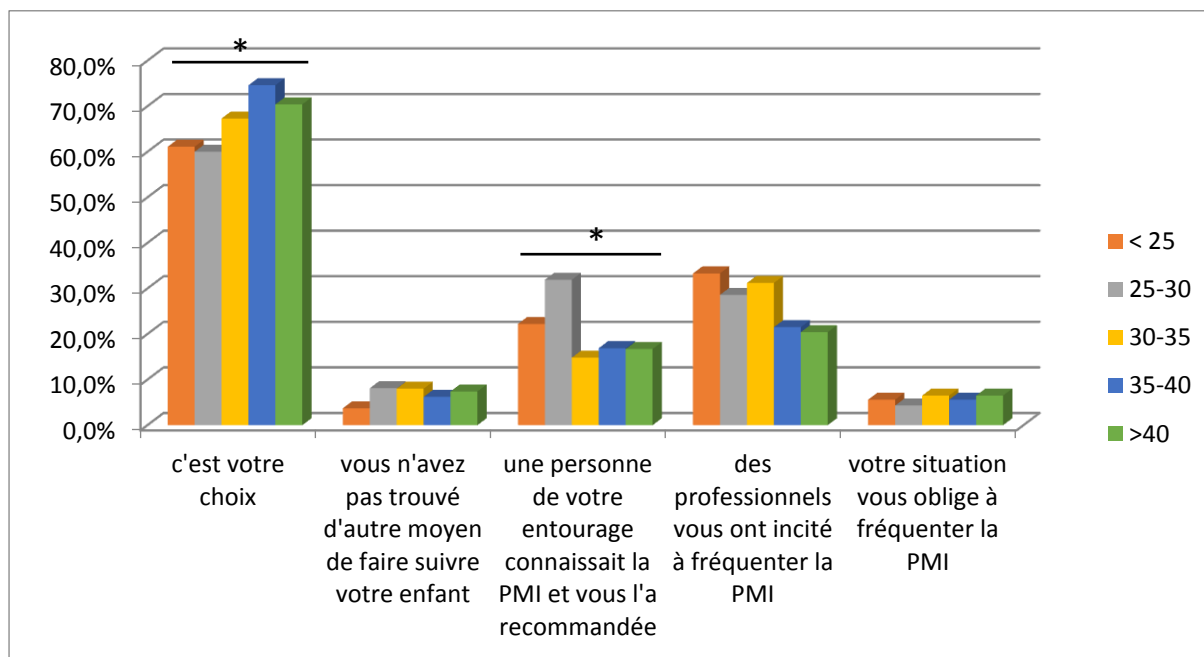


Figure : Origine de la décision de fréquenter la PMI en fonction de l'âge du deuxième parent

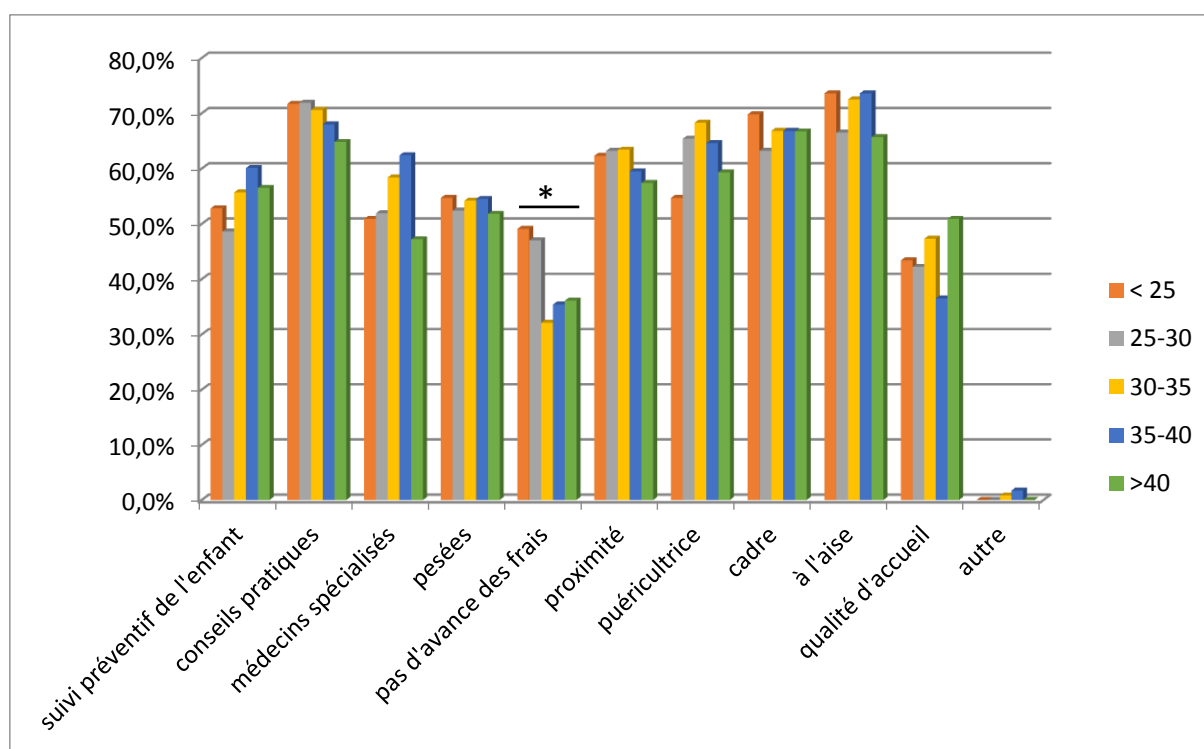


Figure : Motivations à fréquenter la PMI en fonction de l'âge du deuxième parent

Annexe 3 :

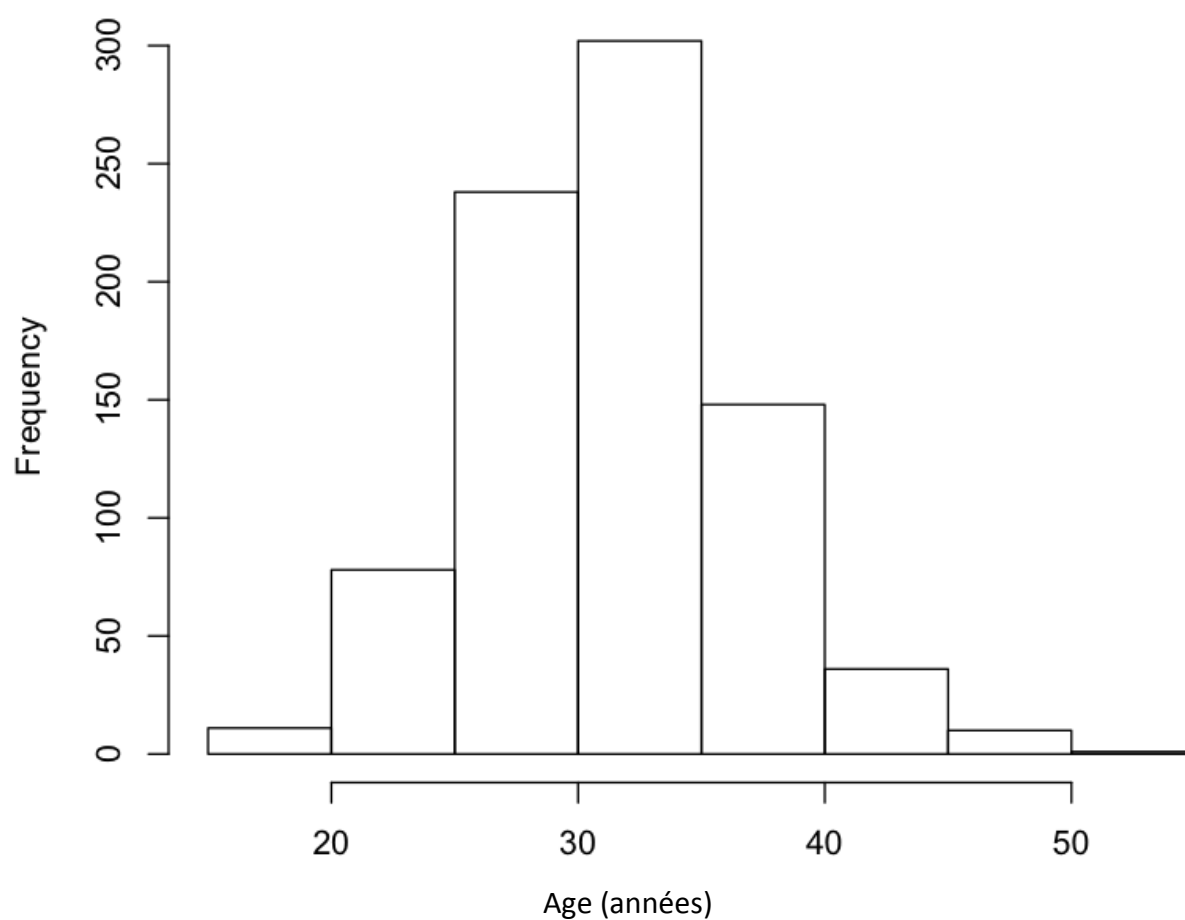


Figure : Histogramme des âges moyens des parents

Age moyen des parents	< 25 ans	25 – 30 ans	30 – 35 ans	35 – 40 ans	> 40 ans
Effectif	77 (9,3%)	219 (26,6%)	312 (37,9%)	156 (18,9%)	60 (7,3%)

Tableau : Stratification des âges moyens des parents

Annexe 4 :

Age mère	< 25 ans	25 – 30 ans	30 – 35 ans	35 – 40 ans	> 40 ans
Effectif	104 (12,7%)	253 (30,7%)	276 (33,5%)	147 (17,9%)	43 (5,2%)

Tableau : Stratification des âges des mères

Age père	< 25 ans	25 – 30 ans	30 – 35 ans	35 – 40 ans	> 40 ans
Effectif	51 (6,5%)	179 (22,7%)	269 (34,1%)	181 (22,9%)	110 (13,9%)

Tableau : Stratification des âges des pères

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Profil et motivations des familles venant pour leur enfant en consultation et/ou en permanence en PMI. Enquête auprès des usagers de la PMI de Vendée

RESUME

Contexte : Fondée en 1945, la PMI est aujourd'hui souvent considérée comme une structure « sociale » destinée aux plus démunis, bien qu'ouverte à tous. Il paraît intéressant de faire le point sur sa fréquentation au vu du contexte économique et de la démographie médicale actuels.

Objectif : Définir le profil des familles venant en PMI pour leur enfant en consultation et/ou en permanence, ainsi que leurs motivations à fréquenter la PMI.

Méthode : Une enquête prospective sous forme d'un questionnaire a été réalisée dans tous les centres de PMI de Vendée, lors des consultations et des permanences, du 1^{er} au 30 septembre 2015.

Résultats : 825 questionnaires ont été remplis avec un taux de réponse de 84,3%. Les familles consultantes étaient majoritairement de nationalité française (92,4%). Les couples avaient un âge moyen de 31,7 ans. Ils vivaient ensemble (89,8%), dans une maison (81,0%), située entre 5 et 15 km du centre de PMI (50,5%). Ils venaient pour leur enfant d'âge médian à 5 mois, qui était leur premier (43,9%) ou leur deuxième (34,8%). Ils étaient employés (36,6%) ou sans activité (24,1%), avec tout de même une bonne représentation des catégories socio-professionnelles intermédiaires et supérieures. L'enfant était couvert par un régime général de protection maladie (76,1%), avec une mutuelle (83,4%). Il était suivi par un médecin généraliste en parallèle de sa venue en PMI (59,8%). Les familles venaient majoritairement par choix (67,5%), plébiscitant les conseils pratiques donnés (69,7%), le cadre adapté à l'enfant (66,4%), et la disponibilité du personnel (64,5%), qui mettent les familles à l'aise (69,6%), ne faisant pas de l'absence d'avance des frais un critère principal (38,2%).

Conclusion : La population venant en PMI en Vendée est diversifiée, mais avec une prédilection pour les foyers les plus vulnérables. La position unique de la PMI à la frontière du médical et du social en fait une structure indispensable. Sa meilleure connaissance par le public et son intégration dans un réseau autour de la périnatalité sera un objectif majeur de la prévention infantile au vu du contexte actuel de démographie médicale.

MOTS-CLES

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE ; NOURRISSON ; ENFANT D'AGE PRESCOLAIRE ; CARACTERISTIQUES DE LA FAMILLE ; ENQUETE DEMOGRAPHIQUE