

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Rôles des médecins généralistes et de PMI dans le suivi de l'enfant :
étude qualitative croisée par focus groups dans le Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2023 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Elise PODGLAJEN**

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseur :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Omoladé ALAO

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Déclaration des liens d'intérêt

La candidate exerce en médecine générale ambulatoire. Elle a effectué une partie de son internat en PMI.

La directrice de thèse exerce en PMI, avec une double formation de médecin généraliste et de médecin de santé publique.

La candidate et la directrice de thèse déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt pour ce travail.

Liste des abréviations

MSU – Maitre de stage des Universités

PMI – Protection maternelle et infantile

RMM – Revue de morbidité et de mortalité

TISF – Technicien de l'intervention sociale et familiale

URPS ML – Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux

Table des matières

RESUME	1
INTRODUCTION	2
METHODE.....	5
RESULTATS	10
A. Des représentations croisées des rôles qui diffèrent vis-à-vis des parents.....	11
B. Le fossé des soins non aigus de l'enfant	16
C. L'incertitude sur la responsabilité dans le suivi de l'enfant	24
DISCUSSION	30
Conclusion	38
REFERENCES	39
ANNEXES	42
Annexe 1. Indicateurs de collaboration intersectorielle en santé (D'Amour)	42
Annexe 2. Guide d'entretien évolutif	43
Annexe 3. Lettre d'information et consentement.....	45
Annexe 4. Extraits des focus groups.....	48

RÉSUMÉ

Contexte – La multiplicité des médecins de premier recours du suivi de l'enfant n'apparaît pas lisible pour les parents. Parallèlement, la collaboration intersectorielle médecin généraliste - service de PMI est décrite comme améliorable de part et d'autre. Nous avons émis l'hypothèse d'un lien entre la perception des rôles des acteurs médicaux chez les parents et chez les médecins.

Objectif - L'objectif principal de ce travail était d'explorer les représentations des médecins généralistes et des médecins de PMI du Nord sur leurs rôles respectifs dans le suivi de l'enfant, afin de cibler une collaboration plus efficace.

Méthode – Nous avons utilisé une méthodologie qualitative croisée par focus groups regroupant médecins généralistes et médecins de PMI de mêmes territoires. L'analyse a été réalisée en aveugle par deux codeurs, avec triangulation lors du deuxième cycle de codage. L'approche a été inductive puis déductive.

Résultats – Deux focus groups ont été menés dans deux territoires différents, regroupant en tout 5 médecins généralistes et 5 médecins de PMI.

Le médecin généraliste et le médecin de PMI avaient une représentation convergente de certains de leurs rôles : le médecin généraliste était le médecin de l'aigu, le médecin de PMI le médecin « spécialiste » de la protection de l'enfance et du développement de l'enfant. En revanche le rôle de médecin de famille du médecin généraliste, et de soutien à la parentalité du médecin de PMI, étaient moins reconnus par l'autre.

Il existait un flottement des rôles : la répartition des soins non aigus de l'enfant suivi par les deux médecins n'était pas définie en pratique et engendrait des tensions ; le médecin référent pour le suivi de l'enfant n'était pas identifié. Il pouvait y avoir rupture de suivi d'une partie des enfants par défiance et perte d'adhésion des parents au suivi.

Conclusion – La comparaison de ces résultats avec la littérature montre que le suivi médical de l'enfant fait converger cinq problématiques complexes : débat des soins adaptés à l'enfant, conflit de valeur de la restriction des libertés des parents, cloisonnement médecine préventive – médecine curative, quête identitaire de la médecine générale, et quête identitaire de la PMI.

Désigner le médecin responsable du suivi de l'enfant et communiquer oralement pour chaque situation complexe pourrait permettre de limiter le flottement des rôles pour les médecins et les parents, et d'ouvrir la collaboration malgré ces problématiques complexes.

INTRODUCTION

Le suivi médical de premier recours de l'enfant en France correspond à l'organisation d'actions de prévention en santé sous la responsabilité d'un médecin.

Sa mise en place par les pouvoirs publics en 1942 s'est inspirée d'initiatives privées connues depuis le XVIIIe siècle. Le concept de suivi médical de l'enfant regroupe depuis sa création quatre objectifs (1,2) :

- Réaliser des observations sur la santé pour faciliter les décisions et conduites à tenir ;
- Réaliser une éducation à la santé des enfants auprès des parents ou de la personne ayant la garde de l'enfant ;
- Contrôler la qualité des soins délivrés par les parents, pour protéger l'enfant si besoin ;
- Protéger l'ensemble des enfants via un recueil épidémiologique.

Actuellement il se matérialise par vingt examens obligatoires dans les dix-huit premières années de vie, avec une prise en charge financière intégrale universelle (3).

Le suivi de l'enfant en France : un manque de lisibilité des rôles des médecins pour les parents

La définition réglementaire du suivi de l'enfant positionne plusieurs acteurs médicaux au même niveau d'effecteur, au libre choix des parents : un médecin (exerçant le plus souvent en ambulatoire) ou, avant les 6 ans de l'enfant, un médecin institutionnel (médecin de PMI, et également médecin de l'Éducation nationale, ce qui n'est pas organisé en pratique) (3).

Le médecin exerçant en ambulatoire et le médecin de PMI sont majoritairement médecin généraliste ou pédiatre. Dans le suivi de l'enfant il y a donc principalement

deux spécialités – médecine générale et pédiatrie – et deux modes d'exercice – ambulatoire et PMI.

La multiplicité des acteurs médicaux du suivi n'apparaît pas lisible pour les parents : des difficultés pour identifier clairement le rôle des différents médecins et pour s'orienter ont été soulignées dans deux rapports gouvernementaux en 2019 et 2021 malgré la création du dispositif médecin traitant de l'enfant en 2016 (4,5).

Ce manque de lisibilité questionne la collaboration entre les professionnels.

Nous avons choisi d'étudier la collaboration médecin généraliste-PMI dans le département du Nord, un territoire où l'évolution de la démographie médicale a dessiné un suivi de premier recours de l'enfant essentiellement réparti entre médecins généralistes exerçant en ambulatoire (médecins généralistes) et PMI (4,6).

La collaboration médecin généraliste-PMI : une collaboration « latente »

La collaboration entre médecins généralistes et PMI peut être située à un niveau de 1 sur 3 selon le modèle de collaboration de D'Amour (7), soit « potentielle ou latente » (par rapport au niveau 2 « en développement » ou 3 « active ») (Annexe 1).

Cette collaboration latente se caractérise entre autre par une méconnaissance et une méfiance respectives (4,8).

Le nombre d'écrits qui l'étudient (8–13) et prônent son renforcement (2,4,5) depuis plus de 10 ans contraste avec cette latence de collaboration.

Cette situation ne se retrouve pas qu'en France. En Australie, où le système de santé de l'enfant paraît similaire avec un secteur libéral et un secteur institutionnel de suivi de premier recours de l'enfant, des problématiques d'identification des rôles et de collaboration intersectorielle ont été rapportées entre les équivalents médecin généraliste et PMI (14).

L'effet d'une collaboration efficace serait perçu comme bénéfique par les praticiens, en particulier pour les situations complexes (8). À l'inverse, son absence semble causer a minima des retards de prise en charge, au détriment de l'enfant et sa famille (4,5).

Hypothèse et question de recherche

Deux éléments se distinguent ainsi concernant les rôles des médecins de premier recours dans le suivi de l'enfant en France :

1. Un manque de lisibilité pour les parents sur les rôles des différents médecins du suivi de premier recours de l'enfant ;

2. Une collaboration « latente » entre ces médecins – médecin généraliste et médecin de PMI – pour ce travail.

Ces éléments nous ont fait émettre l'hypothèse que les représentations des médecins de leurs rôles respectifs dans le suivi de l'enfant étaient elles-mêmes complexes.

Comment les médecins généralistes et les médecins de PMI perçoivent-ils leurs rôles respectifs dans le suivi de l'enfant ?

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail était d'explorer les représentations des médecins généralistes et des médecins de PMI du Nord sur leurs rôles respectifs dans le suivi de l'enfant, afin de cibler une collaboration plus efficace.

L'objectif secondaire était de favoriser directement la collaboration sur les territoires étudiés, par la mise en contact des médecins lors de la réalisation de l'étude.

MÉTHODE

Type d'étude

Une méthodologie qualitative a été retenue au vu de l'hypothèse de recherche de l'existence de phénomènes sous-jacents encore mal identifiés.

Le design par focus groups hétérogènes, regroupant des personnes cibles issues des deux populations d'intérêt (médecins généralistes et médecins de PMI), a été choisi pour permettre l'analyse de leurs interactions.

Équipe de recherche

La chercheuse principale (ci-après dénommée chercheuse) est la candidate pour cette thèse d'exercice en médecine générale. Au moment de l'étude elle exerçait des remplacements en médecine générale ambulatoire. Elle a effectué un internat en médecine générale, et auparavant deux ans d'internat en santé publique, avec en tout trois semestres en PMI. Elle a tenu le rôle d'observateur dans les focus groups.

La seconde chercheuse est la directrice de cette thèse (ci-après dénommée directrice de thèse). Elle a une double formation de médecin généraliste et de médecin de santé publique, avec un exercice en tant que médecin responsable de pôle en PMI du Nord.

La modératrice des focus groups est médecin de santé publique et épidémiologiste, avec un exercice en PMI depuis 5 ans avant le début du travail, dans un autre département. Elle a une expérience d'animation de groupe.

L'influence des statuts non neutres des chercheuses et modératrice par rapport à la médecine générale et à la PMI a été présentée aux participants au préalable (approche téléphonique et préambule du focus group (*Annexe 2*)). La recherche bibliographique et les choix méthodologiques présentés dans cette partie étaient les moyens accessibles aux chercheuses pour tenter de minimiser l'impact de cette influence.

Participants

Le nombre de focus groups estimé nécessaire pour des données suffisantes dans ce type d'étude est de 3 à 4, chacun avec minimum 4 participants (15).

Le recrutement a été initié avec une stratégie de convenance par le réseau professionnel de la directrice de thèse (médecins de PMI), puis combiné avec une stratégie « boule de neige » et une stratégie de recrutement par territoire pour les médecins généralistes. Cette stratégie de recrutement par territoire avait pour objectif de recruter des participants des deux modes d'exercice exerçant sur le même territoire, afin d'apporter un intérêt pour le participant et de favoriser la collaboration ultérieure. Elle s'est faite via l'Annuaire Santé.

Le critère d'exclusion était l'absence d'activité de suivi de l'enfant par le praticien.

L'approche des participants a été réalisée par téléphone par la chercheuse. En cas de souhait de participation, une lettre d'information et un formulaire de consentement pour l'enregistrement audio leur étaient adressés (*Annexe 3*).

Deux des participants issus du recrutement par territoire connaissaient la chercheuse antérieurement à l'étude.

Recueil et traitement des données

Les focus groups ont été animés de façon semi-directive par la modératrice, à l'aide d'un guide d'entretien élaboré par la chercheuse, évolutif avec les analyses. Les thèmes abordés étaient les situations et modalités de contact, la présentation des rôles respectifs aux parents lors du suivi de l'enfant, l'opinion sur l'existence des deux modes d'exercice, l'importance du suivi médical de l'enfant pour les praticiens et les besoins des praticiens (*Annexe 2*).

Les participants s'exprimaient librement à partir des questions tirées du guide d'entretien, la modératrice intervenait seulement pour poser des questions, assurer un recentrage des discours et veiller au respect du temps.

Un temps de synthèse était laissé en dernière partie pour permettre à la chercheuse, jusque-là en position d'observation, de préciser certains points des échanges. Une seconde observatrice était présente pour le premier focus group.

Trois entretiens tests ont été réalisés auprès de médecins connus de la chercheuse : un avec 1 médecin de PMI et 1 médecin généraliste, par la modératrice avec la chercheuse en observation ; et deux avec 1 médecin généraliste, par la chercheuse.

Les focus groups ont été réalisés en visioconférence car l'éloignement des participants entre eux rendait la durée de trajet vers un lieu central rédhibitoire.

Les enregistrements audios ont été réalisés sur dictaphone dédié.

Les transcriptions ont été effectuées manuellement par la chercheuse, sur logiciel de traitement de texte, avec une anonymisation dès la première version. Elles ont été envoyées à tous les participants pour commentaires et corrections éventuels.

Un journal de bord a été tenu par la chercheuse pendant toute la durée de l'étude, avec les notes de la genèse du projet, de l'analyse bibliographique, des entretiens exploratoires, des focus groups, des debriefings avec la modératrice et la directrice de thèse, et des analyses.

Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée par deux codeurs, les deux chercheuses. Elle a été débutée après le premier focus group. Le codage a été réalisé en deux cycles, avec une approche inductive et déductive. Il a été maintenu en aveugle entre les chercheuses jusqu'à une triangulation à la fin du deuxième cycle, pour la pondération et la cartographie des thèmes. Ces choix méthodologiques d'approche inductive et

déductive et de maintien de l'aveugle entre les codeurs ont été retenus respectivement au vu de l'absence de méthode de codage identifiée pour le phénomène étudié et du nombre restreint de codeurs (16).

Le premier cycle de codage a été effectué en deux étapes par la chercheuse (I.1 et I.2) et en une étape par la directrice de thèse (I.1').

I.1. La première étape de codage par la chercheuse a été réalisée par approche inductive avec un codage ouvert, sur les 10 000 premiers mots de la transcription du premier focus group. Il en a résulté 61 codes regroupés en 14 catégories très hétérogènes et instables, mais avec deux fils conducteurs : d'une part la diversité de la définition de rôle et d'autre part l'omniprésence des divergences sur les objectifs et les moyens dans le suivi de l'enfant.

I.2. La deuxième étape de codage par la chercheuse a donc été réalisée par approche déductive et inductive à l'aide d'un double codage générique (liste de catégories préalables mais qui reste ouverte). La première méthode de codage a été mise au point pour les rôles, en partant des codes de la première phase et de la proposition de définition de rôle de X. Renders (17). L'autre codage réalisé simultanément a été inspiré du « Versus coding » (Altrichter ; Hager ; Wolcott) (16), adapté à l'exploration des divergences.

I.1'. Le premier cycle de codage par la directrice de thèse a été réalisé par codage In Vivo (Strauss) (16), pour mettre en valeur les paroles marquantes des participants.

Le deuxième cycle de codage a été réalisé par codage axial indépendamment par les deux codeuses, avec une triangulation pour les choix finaux de pondération et cartographie des thèmes. Les points de divergence ont été résolus par étude des catégories définissant les thèmes, et perspectives au regard de la bibliographie.

Les étapes de codage ont été réalisées pour la chercheuse à l'aide du logiciel d'analyse qualitative QDA Miner Lite pour la première étape, puis à la main sur papier pour les deuxièmes et troisièmes étapes, avec dictionnaire des codes et mémo analytique. Pour la directrice de thèse, elles ont été réalisées sur logiciel de traitement de texte.

Éthique, confidentialité et sécurité

Il s'agit d'une étude de pratiques portant sur les modalités d'exercice des professionnels de santé. Il n'y a pas eu de traitement de données de santé.

Le traitement des données à caractère personnel a été l'objet d'une autorisation avec inscription au registre des activités de traitement de l'Université de Lille le 30/05/2023 sous la référence 2023-097.

Les participants ont donné leur consentement écrit pour l'enregistrement audio des entretiens avant retranscription anonyme (*Annexe 3*).

RÉSULTATS

Focus groups et participants

Deux focus groups ont été réalisés, l'un dans le nord (territoires nommés A à D) et l'autre dans le sud (territoires E à H) du département du Nord, en juin et septembre 2023.

Le focus group « nord » a réuni 6 participants, le « sud » 4 participants.

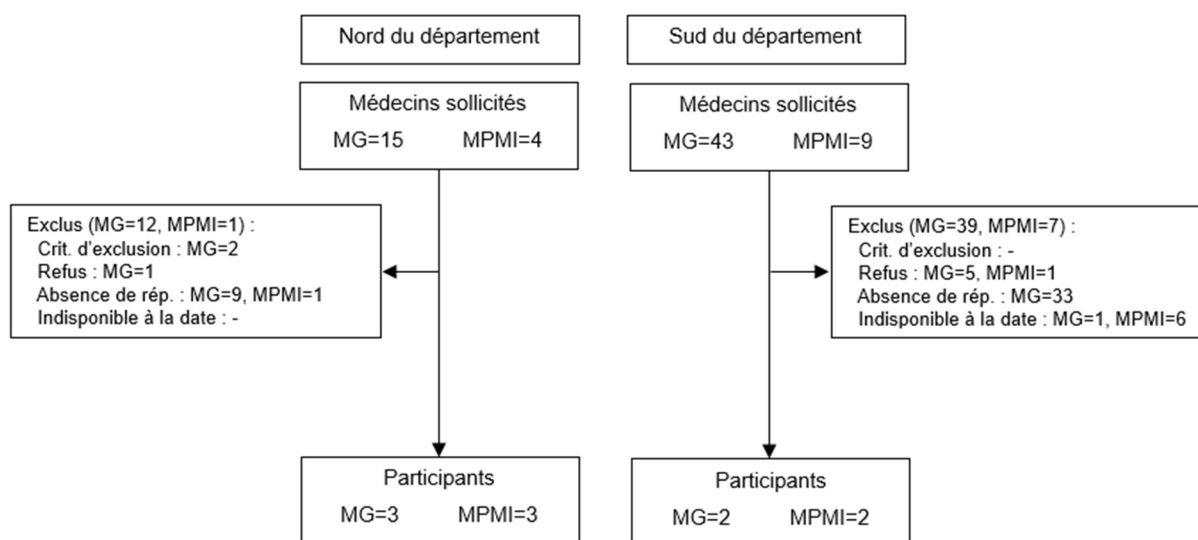


Figure 1. Diagramme de flux des focus groups

Les refus de participation étaient motivés par le manque de temps (2), l'absence d'intérêt pour le sujet (2), ou n'étaient pas motivés (4).

	MG (n=5)	MPMI (n=5)
Age, Médiane [Min-Max]	37 [31-62]	57 [50-64]
Genre féminin, n	4	3
Spécialité médicale (MG ou pédiatrie) : MG, n	5	4
Pratique concomitante de l'autre mode d'exercice : Oui, n	-	1
Pratique antérieure de l'autre mode d'exercice : Oui, n	2	4
Nombre d'années d'expérience de médecin, Médiane [Min-Max]	10 [4-32]	30 [22-35]
Formation complémentaire en pédiatrie : Oui, n	-	3
MSU ou directeur de thèse : Oui, n	3	1
Activité de suivi de l'enfant, %	20	67
Niveau socio-économique des familles (Médian ou défavorisé) : Niveau médian, n	5	1

Tableau 1. Caractéristiques des participants

La collecte de données s'est arrêtée avec le deuxième focus group par contrainte de ressource. La suffisance des données n'a pas été atteinte.

Le matériau analysé était de 35 117 mots (22 442 mots pour le focus group nord de 2h, 12 675 mots pour le focus group sud d'1h30).

Thèmes majeurs

A. Des représentations croisées des rôles qui diffèrent vis-à-vis des parents

Pour les deux modes d'exercice, leurs perceptions du rôle spécifique du médecin généraliste convergeaient vers celui du médecin « de l'aigu ». Alors que le médecin généraliste s'identifiait également comme médecin de famille, il n'y avait pas de mise en avant de ce rôle chez le médecin de PMI.

Les perceptions du rôle spécifique du médecin de PMI se rejoignaient vers celui d'un médecin « spécialiste » de la petite enfance. Il exerçait avec de multiples valences : protection de l'enfance au premier rang, développement, dépistages sensoriels et soutien à la parentalité. Ces multiples rôles étaient exercés avec l'aide de l'ensemble du service PMI. Le rôle de ressource de soutien à la parentalité n'était pas mis en avant systématiquement en médecine générale.

Le médecin généraliste et le médecin de PMI se considéraient complémentaires.

Leur difficulté d'interaction s'exacerbait dans des situations complexes vis-à-vis des familles, où un contact direct rapide n'avait pas été possible.

1. Le médecin généraliste dans le rôle du « médecin de l'aigu » et du « médecin de famille »

➤ Le médecin généraliste, « médecin de l'aigu »

Le médecin généraliste assumait le premier recours urgent de l'ensemble des enfants suivis en médecine générale et en PMI : « *moi en tant que médecin généraliste quand les enfants sont suivis des deux côtés, je perçois plus mon rôle comme celui de médecin de l'urgence ou de l'aigu, l'épisode de fièvre ou je ne sais quoi.* » (MGE1) ; « *quand j'présente la PMI, j'leur demande tout le temps s'ils ont un médecin traitant et j'leur dis que c'est important, que le médecin traitant il doit être un pilier aussi pour la santé de l'enfant, en aigu* » (MPMIA1).

➤ Le médecin généraliste, médecin de famille

Le médecin généraliste évoquait ses possibilités d'action pour l'enfant en tant que médecin de famille, grâce au suivi longitudinal des autres membres de la famille :

- avec une connaissance des déterminants familiaux : « *faire un peu le global des fois ça permet de comprendre pourquoi y a ces défauts dans l'éducation, j'sais d'où ça vient, j'essaie un peu d'passer des messages.* » (MGA2) ;
- et un lien de confiance fort : « *ils sont souvent rassurés aussi que ce soit nous parce qu'on connaît toute la famille, l'histoire de la famille, et pour eux*

c'est souvent important aussi qu'on puisse recadrer dans le contexte de l'enfant. » (MGE2).

Ces possibilités du médecin de famille semblaient trouver peu d'écho chez les médecins de PMI, ou alors faisaient référence à des attentes déçues de part et d'autre :

« j'ai déjà eu le cas d'une famille où malheureusement [...] placement des enfants [...] on m'a pas appelée pour me demander mon avis [...] [le juge] n'a autorisé plus du tout de visite à la maman, et encore au papa [...] alors que moi quand j'étais en consultation, et [...] à domicile, j' ressentais pas c'qui était décrit [...] [par] les puéricultrices. » (MGE2)

« il m'est arrivé une situation d'un tout petit de 15 jours, où la maman présentait un syndrome psychiatrique, et où la prise en charge du bébé était très compromise [...] donc là l'objectif c'était le suivi de la maman par son médecin. [...] j'ai été appelée [...] en catastrophe [...] ç'a été finalement une orientation en milieu psychiatrique [par MPMIB]. » (MPMIB).

Ces deux situations auraient nécessité un contact direct rapide entre les deux acteurs médicaux.

2. Le médecin de PMI, un médecin et un service « spécialiste » de la petite enfance

Le recours au médecin de PMI par le médecin généraliste était considéré comme un « avis spécialisé » (MGA1) demandé au médecin et/ou à son équipe pluridisciplinaire (MGA1, MGA2, MGB, MGE1, MGE2).

➤ Le médecin de PMI, médecin de la protection de l'enfance

Le médecin généraliste souhaitait échanger avec le médecin de PMI sur des situations où il avait des inquiétudes parfois importantes pour l'enfant, mais hors danger immédiat. Cependant, dans cette configuration le contact était rarement direct, entre

les difficultés pour se joindre (disponibilités horaires, accessibilité des coordonnées et secteurs) : « *Ben pour moi c'est la galère.* » (MGA1), et la procédure d'information préoccupante.

Les ressentis des médecins généralistes étaient aux antipodes selon les expériences.

- Satisfaction : « *c'était essentiellement la puéricultrice que j'avais au téléphone, mais j'ai toujours eu l'impression qu'elle écoutait énormément ce que j'disais, qu'elle était vigilante, et que du coup elle allait mettre en place des choses pour améliorer la situation, trouver une solution.* » (MGE1) ; « *j'ai fait une information préoccupante et ça s'est super bien passé* » (MGA2).
- Déception, incompréhension : « *j'ai été amené à faire des informations préoccupantes, et par contre au niveau de la réponse des institutions, c'était assez décevant, peut-être que j'aurais dû passer par le médecin de PMI. [...] J'ai pas souvenir d'avoir eu ces courriers-là. Quand j'le fais c'est vraiment des situations d'urgence [hors danger immédiat].* » (MGB).

➤ Le médecin de PMI, médecin du développement de l'enfant

Le médecin de PMI était une ressource pour les inquiétudes sur le développement : « *moi je voulais un peu d'aide pour essayer d'éclaircir le diagnostic, 'fin on sentait qu'y avait un p'tit trouble sous-jacent* » (MGA1).

➤ Le service de PMI pour les dépistages sensoriels

Les médecins généralistes incitaient souvent les enfants qu'ils suivaient à réaliser leurs dépistages sensoriels en PMI, « *Moi j'dis toujours 'Je ne peux pas faire les oreilles et les yeux comme ils le font'* » (MGA2).

➤ Le service de PMI pour le soutien à la parentalité

Le recours à cet aspect de l'offre de service PMI était plus ou moins précoce chez le médecin de PMI comme chez le généraliste, si ce dernier l'identifiait : « *des petites choses [...] qui peuvent être liés à la parentalité, aux conditions de vie, et sur lesquelles on peut [...] travailler* » (MPMIB) ; « *j'ai eu une maman dé-bor-dée par leur nourrisson [...], la PMI est passée à domicile 2-3 fois, et en fait ça a remis les choses à plat* » (MGA2).

3. Des rôles spécifiques complémentaires

L'ensemble des participants s'accordait sur la complémentarité des rôles de médecin généraliste et de médecin de PMI, bien que les échanges soient plutôt limités.

B. Le fossé des soins non aigus de l'enfant

Médecin généraliste et/ou médecin de PMI réalisaient tous deux des soins non urgents de l'enfant lors de son suivi préventif : prescriptions faisant directement suite au suivi comme la kinésithérapie ou prescriptions pour le suivi de pathologies chroniques.

La répartition des soins non aigus entre médecin généraliste et de PMI n'était pas définie en pratique, créant un « fossé » aux frontières floues.

Ces prescriptions étaient source de tension pour les deux modes d'exercices. Le médecin de PMI montrait une hésitation à faire la prescription pour le bien de l'enfant mais en dépit de la réglementation. Il pensait éviter une surcharge pour le médecin généraliste, mais ne voulait pas interférer avec son rôle de coordinateur.

Chez le médecin généraliste, il y avait de l'agacement, que la prescription soit réalisée ou non par le confrère.

Ce sentiment était rattaché par le médecin généraliste dans un registre plus large en lien avec sa relation avec tous les médecins spécialistes. Il semblait exister une tendance générationnelle à l'agacement lorsque la prescription était déléguée au médecin généraliste, avec une impression de non-respect, au vu de l'évolution de la charge de travail.

Ces éléments amenaient à questionner le cadre réglementaire de la restriction de prescription du médecin de PMI. Les opinions étaient en faveur d'une prescription des soins non aigus par le médecin de PMI sous réserve de transmission au médecin généraliste. Le questionnement de la prescription en PMI pour les soins aigus suscitait en revanche des réactions en défaveur, pour des arguments organisationnel en PMI, mais aussi de concurrence en médecine générale.

1. Un fossé invisible

Le médecin généraliste et le médecin de PMI rappelaient spontanément la restriction de la mission du médecin de PMI à la prévention par rapport aux soins dans le suivi de l'enfant : « *nous on est vraiment dans la prévention, pas le soin [...]* » (MPMIA1).

Cependant, les termes employés spontanément de part et d'autre dans les échanges autour de situations vécues :

- identifiaient clairement le soin aigu comme attribution exclusive du médecin généraliste : « *le médecin de PMI de toute façon n'a pas vocation à voir les situations aiguës* » (MGE2) ; « *il va falloir quand même trouver un médecin traitant pour toutes les pathologies aiguës* » (MPMIB),
- mais laissaient un espace non identifié par les praticiens, aux frontières mal délimitées, autour des soins non aigus :
 - o il était question
 - de « *petits soins* » (MPMIA1) : ex. kinésithérapie pour un retard moteur, dermocorticoïdes pour une poussée de dermatite atopique,
 - et de « *gros suivis* » (MGA1, MGE2, MPMI1) : grande prématurité, asthme
 - o réalisés soit par le médecin généraliste, soit par le médecin de PMI, soit par les deux.

« *quand y a un gros suivi [...], on dit tout le temps 'le médecin traitant' [...]* » (MPMIA1)

« *au début le suivi il était quasi exclusivement assuré par la PMI [...] la maman pouvait venir à pied [...], j'me suis retrouvée à gérer le suivi de c't'enfant qui avait de multiples pathologies* » (MGA1)

« *j'ai des enfants qui ont des gros suivis par la PMI, mais c'est quand même chaque fois moi qu'on vient questionner* » (MGE2)

2. Un fossé source de tensions

La gestion en pratique de ce fossé des soins non aigus était source de tensions.

➤ Les tensions des soins non aigus chez le médecin de PMI

Face à un besoin de prescription, le médecin de PMI exprimait une difficulté de positionnement :

- En faveur d'une prescription de soins : le bien-être de l'enfant et le respect du médecin généraliste et de sa charge de travail d'une part,
- En faveur d'une abstention à prescrire : le respect de la réglementation et du rôle de coordinateur du médecin généraliste d'autre part.

« Quand j'ai commencé la PMI, j'avais une difficulté c'était ça, je connais mes missions, mais je me dis 'où est-ce que je m'arrête ? est-ce que je vais plus loin parce que je me dis, oui je vois un petit eczéma, est-ce que je mets le cortico ? je sais ce qu'il faut faire, est-ce que je dis allez voir votre médecin avec une lettre, et je me dis bah le médecin il va dire, 'bah on est débordés...' » (MPMIA1)

Une problématique organisationnelle s'ajoutait en faveur de la non-prescription : il était difficile pour le médecin de PMI d'assurer la bonne gestion des résultats d'examens au vu de sa mobilité.

« Par exemple, je dis qu'on a du mal, quand y a des examens, pour avoir les résultats » (MPMIE)

➤ Les tensions des soins non aigus chez le médecin généraliste

Un agacement voire une colère étaient exprimés au premier plan à l'évocation de la délégation de prescription par le médecin de PMI au médecin généraliste : *« j'apprécie pas trop » (MGE1), « j'aime pas trop » (MGE2), « je suis agacé » (MGB), « y a rien de pire » (MGA1).*

Ces émotions négatives n'étaient pas rattachées directement au médecin de PMI, mais au médecin spécialiste en général : « [...] *'fin ça a pas de rapport avec la PMI, c'est plus le fait de demander au médecin traitant de faire des prescriptions* » (MGE1), « *quels que soient les spécialistes* » (MGB).

3. La délégation de prescription au médecin généraliste : un point sensible quelle que soit la spécialité

La problématique de délégation de prescription au médecin généraliste dépassait donc ce fossé des soins non aigus lorsque le suivi de l'enfant était partagé entre médecin généraliste et médecin de PMI. Le médecin généraliste l'associait aux « médecins spécialistes » en général, lorsqu'ils demandaient d'effectuer une prescription qu'ils avaient pourtant la possibilité de réaliser.

- Un agacement paradoxal : présent que la délégation de prescription soit réalisée ou non

L'agacement du médecin généraliste vis-à-vis de la délégation de prescription était difficile à appréhender car il survenait paradoxalement dans les deux cas de figure : lorsque le spécialiste déléguait la prescription au médecin généraliste et lorsque le spécialiste réalisait lui-même la prescription.

- Lorsque le médecin spécialiste délèguait la prescription au médecin généraliste

Le médecin généraliste semblait exprimer un sentiment de ne pas être respecté en étant réduit à une position d'exécutant : « *Et ils donnent des ordres d'ailleurs, donc c'est des fois désagréable. [...] Y a rien de pire que de devoir faire le secrétariat d'un confrère.* » (MGA1), « *j'ai l'impression qu'il se décharge sur moi d'une certaine tâche* » (MGE1).

- Lorsque le spécialiste réalisait la prescription

L'agacement était également présent, bien qu'au second plan. Il pouvait être rattaché à deux causes :

- Non-considération de la stratégie de soins du médecin généraliste

Cet avis était tempéré par l'efficacité de la prescription réalisée par le médecin spécialiste, car le médecin généraliste ne la maîtrisait pas forcément :

« [MGB] : je suis agacé quand on prend une décision à notre place parce que nous on avait une stratégie, et cette stratégie des fois est mise à mal par la prescription du spécialiste. Et bien des fois ça nous arrange aussi d'avoir la prescription qui est faite, puisque [...] moi j'ai pas les compétences pour le faire. [MGA2] : Oui oui. ».

- Sentiment de concurrence

Il n'était pas évoqué comme leur ressenti propre par les participants médecins généralistes, mais comme un ressenti possible chez leurs confrères médecins généralistes.

« Peut-être y a encore des endroits où y a concurrence entre confrères, où ça pourrait, c'est des actes faciles hein » (MGA1).

➤ Une perception différente selon la génération

Cette différence de ressenti semblait être générationnelle et évolutive : les médecins généralistes plus âgés exprimaient l'agacement vis-à-vis de la prescription par le spécialiste, mais allaient vers la posture des plus jeunes en défaveur de la délégation de prescription.

« C'est vrai qu'on n'est plus à une époque où bah chacun se regardait comme des chiens de faïence en disant 'ouais toi tu fais pas ça parce que c'est pas ton boulot.' [...]» (MG-MPMIH)

Il y avait malgré tout un doute de refléter l'ensemble des médecins généralistes.

« [...] J crois que, en tant que médecin, au final on est tous heu... mais parfois les médecins ben ils sont [pas sur le même pied]. ». (MG-MPMIH)

« [MGA2] : Des fois on le sent encore un petit peu. [MPMI1] : Ça dépend- ça dépend où. Oui. »

La posture des médecins généralistes plus jeunes pouvait être très tranchée en défaveur de la délégation de prescription par le spécialiste au généraliste, avec l'argument de la charge de travail.

« j'en fais un peu mon cheval de bataille cette saison-là, j'ai envie que les choses elles changent un p'tit peu et qu'on perde un peu ces vieilles habitudes. Alors c'est très gentil de vouloir nous- nous donner du travail, mais on n'en manque pas, et donc dès qu'on pense à- j'estime que dès qu'un médecin pense à une pathologie ou un examen qu'il doit faire pour son patient, bah qu'il le prescrive, qu'il reçoive les résultats, et qu'il les interprète sans avoir à déléguer cette tâche [...] » (MGE1)

« faire des actes faciles pour gagner sa vie quand on est docteur fin, normalement heu... Les patients sont là, donc... » (MGA1)

« Et on peut plus se le permettre, y a pas médecin » (MGA1)

Plus spécifiquement par rapport au médecin de PMI, la délégation de prescription au médecin généraliste pouvait être considérée comme une perte de chance pour l'enfant quand les parents ne suivaient pas les préconisations de reconsulter.

« Des fois il peut se passer 6 mois entre le moment où le médecin a vu le patient, et nous on va le revoir ça peut être délétère pour l'enfant si on le fait pas quand ça doit être fait » (MGE2)

« des fois les patients sont des voyageurs et des fois on trouve très longtemps après des choses qui auraient été signalées mais qui n'ont pas eu de suites parce que tout simplement bah, comme vous l'évoquez, le pédiatre PMI n'a pas la main sur les explorations. » (MG-MPMIH)

L'enjeu était alors la transmission de l'information : *« Quel que soit celui qui fait, il faut que l'autre le sache. C'est ça qui peut poser problème » (MG-MPMIH).*

Les médecins généralistes plus jeunes ne mentionnaient pas d'agacement lors d'une prescription par le médecin spécialiste.

« s'il y a des choses à faire pour le patient que moi j'ai pas vues, je suis hyper ouverte là-dessus » (MGE2)

4. Le questionnement du cadre réglementaire pour combler ce fossé

Le cadre réglementaire était questionné autour du fossé des soins non aigus.

« Il faudrait une évolution. » (MG-MPMIH).

*« [MGA1] : Non j pense que- fin faut faire tout quand vous pensez, oui.
[MPMIA1] : Dans la limite des missions PMI parce que après il y a la loi, et on peut pas... »*

Mais le questionnement pour les soins aigus entraînait une réponse catégorique en défaveur d'une reconsidération. Les arguments étaient :

- L'organisation des consultations du médecin de PMI inadaptée aux prises en charge aigues

« [Le médecin de PMI] lui de toute manière il est pas là en permanence, moi par exemple moi j'suis vacataire, je n'suis pas là tout le temps, donc c'est pas moi qui vais assurer le suivi de l'enfant si y a un gros problème, disons de santé. » (MG-MPMIH)

- Le risque de la concurrence pour le médecin généraliste.

« [MGB] : Si les médecins de PMI font de l'aigu [...] ce serait la foire d'empoigne. C'est- cet- ce mélange des genres, on l'a un petit peu en médecine générale, avec les urgences. Les urgences gèrent tout un tas de

consultations qui n'ont rien à faire au- en milieu hospitalier et au service d'urgences, mais c'est simplement la T2A [...]

[MGA1] : Sinon après le risque c'est qu'y ait deux vitesses aussi hein. »

C. L'incertitude sur la responsabilité dans le suivi de l'enfant

Le positionnement du médecin généraliste et du médecin de PMI dans le suivi partagé était incertain. Le médecin généraliste questionnait son rôle. Le rôle de médecin référent pour le suivi n'était identifié spontanément par aucun des deux modes d'exercice. Réflexion faite, le médecin généraliste semblait être le mieux placé pour le rôle de référent, mais il était freiné par son manque de légitimité sur les compétences et son manque d'information sur les actions réalisées.

Dans leurs relations aux parents, les médecins rapportaient à la fois leur laisser une liberté de choix et douter de leur capacité pour mener le suivi médical de leur enfant. Ce doute pouvait survenir à cause de la complexité médicale du suivi, ou du fait que les parents n'y adhéraient pas.

Du côté des parents, certaines perceptions transparaissaient à travers celles des médecins. Elles remettaient en question la pertinence des deux modes d'exercice pour le suivi de l'enfant, montraient une défiance pour chaque mode d'exercice, et parfois une perte d'adhésion au suivi de l'enfant.

Lorsque les parents n'adhéraient pas au suivi médical de leur enfant, ce dernier pouvait être perdu de vue.

1. L'incertitude des médecins pour leurs positionnements dans le suivi

- Le questionnement de son rôle par le médecin généraliste

Le médecin généraliste exprimait une difficulté à comprendre son rôle dans le suivi partagé avec le médecin de PMI.

« C'est pas si évident » (MGA1)

« [MGA1] : C'est vrai qu'au début moi j'savais pas me positionner si j'devais me déclarer le médecin traitant d'un enfant dont la PMI assurait le suivi vaccinations. [MGA2] : Ah oui. [MGA1] : Parce que quand y a un suivi conjoint avec le pédiatre, moi j'pars du principe que c'est celui qui fait les vaccins qui est le médecin traitant. Bon je- quand y a des pédiatres. »

➤ L'absence de « médecin référent » de l'enfant

Ni le médecin généraliste, ni le médecin de PMI ne savaient spontanément donner de réponse univoque quant à la définition du « médecin référent », responsable du suivi de l'enfant.

« C'est une question un peu compliquée. » (MG-MPMIH)

« je saurais pas indiquer de médecin référent » (MPMIE)

« j'pense que ça peut dépendre des situations [...] y a pas vraiment de réponse claire » (MGE2)

« si on veut répondre simplement à la question, on compte le nombre de fois où le médecin traitant ou le médecin de PMI a vu l'enfant, et puis le nombre définit qui est le référent » (MGE1)

À la réflexion, de l'avis des deux modes d'exercice, le médecin généraliste semblait le mieux placé pour exercer ce rôle.

« j'aurais tendance à répondre le médecin généraliste quand même » (MGE1)

« j'pense que c'est le médecin généraliste qui reste le médecin référent, quoi qu'il advienne » (MPMIA2)

« Parce que le médecin traitant, c'est un peu le centre de gravité de tous les soins » (MGE2)

Mais le rôle de référent du suivi par le médecin généraliste était freiné par :

- son absence de légitimité sur les compétences médicales

« J'dirais que le médecin traitant est le médecin référent. C'est pas forcément le médecin compétent... » (MGB)

« à un instant t sur une orientation spécifique ou sur un moment de vie particulier de l'enfant, la PMI peut être référente » (MPMIA2)

- le manque d'information sur les actions qu'il ne réalisait pas

« Normalement ça devrait être le médecin généraliste, mais quand la situation est complexe on se sent pas référent. Parce qu'on maîtrise pas les actions. » (MGA1)

« j pense que c'est plus facile quand on est au courant et on suit les étapes de l'enfant 'un peu plus pris en charge' [sinon] c'est vrai qu'on a du mal à être le médecin référent. Parce que de temps en temps les parents ils viennent nous demander [...] un peu plus d'explications et là on est noyés hein. » (MGA2)

Ces freins pour le rôle de référent du médecin généraliste étaient évoqués également vis-à-vis des autres spécialités.

« c'est un peu vrai pour un patient qui a un problème cardio hyper pointu, où on reste malgré tout le médecin référent » (MGB)

« j peux parler aussi là pour un patient qui est suivi en cancérologie et cætera, ou un enfant qui est suivi par un pédopsychiatre » (MGE2)

2. L'incertitude des médecins dans la relation aux parents

La relation aux parents évoquée par les médecins, généraliste et de PMI, oscillait entre :

➤ La liberté de choix à laisser aux parents

*« avec l'accord des parents, on appelle le médecin traitant » (MPMIA2),
« peut-être dans la transmission c'est de dire aux parents – parce que du coup c'est plus direct – 'et vous devez le dire à votre médecin' » (MGA1)*

➤ Le doute sur la capacité des parents pour le suivi médical de leur enfant :

- Parce que la problématique médicale pouvait être complexe, même pour le médecin généraliste

« même [si les parents font la transmission au médecin], ils le font pas forcément bien [...] ils sont pas toujours capables [de comprendre la stratégie qui est adoptée] [...]. Parfois y a des stratégies qui nous échappent. Avoir un petit courrier, [...], et ben au moins on est au clair. » (MGB)

- Parce que les parents pouvaient ne pas adhérer au suivi médical.

« parfois si les parents sont fuyants [...] [ils] disent qu'ils vont avec le médecin traitant » (MPMIE)

« y a quand même un manque de motivation des fois des familles, [...] elles essaient de taper aux portes pour obtenir c'qu'elles ont envie d'obtenir sur le moment » (MG-MPMIH)

3. La responsabilité du suivi laissée aux parents

➤ La perception des parents à travers celle des médecins

- Une remise en question de la pertinence des deux modes d'exercice

- Incompatibilité : *« il y en a qui pensent que ça peut être incompatible, qu'on peut pas faire les 2 » (MPMIB)*
- Incompréhension : *« il y a aussi parfois des familles qui demandent : 'Bah la différence entre les- le médecin traitant et le suivi PMI ? ', et si elles vont chez le médecin traitant » (MPMIB)*
- Souhait de premier recours unique : avoir un seul médecin pour l'ensemble du premier recours, y compris pour les pathologies aiguës, dans les territoires en tension sur la démographie médicale de médecins généralistes : *« Il y a des familles qui n'ont plus de médecin traitant [...] et elles se présentent dans le service pour le suivi de façon globale » (MPMIB).*

- Une défiance vis-à-vis de chaque mode d'exercice

Certains parents semblaient accorder leur confiance au médecin généraliste plus facilement qu'au médecin de PMI, en lien avec une défiance vis-à-vis du rôle de protection de l'enfance du médecin de PMI : « *la famille a fui complètement le suivi PMI [...], ils se sont sentis stigmatisés. [...] Ils me font confiance alors j'essaye de pas les laisser tomber* » (MGA1), « *ils avaient eu un peu peur* » (MGA2), « *j'pense qu'elle voyait en horreur les services de PMI* » (MGE1).

La PMI semblait avoir perdu son image de convivialité : « *[MPMIA1] : [...] les gens qui attendent des heures hein, on est sur rendez-vous... [MGA2] : Ils aimaient bien hein, ils aimaient bien les gens ils arrivaient [...] Moi j'ai souvent des bons souvenirs de gens qui me racontaient [rire]* ».

Mais la confiance envers le médecin généraliste pouvait être gênée par le doute sur ses compétences pour la petite enfance, contrairement au médecin de PMI : « *Certains parents me demandent de corriger certaines choses.* » (MPMIE).

- Une perte d'adhésion pour le suivi de l'enfant

Le médecin généraliste ressentait une diminution de participation au bilan de santé en école maternelle.

« *[MGA2 à propos du bilan de santé en école maternelle] : fin j'ai l'impression que c'était... beaucoup plus suivi [...]. Pis les gens ils me disent de temps en temps 'Ça sert à rien'. J'dis 'Mais ça va pu non ?'* »

Le médecin de PMI prenait conscience d'un défaut d'utilisation du carnet de santé comme outil de transmission par les parents.

« *[MPMIA2] : j'étais persuadée que les parents prenaient toujours leur carnet de santé quand ils allaient voir leur médecin généraliste... [MPMIA1] : Pareil, moi aussi [MPMIA2] : parce que moi mon souvenir de généraliste, j'avais assez régulièrement les carnets de santé... [MPMIA1] : Parfois ils disent que le médecin ne remplit pas. Mais s'ils ne le prennent pas...* »

- Les enfants perdus de vue en cas de non-adhésion des parents au suivi

Les échanges entre médecin généraliste et médecin de PMI les amenaient à la problématique de la non-adhésion des parents au suivi, au détriment des enfants.

« donc ça veut dire qu'les familles en fait, elles font c'qu'elles veulent. Et j'crois qu'la difficulté elle est plus là, parce que nous en fait ça s'rait pas trop compliqué de se joindre hein, de dire voilà y a tel problème, il faudra voir qui peut s'en occuper » (MG-MPMIH)

« Parfois ils n'ont pas de vaccination » (MPMIE)

Il y avait une réflexion sur les solutions possibles.

« peut-être une communication de la PMI envers moi pourrait être intéressante quand y a des familles qui sont fuyantes de la PMI, mais qu'y a une bonne accroche avec le médecin de famille. Pour dire 'Attention, gardez le lien, et puis soyez vigilant' » (MGE1)

Thèmes mineurs

Les thèmes mineurs qui ressortaient à l'analyse étaient :

- Les autres indicateurs de collaboration selon D'Amour (7)

Transmission des informations, formalisation des outils, interconnaissance, centralité.

- Des freins à la protection de l'enfance pour le médecin de famille

Rupture de confiance avec le médecin de famille alors qu'il peut être le dernier professionnel de santé encore présent dans la prise en charge, peur des représailles.

DISCUSSION

Résultats principaux

L'objectif de cette étude qualitative croisée par focus groups était d'explorer les représentations des rôles respectifs du médecin généraliste et du médecin de PMI dans le suivi de l'enfant.

Le médecin généraliste et le médecin de PMI avaient une représentation convergente de leurs rôles respectifs, hormis sur leurs rôles par rapport aux familles.

Il existait cependant un flottement des rôles. La répartition des soins non aigus de l'enfant n'était pas définie en pratique et engendrait des tensions. Il n'y avait pas de médecin référent pour le suivi de l'enfant.

Limites et forces

Nous ne considérons pas avoir atteint la suffisance théorique des données : l'arborescence est intellectuellement incomplète, les situations complexes n'ont été que peu détaillées, et par exemple le suivi des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance n'a pas été abordé.

Le biais de sélection est important : l'absence des opinions des médecins ayant refusé de participer et n'ayant pas répondu à l'invitation réduisent la validité des résultats. L'absence de réalisation de feedbacks avec les participants réduit la fiabilité des résultats.

La modalité-même du focus group induit systématiquement des biais d'interactions, avec des productions de propos qui nécessitent d'être nuancées, et des freins à la production d'autres propos : les rôles communs au médecin généraliste et au médecin de PMI n'ont par exemple pas pu être abordés.

L'équipe de recherche n'étant pas complètement neutre, des biais cognitifs ont possiblement interféré avec la définition des thèmes et leur cartographie.

Ces limites sont contrebalancées par les forces suivantes.

Le recrutement de participants aux profils générationnels différents a permis malgré tout une richesse des données collectées.

La méthodologie par focus group a entraîné une dynamique de groupe avec un effet réflexif (18). Nous avons pu faire émerger des thèmes qui étaient peu développés jusqu'ici. Cette dynamique pourra alimenter la collaboration ultérieure.

L'analyse a été soutenue par deux codeurs en aveugle, en plusieurs étapes itératives et avec triangulation pour le second cycle de codage.

La non-neutralité de l'équipe de recherche était un atout pour la compréhension de certains phénomènes sous-jacents au vu de leur spécificité médicale.

Les résultats de cette étude sont à considérer comme exploratoires. Ils fournissent un éclairage sur les phénomènes potentiellement en cause dans le manque de lisibilité des rôles des médecins dans le suivi de l'enfant et les difficultés de collaboration, sans pour autant proposer une modélisation à ce stade.

Comparaison avec la littérature

Les représentations respectives des rôles du médecin généraliste et du médecin de PMI étaient clairement identifiées en rapport avec certains champs d'activité : le médecin généraliste était le médecin de l'aigu, le médecin de PMI était le médecin « spécialiste » de la petite enfance, en particulier de la protection de l'enfance et du développement. Cependant, elles étaient moins évidentes pour leur rôle vis-à-vis des

familles : médecin de famille pour le médecin généraliste, soutien à la parentalité pour le médecin de PMI – par le biais du service de PMI. Les difficultés d'interactions entre les deux modes d'exercice s'exacerbaient sur des situations complexes vis-à-vis des familles, où ces derniers rôles n'avaient pas été tenus faute de contact direct et rapide.

Le rôle du médecin de famille semble bien identifié et perçu très positivement par les familles elles-mêmes, qui le distinguent de celui du médecin généraliste consulté occasionnellement en solution de secours (19). Si ce rôle était mentionné par le médecin de PMI dans les travaux des autres départements français, son impact en pratique ne semble pas avoir été exploré (8). Son potentiel est illustré par les situations complexes : une aide à la prise en charge du trouble psychiatrique sévère de la maman, ou une vision précise et longitudinale de la dynamique intrafamiliale dans la situation de maltraitance. L'action du médecin de famille dans ces situations pourrait permettre une prise en charge avec moins de rupture pour la famille, dans l'intérêt de l'enfant.

Le rôle de soutien à la parentalité du service de PMI paraissait au second plan pour les médecins généralistes. Ce résultat résonne avec la méconnaissance, évoquée par des médecins de PMI d'autres départements, de l'éventail des possibilités d'aide aux familles « dans le détail et le concret » par le médecin généraliste (8). Le médecin généraliste tirerait bénéfice de connaître cet éventail le cas échéant (exemple des TISF – Techniciens de l'intervention sociale et familiale) (9). Mais la méfiance pouvait l'en empêcher, avec une image négative de la PMI « placeur d'enfant », « gendarme » (8).

Les prescriptions des soins non aigus de l'enfant n'étaient pas spécifiques d'un mode d'exercice, alors que le cadre réglementaire les attribue au médecin généraliste avec l'ensemble des soins (3). Elles constituaient un espace aux frontières mal délimitées entre prévention et soins urgents, que nous désignons par le terme de « fossé des soins non aigus ». Ce fossé des soins non aigus n'était pas directement identifié par les praticiens, néanmoins il engendrait des tensions pour les deux modes d'exercice. Chez le médecin généraliste, ces tensions résonnaient avec une problématique plus vaste de positionnement vis-à-vis des autres spécialités. L'analyse de ces tensions amenait à un questionnement du cadre réglementaire pour le voir évoluer à la pratique la plus souhaitée : que le médecin qui réalise le suivi s'occupe des soins non aigus, à condition de transmettre l'information le cas échéant au médecin traitant pour permettre la coordination.

Le rôle de médecin référent dans le suivi partagé de l'enfant n'était identifié spontanément par aucun des deux modes d'exercice. À la réflexion, le médecin généraliste semblait être le mieux placé mais il était gêné par son manque de légitimité sur ses compétences et son manque d'information sur les actions réalisées.

Le cadre réglementaire incarne un cloisonnement prévention-soins par la restriction de prescription du médecin de PMI (20). Ce cloisonnement est remis en question dans la littérature : les évolutions du concept de santé et des possibilités médicales imbriquent désormais la réalisation des deux types d'action à chaque étape d'une prise en charge (2). Cette restriction de prescription du médecin de PMI n'existe cependant que depuis les années 1990 (21). Elle était intriquée avec la construction identitaire de la médecine générale, à l'époque d'une concurrence marquée (22). L'évolution de la démographie médicale, conjuguée à ce cadre réglementaire, semble avoir atténué le

sentiment de concurrence. Il n'a cependant pas disparu, ce qui était moins identifié dans les derniers travaux sur le suivi de l'enfant (8).

Le rôle de coordinateur du médecin généraliste est freiné par son manque de légitimité sur ses compétences. Ce frein n'intervient pas que pour le suivi de l'enfant : le sentiment de concurrence ou de compétition qui peut en découler, parfois inconsciemment, a été identifié dans une étude du parcours de prise en charge complexes des patients souffrant de la maladie de Parkinson (23). Le flottement autour du rôle de médecin référent du médecin généraliste a également été étudié dans la situation de fin de vie à domicile (24). Il s'agit d'une problématique liée à la construction identitaire de la médecine générale, la façon dont elle se perçoit elle-même et dont les autres disciplines la perçoivent.

La relation des médecins aux parents apparaissait parfois ambivalente entre liberté de choix et nécessité de veiller à la bonne réalisation du suivi.

Cette posture ambivalente du médecin renvoie au conflit de valeur qui peut émerger pour lui : entre respect des choix et de la liberté des parents et devoir de veiller au bien-être de l'enfant. Ce conflit de valeur sur la restriction des libertés des parents sous-tend les débats autour de l'obligation du suivi de l'enfant en France depuis 1869 et les premiers carnets de santé (1). Il est d'autant plus complexe à gérer que les soins et l'éducation pour le bien-être de l'enfant font eux-mêmes l'objet de débats (1,25).

La défiance des parents envers les deux modes d'exercice, et la perte d'adhésion au suivi de leur enfant, transparaissent à travers le regard des médecins dans cette étude.

La défiance des parents envers le médecin de PMI concerne le service PMI dans sa globalité, en partie du fait de l'« ambiguïté entre soutien et contrôle » (26).

La défiance envers le médecin généraliste pour le suivi de l'enfant a déjà été mentionnée dans une étude auprès des parents et dans un rapport gouvernemental : il était rapporté des craintes des parents sur les compétences professionnelles approximatives en pédiatrie (4,27). On peut donc dire que la problématique de construction identitaire de la médecine générale se retrouve aussi dans le regard des parents. Ce sont eux qui dirigent alors eux-mêmes le suivi de leur enfant, faisant le choix de consulter tel ou tel praticien (pédiatre ou médecin généraliste dans cette étude) selon le motif et la disponibilité (27). Cette prise en main de la coordination par les parents peut avoir des conséquences négatives pour l'enfant comme évoqué dans les résultats de cette étude. Ces conséquences négatives pour le patient sont également retrouvées dans les parcours complexes de maladie de Parkinson (23).

Des attitudes extrêmes d'« agressivité, évitement, rupture » chez les parents ont déjà été observées, « dans la succession d'interventions mal coordonnées » des suivis très complexes d'enfants en obstétrique puis pédiatrie. Les pratiques collaboratives avaient permis un meilleur accompagnement des parents et une franche amélioration des prises en charge des enfants (28).

La comparaison des résultats de cette étude avec la littérature fait émerger des problématiques sous-jacentes du suivi de l'enfant, anciennes et durables, et qui n'ont pas de solution univoque :

- Le débat des soins et de l'éducation adaptés pour l'enfant ;

- Le conflit de valeur de la restriction des libertés des parents lorsque le bien-être de l'enfant est en jeu ;
- L'évolution du concept de santé qui rend inopérant le cloisonnement préventif-curatif ;
- La quête identitaire de la médecine générale : être coordinateur sans avoir la légitimité des compétences ;
- La quête identitaire de la PMI, structure institutionnelle à l'image associée à la restriction des libertés des parents.

Les données du thème mineur sur la transmission des informations semblent concorder avec celles de l'étude PMI-URPS ML Hauts-de-France 2023. Elles pourraient éventuellement être utilisées pour un éclairage qualitatif.

Perspectives pour la pratique du suivi médical de l'enfant

➤ À l'échelle du médecin

- Acter le choix du médecin responsable du suivi, en l'inscrivant dans le carnet de santé et en l'expliquant aux parents.

Cette action permettrait de contrôler le flottement sur le médecin référent du suivi, en le présentant clairement auprès des parents et des autres professionnels de santé qui pourront intervenir, pour que la coordination puisse s'amorcer.

- Parler directement avec l'autre médecin du suivi pour les situations complexes pendant, ou à défaut après (feedbacks)

En cas de difficulté de dialogue, veiller à identifier les problématiques complexes inhérentes au suivi de l'enfant, pour les empêcher de freiner la collaboration (16).

Avoir accès aux coordonnées du médecin pose problème, et les solutions sont à construire. Les premiers échanges autour des résultats de ce travail ont permis de partager cette solution pour le contact du médecin de PMI par le médecin généraliste : envoyer un mail au service PMI en demandant à être rappelé par le médecin de PMI de la commune de son patient, en mentionnant son statut de médecin, l'urgence, et en laissant son numéro de téléphone et disponibilités.

Les adresses mail des services PMI du Nord sont disponibles sur l'annuaire en ligne Service public (adresse type pmi-COMMUNE@lenord.fr, choisir la plus proche de sa commune d'exercice). Le mail sera géré par l'adjointe au responsable de service PMI.

- Intégrer systématiquement les deux modes d'exercice dans le suivi de l'enfant (en proportions modulables pour commencer)

Cette action permettrait de lisser les images négatives de chaque intervenant vis-à-vis des parents, dans l'intérêt de l'enfant, adulte et parent de demain (28).

➤ À une échelle plus grande

- Retours d'expériences et culture positive de l'erreur sur le principe des RMM (revues de morbidité et mortalité)
- Montrer les exemples de collaboration efficace

Place de la recherche, notamment avec un regard sociologique, car les origines des tensions sont sociologiques.

Conclusion

Le médecin généraliste et le médecin de PMI avaient une représentation convergente de leurs rôles respectifs, hormis sur leurs rôles par rapport aux familles.

Il existait cependant un flottement des rôles. La répartition des soins non aigus de l'enfant n'était pas définie en pratique et engendrait des tensions. Il n'y avait pas de médecin référent pour le suivi de l'enfant.

Au-delà d'un manque de lisibilité pour les parents, il pouvait y avoir rupture de suivi d'une partie des enfants par défiance et perte d'adhésion.

Ces résultats renvoient à cinq problématiques complexes, dont deux inhérentes au suivi médical obligatoire de l'enfant : débat des soins et éducation adaptés à l'enfant, conflit de valeur de la restriction des libertés des parents, cloisonnement préventif-curatif, quête identitaire de la médecine générale, quête identitaire de la PMI.

Identifier le médecin responsable du suivi de l'enfant dans le carnet de santé en l'expliquant aux parents pourrait permettre de limiter le flottement des rôles pour les médecins et les parents. Cette action, et celle de communiquer oralement pour chaque situation complexe, pourraient permettre d'ouvrir la collaboration malgré ces problématiques complexes.

RÉFÉRENCES

1. Rollet C. Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ? *Revue française des affaires sociales*. 2005;(3):129-56.
2. EHESP. Suivi médical de l'enfant de la naissance à 6 ans, mythe ou réalité ? Module interprofessionnel de santé publique. 2009.
3. Article R2132-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043516734
4. IGAS. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. 2021.
5. Rist S, Barthet-Derrien M. Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans. 2019.
6. Densité de pédiatres libéraux | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/densite-de-pediatres-liberaux>
7. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 21 sept 2008;8:188.
8. Raboulin MS. Relations entre médecins généralistes et Protection maternelle et infantile en France dans le suivi médico-social de l'enfant : revue narrative de la littérature. 2021.
9. Dufour L. Collaboration entre le service de Protection Maternelle et Infantile et les Médecins Généralistes dans la prise en charge de l'enfant de moins de six ans : enquête qualitative croisée auprès de médecins de PMI et de médecins généralistes installés en Gironde. 2014.
10. Kiener M. Collaboration entre médecins généralistes et médecins de PMI : enquête qualitative par focus group dans la Vienne.
11. Plouvier MS. Connaissance des missions des médecins de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Haute-Vienne par les médecins généralistes. 2020.
12. Delannoy-Pernin E. Perception de la protection maternelle et infantile par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès des médecins généralistes installés en Meuse. 2018.
13. Josuan C. Pratiques de réseau avec la Protection Maternelle et Infantile. Enquête qualitative par entretiens de médecins généralistes de l'Hérault. 2020.
14. Jeyendra A, Rajadurai J, Chanmugam J, Trieu A, Nair S, Baskaran R, et al. Australian general practitioners' perspectives on their role in well-child health care. *BMC Family Practice*. 3 janv 2013;14(1):2.

15. CHU de Nice. Recherche qualitative : la méthode des focus groups. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale.
16. Saldana J. The coding manual for qualitative researchers. SAGE; 2013.
17. Renders X. Chapitre 3. Des fonctions et des rôles. In: Éduquer et soigner en équipe [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017 [cité 28 sept 2023]. p. 57-64. (Carrefour des psychothérapies; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/eduquer-et-soigner-en-equipe--9782807309760-p-57.htm>
18. Marty L. Chapitre 12. Le focus group. In: Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie [Internet]. Paris: Dunod; 2021 [cité 27 juin 2023]. p. 197-213. (Univers Psy). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie-clinique--9782100819355-p-197.htm>
19. UNAF. Comment les parents perçoivent-ils le parcours de santé de leurs enfants ? juin 2023;
20. Article R4127-99 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 03 oct 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912979
21. Ministère de la Santé. Question de l'Assemblée nationale n°4050 - Journal Officiel [Internet]. 1993 [cité 26 mai 2023]. Disponible sur: <https://questions.assemblee-nationale.fr/q10/10-4050QE.htm>
22. Coutant D, Tuffreau F. La médecine générale, une spécialité d'avenir : Des premières conventions médicales aux maisons de santé [Internet]. 2016 [cité 03 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.presses.ehesp.fr/produit/la-medecine-generale-une-specialite-davenir/>
23. Bayen S, Bayen M, Moreau C, Defebvre L, Devos D, Messaadi N. Parkinson's disease: Improving person-centered care coordination by interdisciplinary communication and teamwork with patients: A qualitative mixed method study. *International Journal of Healthcare Management*. août 2022;15(3):238-45.
24. Ginestet D, Sena N. Prise en charge des patients oncologiques en fin de vie à domicile : représentation chez les oncologues du rôle des médecins généralistes. Lille; 2022.
25. Bouchayer F. Médecins et puéricultrices de Protection maternelle et infantile. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelles. 1984;
26. Peyron M. Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! 2019.
27. Bergeron C. Place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant : étude qualitative auprès de parents dont le suivi de l'enfant est assuré par un pédiatre. Angers; 2019.

28. Molénat F. La qualité des liens entre parents et professionnels : clé d'un accompagnement adéquat de l'enfant dans son développement ? *Contraste*. 2013;37(1):185-207.

ANNEXES

Annexe 1. Indicateurs de collaboration intersectorielle en santé (D'Amour (7))

Table 3: Indicators of collaboration according to the typology

Indicators	Active Collaboration LEVEL 3	Developing Collaboration LEVEL 2	Potential or Latent Collaboration LEVEL 1
Goals	Consensual, comprehensive goals	Some shared ad hoc goals	Conflicting goals or absence of shared goals
Client-centred orientation vs. other allegiances	Client-centred orientation	Professional or organizational interests drive orientations	Tendency to let private interests drive orientations
Mutual acquaintanceship	Frequent opportunities to meet, regular joint activities	Few opportunities to meet, few joint activities	No opportunities to meet, no joint activities
Trust	Grounded trust	Trust is conditional, is taking shape.	Lack of trust
Centrality	Strong and active central body that fosters consensus	Central body with an ill-defined role, ambiguous political and strategic role.	Absence of a central body, quasi-absence of a political role.
Leadership	Shared, consensual leadership	Unfocused, fragmented leadership that has little impact	Non-consensual, monopolistic leadership
Support for innovation	Expertise that fosters introduction of collaboration and innovation	Sporadic, fragmented expertise	Little or no expertise available to support collaboration and innovation
Connectivity	Many venues for discussion and participation	Ad hoc discussion venues related to specific issues	Quasi-absence of discussion venues
Formalization tools	Consensual agreements, jointly defined rules	Non-consensual agreements, do not reflect practices or are in the process of being negotiated or constructed	No agreement or agreement not respected, a source of conflict
Information exchange	Common infrastructure for collecting and exchanging information	Incomplete information-exchange infrastructure, does not meet needs or is used inappropriately	Relative absence of any common infrastructure or mechanism for collecting or exchanging information

Annexe 2. Guide d'entretien évolutif

Préambule

X :

- X, actuellement MG remplaçant
- Merci d'avoir accepté cette invitation.
- On se retrouve ici pour un entretien de recherche collectif sur la thématique du suivi de l'enfant, qui s'organise dans le cadre de ma thèse d'exercice.
- Vous représentez 2 modes d'exercice pivots dans le suivi médical de l'enfant, avec des médecins généralistes exerçant en ambulatoire, et des médecins exerçant en PMI.
- Concernant le déroulement de cet entretien, c'est le Dr Y, médecin de santé publique, qui va animer les échanges, tandis que moi je vais me retirer en position d'observateur pour revenir à la fin et vous en faire la synthèse.
- Juste avant de laisser la parole au Dr Y, je voulais vous préciser que notre entretien est enregistré pour que je puisse le transcrire et l'analyser. Cette transcription sera anonyme et je vais vous l'envoyer pour relecture.
- Si les résultats du travail vous intéressent je vous les ferai également parvenir d'ici qq mois.

Y :

- Y – liens avec animation travail de groupe et avec thématique

- Médecins généralistes et médecins de PMI = acteurs clés suivi de l'enfant, mais la définition de leurs places respectives n'est pas évidente en pratique.
- Objectif de nos échanges = explorer vos ressentis et expériences concernant ces 2 modes d'exercice.
But = ~~consensus~~, dessin du panel de points de vue le plus complet possible.

- 1h30 – Trame de questions qui vont s'étayer avec vos réflexions.

- Le fait de travailler dans ce format de focus group sous-entend 3 conventions entre tous les membres du groupe (18) :
 - o La 1^{ère} : « Equilibre entre écouter et parler » : Il s'agit pour chacun d'entendre et de respecter la logique de chaque participant, tout en s'exprimant lorsqu'il le souhaite.
 - o La 2nde : « Confidentialité » : Rien de personnel ne doit sortir de ce groupe.
 - o La 3^{ème} : « Absence de jugement et de critique » : Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, ce sont d'ailleurs les divergences de point de vue qui vont faire la richesse du travail.

Est-ce que vous êtes bien d'accord avec ces 3 conventions ?

Avant de faire le tour de table, avez-vous des questions ?

- Tour de table

Questions à aborder – En italique les modifications apportées au guide d’entretien initial

Quelles sont les situations pour lesquelles vous contactez l’autre mode d’exercice ?

Pouvez-vous donner un exemple concret ?

Quel était votre objectif ?

Comment avez-vous fait en pratique pour communiquer ?

Quel a été votre ressenti ?

Comment souhaiteriez-vous que ce type de contact s’effectue ?

Y a-t-il des situations pour lesquelles vous avez pensé à solliciter l’autre mode d’exercice, sans y donner suite ?

Pouvez-vous donner un exemple ?

Qu’est-ce qui vous en a empêché ?

Qu’est-ce qui aurait pu faciliter le contact ?

Y a-t-il des situations pour lesquelles vous auriez souhaité / souhaiteriez être contacté

Pouvez-vous donner un exemple ?

Comment auriez-vous souhaité / souhaiteriez-vous être contacté ?

Comment cela se passe en pratique pour contacter l’autre mode d’exercice ?

Quels obstacles ? Quels leviers ?

Quelles différences avec les autres spécialités ?

Comment présentez-vous votre rôle et celui de l’autre mode d’exercice aux parents pour le suivi de leur enfant ?

Comment avez-vous présenté les rôles des 2 médecins aux parents ?

D’une manière générale pour tout suivi d’enfant, comment présentez-vous votre rôle et celui de l’autre mode d’exercice ?

Que pensez-vous de l’existence des 2 modes d’exercice pour le suivi de l’enfant ?

Quelles situations font doublon ?

Quelles situations sont complémentaires ?

En quoi le suivi médical de l’enfant est-il important pour vous ?

Quels sont vos objectifs en réalisant les suivis médicaux des enfants ?

Quels seraient vos besoins ?

Annexe 3. Lettre d'information et consentement

LETTRE D'INFORMATION – ETUDE MG-PMI –

POUR TOUT RENSEIGNEMENT :

COORDINATEUR DE LA RECHERCHE
Elise PODGLAJEN

RESPONSABLE SCIENTIFIQUE
Docteur Omoladé ALAO
Pôle PMI Santé, DTPAS

Téléphone : 03 20 33 70 00 - Portable pro

Chère Consœur, cher Confrère,

Nous vous remercions d'avoir donné suite à notre invitation.

Le médecin généraliste et le médecin de PMI sont des acteurs clés dans le suivi de l'enfant, mais la définition de la place de chacun n'est pas évidente en pratique. Votre regard sera utile dans le cadre de ma thèse d'exercice qui a pour but d'analyser ces rôles respectifs.

L'entretien de groupe avec les médecins de votre territoire aura lieu le :

en visioconférence Zoom (lien envoyé par mail).

Afin d'assurer la qualité de la recherche, nous avons besoin :

- du questionnaire anonyme ci-joint, concernant votre profil d'exercice (2 minutes)
- de votre consentement écrit pour l'enregistrement audio de l'entretien et la citation anonyme de vos propos dans les travaux publiés (moins d'1 minute).

Nous vous remercions de nous retourner ces 2 documents dans l'enveloppe affranchie.

La transcription de l'entretien vous sera transmise par courriel pour validation avant le début de nos analyses. Vous pourrez la compléter au besoin.

Votre participation est facultative, et vous pouvez y mettre fin à tout moment. Vos données à caractère personnel sont gérées de façon strictement confidentielle selon les modalités détaillées au verso. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectification, effacement et opposition en me sollicitant ou en contactant : dpo@univ-lille.fr. L'étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-097 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Le respect de la confidentialité vis-à-vis des propos de chacun lors de l'entretien de groupe est essentiel.

Merci de l'attention que vous apportez à ce travail. Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement.

Bien confraternellement,

Elise Podglajen

Information sur le traitement des données à caractère personnel

L'étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-097 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Base juridique

Consentement [article 6 1. a) du RGPD]

Destinataires des données

Chercheurs : Mme Elise PODGLAJEN, Mme Omoladé ALAO

Nature des données

Coordonnées professionnelles (nom, adresse mail, commune d'exercice), formulaire de consentement nominatif, enregistrement audio de l'entretien, transcription anonymisée de l'entretien, questionnaire anonyme sur le profil d'exercice

Durée et lieux de conservation des données

Les données nominatives seront conservées de façon confidentielle par les chercheurs pour une durée limitée.

Seules les données anonymisées seront utilisées pour les analyses et la présentation des résultats.

Coordonnées : boîtes mails institutionnelles des chercheurs, le temps de l'étude (environ 6 mois) ;

Consentement et données du questionnaire anonyme stockées de façon agrégée : armoire verrouillée du bureau du responsable scientifique, jusque 2 ans après la dernière publication ;

Enregistrement audio de l'entretien : armoire verrouillée du bureau du responsable scientifique, le temps de l'étude (environ 6 mois) ;

Transcription anonymisée de l'entretien : PC des chercheurs puis travaux publiés, pas de limitation de durée de conservation

Limites de la confidentialité pour les propos tenus lors de l'atelier collaboratif

Les limites de confidentialité sont inhérentes à la méthodologie de recherche qualitative :

1. En cas de non respect de la confidentialité par les autres participants

2. En cas de citation d'un propos identifiant à lui seul par recoupement avec le contexte. Ce risque est exceptionnel. Il sera contrôlé par la validation de la transcription par le participant, par le travail des chercheurs, et par les relectures par des tiers des productions publiables (thèse : jury de thèse avec possibilité de restriction de la diffusion par l'Université, article : reviewers).

Droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de limitation du traitement

- Apprès des chercheurs (coordonnées au recto)
- Apprès du : « Délégué à la Protection des Données - dpo@univ-lille.fr »
- Si vous estimez, après ces contacts, que vos droits Informatique et libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la « CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 » ; Téléphone : [01 53 73 22 22](tel:0153732222) ; www.cnil.fr.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

– ETUDE MG-PMI –

J'ai compris les modalités de traitement de mes données décrites dans la lettre d'information. En particulier,

- J'ai compris les limites à la confidentialité pour les propos que je tiendrai lors de l'entretien de groupe,
- J'accepte qu'il y ait un enregistrement audio de la discussion (conservé de façon sécurisée pour la durée de l'étude, soit environ 6 mois),
- J'accepte d'être cité anonymement dans les travaux publiés.

J'ai la possibilité de refuser de participer, de refuser de répondre à certaines questions, ainsi que de retirer mon consentement à tout moment en contactant les chercheurs aux coordonnées ci-après.

En cas de retrait de mon consentement, mes données seront supprimées de l'étude, à l'exception des propos de l'entretien de groupe qui ne seront plus identifiables parmi ceux des autres participants.

En signant de mon nom, je consens à participer à cette étude.

DATE

NOM PRENOM

SIGNATURE

Je souhaite recevoir le travail final par mail.

Pour retirer le consentement :

COORDINATEUR DE LA RECHERCHE
Elise PODGLAJEN

RESPONSABLE SCIENTIFIQUE

Docteur Omoladé ALAO
Pôle PMI Santé, DTPAS

Tél : _____ - Portable pro : _____

Annexe 4. Extraits des focus groups

Focus group « nord »

MPMIA1 : Après, je me souviens très bien de la situation, parce que c'est moi qui l'ai vue l'enfant euh il y a 3 ans, les gens de [Autre pays francophone].

MGA1 : Oui, c'était vous, d'accord oui

MPMIA1 : Oui, et c'est vrai que-

MGA1 : Y a un- y a un petit moment même plus

MPMIA : Oui, oui, c'était y a- oui oui, et c'est vrai que on avait essayé de- de tisser un lien de confiance, etc, et on les a- une fois je les ai envoyés au CMP, y a- avec la psychologue hein, je travaille avec une psychologue, et après on les a plus jamais revus, ils ont refusé euh, même pour les grossesses d'après on avait proposé des visites, ils les ont toujours refusées. Mais c'est vrai que ce que vous dites euh- fin moi je- j'appelle jamais les médecins, parce que- bon après je sais que vous êtes- fin je veux pas- c'est plus peut-être pour pas vous déranger que plus euh- bon voilà. Je mets dans le carnet, et c'est vrai que dans notre- fin moi je parle pas des infos préoccupantes mais plus des suivis classiques, mais c'est- nous on est vraiment dans le dépistage, la prévention, après quand y a un gros suivi euh- fin, comment dire, on dit tout le temps « le médecin traitant- » fin quand les gens sont suivis par le médecin traitant, moi j'me- j'm'impose pas hein c'est- après c'est un choix. Mais c'est vrai qu'on dit, quand c'est aigu, nous on traite pas, on fait pas de soins, donc euh c'est pour ça, qu'aussi, qu'on- ils viennent chez nous un peu. Le dépis- fin des fois voilà de la prévention, du vaccin, du développement, et chez le médecin traitant, euh l'aigu. Après, j'peux compr- fin c'est vrai qu'on n'a pas beaucoup d'échange entre nous-

MGA1 : C'est pas si évident, et moi je suis pas passée en PMI, je connaissais pas et moi je- j'ai pas fait de PMI. Donc euh moi quand je me suis installée, j'me dis mais mince alors oui bon bah du coup là par contre tout le suivi est fait j'dois pas réfléchir à ça, mais c'est vrai que du coup j'avais pas- j'avais pas travaillé de l'autre côté moi donc euh-

MPMIA1 : Après c'est vrai j'comprends des fois peut-être la frustration de s'dire bon ben moi ils ont un rhume, ils ont de la fièvre, voilà je m'en occupe et j'vois pas le reste, mais c'est vrai quand vous nous aviez envoyé l'enfant il y a quelques années, c'est vrai que- fin moi j'me dis, en un quart d'heure en consultation, un en- un retard de développement c'est pas facile parce qu'il pleure, nous on a un peu plus de temps. Et encore là, j'trouve que l'activité d'avant on avait plus le temps, là on est un peu plus euh- au taquet, fin y a- y a plus de salle d'attente qui-, les gens qui attendent des heures hein, on est sur rendez-vous, ça- toutes les vingt minutes-

MGA2 : Ils aimaient bien hein, ils aimaient bien les gens ils arrivaient,

MPMIA1 : Ah bah nous on aimait bien aussi mais... nan là c'est-

MGA2 : Moi j'ai souvent des bons souvenirs de gens qui me racontaient [rire]

Focus group « sud »

MGE2 : Moi c'est pareil, on est complémentaires, et heu même si j'ai fait beaucoup de- fin j'ai fait 6 mois de PMI, j'ai pas mal l'habitude de faire du suivi de l'enfant, j'en ai beaucoup dans ma patientèle, moi j'trouve que c'est complémentaire parce que la puer- peut-être que la puéricultrice a heu dans ses visites plus le temps que moi de ré-expliquer heu, comment faire pour favoriser le développement de l'enfant, comment réagir face à telle ou telle situation chez l'enfant, parce que ben oui on reste des généralistes, et pour moi tous les jours 15 minutes par patient, quand c'est des enfants.... Expliquer, rassurer, ça prend du temps, et heu on n'a pas toujours ce temps, et c'est essentiel. Et heu pareil pour ce qui est dépistage et cætera fin, comme disait [prénom MGE1] tout à l'heure, on n'est pas forcément formés pour, c'est pas le cœur de ce que l'on fait, et on a besoin de ça pour suivre les enfants, vérifier qu'il se développent bien.

MPMIE : Je pense que c'est deux modes qui, sans le savoir, sont complémentaires, pour le bien de l'enfant. Parce qu'il y a des choses que le médecin peut dépister, et la PMI n'est pas toujours bien vue. Et à l'inverse, comme les puéricultrices font du domicile – le médecin peut faire du domicile aussi – les puéricultrices font du domicile et elles peuvent rester longtemps auprès de l'enfant, et voir des choses sur le développement de l'enfant, l'alimentation, au plus près de lui. Donc je trouve que les deux modes sont vraiment complémentaires. Pas concurrentiels. Ce serait l'idéal.

AUTEURE : Nom : PODGLAJEN Prénom : Elise

Date de soutenance : 16 novembre 2023

Titre de la thèse : Rôles des médecins généralistes et de PMI dans le suivi de l'enfant : étude qualitative croisée par focus groups dans le Nord.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : DES de Médecine générale

Mots-clés : Médecine générale ; Santé de l'enfant ; Services de santé maternelle et infantile ; Collaboration intersectorielle

Introduction – La multiplicité des médecins de premier recours du suivi de l'enfant n'apparaît pas lisible pour les parents. Parallèlement, la collaboration intersectorielle médecin généraliste - service de PMI est décrite comme améliorable de part et d'autre. L'objectif principal de ce travail était d'explorer les représentations des médecins généralistes et des médecins de PMI du Nord sur leurs rôles respectifs dans le suivi de l'enfant, afin de cibler une collaboration plus efficace.

Méthode qualitative croisée par focus groups regroupant médecins généralistes et médecins de PMI de mêmes territoires. L'analyse a été réalisée par deux codeurs par une approche inductive puis déductive.

Résultats – Deux focus groups ont été menés, regroupant 10 médecins. Le médecin généraliste et le médecin de PMI avaient une représentation convergente de leurs rôles respectifs, hormis sur leurs rôles par rapport aux familles. Il existait un flottement des rôles : il n'y avait pas de médecin référent pour le suivi de l'enfant. Il pouvait y avoir une rupture de suivi d'une partie des enfants par défiance et perte d'adhésion des parents.

Discussion – La comparaison de ces résultats avec la littérature montre que le suivi médical de l'enfant fait converger cinq problématiques complexes : débat des soins adaptés à l'enfant, conflit de valeur de la restriction des libertés des parents, cloisonnement préventif – curatif, quêtes identitaires de la médecine générale, et de la PMI. Désigner le médecin responsable du suivi de l'enfant dans le carnet de santé et communiquer oralement pour chaque situation complexe pourraient permettre de limiter le flottement des rôles, pour les médecins et les parents, et d'ouvrir la collaboration malgré les problématiques complexes.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs : Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Omoladé ALAO