

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. **Intérêts de la méthodologie choisie**
2. **Recrutement et échantillonnage**
3. **Elaboration du guide d'entretien**
4. **Réalisation des focus groups**

RÉSULTATS

1. **Caractéristiques des participants**
2. **Vision idéale de la coordination des soins**
 - 2.1. Partage des informations
 - 2.2. Éléments indispensables au suivi
3. **Travail en réseau**
 - 3.1. Constitution des réseaux personnels
 - 3.2. Réseau Sécurité Naissance
 - 3.3. Lien interprofessionnel
 - 3.4. Coordination avec certains spécialistes
 - 3.5. Différents niveaux de recours aux professionnels
 - 3.6. Homogénéisation des pratiques
4. **Rôle central de la femme enceinte dans cette situation physiologique**
 - 4.1. Patiente au centre de la prise en charge
 - 4.2. Patiente coordinatrice de son suivi
 - 4.3. Médicalisation d'une situation physiologique
 - 4.4. La précarité comme limite à ce rôle
5. **Difficultés rencontrées dans le suivi de la femme enceinte**
 - 5.1. Manque de coordination des soins
 - 5.2. Manque de communication
 - 5.3. Difficulté d'identification de l'interlocuteur avec la PMI
 - 5.4. Limites liées au secret professionnel
 - 5.5. Difficultés pour chaque professionnel à trouver sa place
6. **Moyens de communication utilisés**
 - 6.1. Dossier Audipog
 - 6.2. Dossier hospitalier
 - 6.3. Carnet de santé maternité
 - 6.4. Choix de ne pas utiliser des dossiers existants
 - 6.5. Impression du dossier informatique
 - 6.6. Courriers
 - 6.7. Téléphone
 - 6.8. Fax
7. **Limites de l'utilisation d'un dossier de suivi commun**
 - 7.1. Difficultés à obtenir l'outil

- 7.2. Début de remplissage
- 7.3. Obligation d'une double saisie
- 7.4. Limites liées à l'utilisation d'un dossier papier
- 7.5. La crainte du jugement entre professionnels

8. Outil « idéal » de communication interprofessionnelle

- 8.1. Dossier papier
- 8.2. Informatisation du support
- 8.3. Comparaison à des méthodes existantes

DISCUSSION

1. La méthodologie

- 1.1. Points forts
- 1.2. Points faibles

2. Les résultats

- 2.1. Vision idéale de la coordination des soins
- 2.2. Travail en réseau
 - 2.2.1. Un manque d'intégration des généralistes au sein du réseau « Sécurité Naissance »
 - 2.2.2. Les champs de compétences des généralistes : un frein à leur participation aux RSP ?
 - 2.2.3. Les connaissances interpersonnelles comme aide au lien interprofessionnel
 - 2.2.4. Le lien interprofessionnel comme bénéfique à la prise en charge des patientes
- 2.3. Rôle central de la patiente
 - 2.3.1. Vision différente de la place de la patiente en fonction du type d'exercice professionnel
 - 2.3.2. Une grossesse à bas risque surmédicalisée
 - 2.3.3. La question de l'identité du référent
- 2.4. Difficultés rencontrées dans le suivi de la femme enceinte
 - 2.4.1. Liées au secret professionnel
 - 2.4.2. Difficultés pour chacun à trouver sa place
 - a) L'augmentation du suivi par les sages-femmes libérales faisant émerger des dissensions avec les généralistes
 - b) La prolongation de l'arrêt de travail comme limite au champ de compétence des sages-femmes
 - c) L'entretien prénatal précoce : outil essentiel pour les sages-femmes mais anecdotique par les généralistes
 - 2.4.3. Manque de coordination par manque de communication
 - 2.4.4. Manque de coordination par manque de temps
- 2.5. Moyens de communication utilisés
- 2.6. Limites de l'utilisation d'un dossier de suivi commun
 - 2.6.1. Les nombreux inconvénients au dossier de suivi papier similaires à ceux évoqués dans la littérature
 - 2.6.2. Le premier trimestre de grossesse comme obstacle au début de remplissage d'un dossier de suivi
 - 2.6.3. Le sentiment de hiérarchie comme frein à l'utilisation d'un dossier de suivi commun
- 2.7. Outil « idéal » de communication interprofessionnelle

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information à l'intention des participants

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Consentement

Annexe 4 : Verbatims via un lien internet Dropbox

Annexe 5 : Questionnaire socio-professionnel

LISTE DES ABREVIATIONS

AUDIPOG	Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DCPI	Dossier Commun Périnatal Informatique
DMP	Dossier Médical Partagé
DPP	Dossier Périnatal Partagé
EPP	Entretien Prénatal Précoce
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
MSP	Maison de Santé Pluri-professionnelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RSP	Réseau de Santé Périnatal

RESUME

INTRODUCTION : Le suivi de grossesse implique la participation de plusieurs professionnels en divers lieux. Le partage d'informations est donc essentiel pour assurer une bonne continuité des soins. Des outils de communication existent, tel le carnet de santé maternité, mais ne sont que peu utilisés.

OBJECTIF : Explorer comment les professionnels envisagent l'amélioration de la coordination des soins autour de la femme enceinte, cerner leurs difficultés, connaître leurs outils de communication et leurs opinions sur le carnet de santé maternité, avoir leur avis sur un outil de communication « idéal ».

METHODE : Etude qualitative par focus groups auprès de généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens de la circonscription facultaire d'Angers de septembre à décembre 2018. Codage en unité de sens, analyse thématique inductive du verbatim et triangulation des données.

RESULTATS : Seize professionnels ont participé, répartis en trois focus groups. Certaines informations leur paraissaient indispensables à partager notamment les conditions éventuelles de précarité afin que la grossesse de la femme se déroule au mieux. Le travail en réseau leur paraissait nécessaire pour assurer cette coordination des soins. Selon eux, la patiente avait un rôle central dans cette coordination en dehors d'une situation de vulnérabilité. La difficulté pour chacun à trouver sa place, le manque de temps et d'échanges rendaient difficile le suivi. Les moyens de communication étaient multiples, mais aucun n'était vraiment satisfaisant. L'outil « idéal » semblait être un dossier informatisé, généralisé à tous les professionnels, sans obligation de double saisie, auquel la patiente avait également accès.

DISCUSSION : Peu de pistes d'amélioration ont été apportés par les professionnels. Une nouvelle étude par méthode Delphi pour aboutir à un consensus concernant un outil « idéal » semble pertinente.

INTRODUCTION

Le suivi de la grossesse implique le plus souvent la participation de plusieurs professionnels de santé : généralistes, sages-femmes, gynécologues médicaux, gynécologues obstétricaux, en plusieurs lieux : libéral, hôpital, clinique, Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (1). Ainsi une femme enceinte peut être suivie pour sa grossesse par un autre professionnel mais avoir besoin de consulter son médecin traitant pour des pathologies intercurrentes. Cela implique donc que celui-ci ait les informations concernant son suivi pour s'occuper au mieux d'elle (2). En effet, lors d'une étude réalisée en 2012, en Maine et Loire, 42% des femmes non suivies par leur médecin traitant pour leur grossesse l'ont consulté entre 4 et 9 fois pendant cette période (2).

Aujourd'hui, la femme enceinte avec un faible niveau de risque peut choisir d'être suivie par son médecin généraliste ou une sage-femme (3). L'enquête nationale périnatale de 2016 rapportait que le suivi de grossesse durant les six premiers mois restait majoritairement réalisé par les gynécologues obstétriciens (66% versus 67% en 2010). Cependant, la proportion de femmes-enceintes suivies par une sage-femme avait très nettement augmentée en 6 ans (26% en 2016 versus 12% en 2010). Le médecin généraliste, lui aussi, prenait en charge de plus en plus de femmes enceintes : 6.5% des suivis des 6 premiers mois de grossesse en 2016 (versus 4.7% en 2010). 2.3% des femmes enceintes étaient suivies par la PMI, et 2.2% avaient un suivi réalisé par plusieurs de ces professionnels (4).

Mais, l'offre de soins est très différente d'une région à l'autre. En effet, en 2012, les Pays de la Loire présentaient les plus faibles densités de médecins spécialisés en gynécologie (24 gynécologues-obstétriciens et 16 gynécologues médicaux pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, versus respectivement 28 / 100 000 et 26 / 100 000 en France

métropolitaine) (5). Il y avait donc un gynécologue obstétricien pour 360 naissances dans notre région, versus un spécialiste pour 220 naissances au niveau national (5).

Par contre, l'offre régionale en sages-femmes (132 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans) était proche de la moyenne nationale, et celles-ci exerçaient davantage en libéral (26% d'activité libérale versus 20% au niveau national) (5). La densité des médecins généralistes, dans les Pays de la Loire, était, quant à elle, proche en 2014 de la moyenne nationale (77 médecins pour 100 000 habitants versus 82 pour 100 000 habitants au niveau national). Mais ces chiffres cachaient d'importantes disparités départementales, puisque le Maine et Loire comptait 85 médecins pour 100 000 habitants, et la Mayenne 65 pour 100 000 habitants (6).

De fait, en Pays de la Loire, les femmes doivent se tourner de plus en plus vers leur médecin généraliste ou vers une sage-femme pour le suivi de leur grossesse. Ainsi, dans le rapport de la santé périnatale de 2013, la part des médecins généralistes de la région ayant effectué au moins une consultation prénatale était de 53% versus 24% au niveau national (5).

Dans ce contexte, le partage d'informations est essentiel pour assurer une bonne continuité des soins. Plusieurs pistes ont déjà été proposées afin de faciliter la communication et améliorer le suivi des femmes enceintes. Tout d'abord, deux des vingt réformes proposées en 2003, dans la Mission Périnatalité, suggéraient de renforcer le fonctionnement en réseau autour de la femme enceinte et de mettre en place un dossier de suivi commun au sein de ce réseau (7). En effet, à cette période, les médecins généralistes, pratiquant de plus en plus de suivi de grossesse, regrettaient l'absence d'amélioration de communication entre les professionnels de santé autour de la femme enceinte (7). Des réseaux se sont donc mis en place et avaient pour but de permettre l'échange d'informations et le travail en commun des professionnels de santé (8). Mais, dans les Pays de la Loire, seul

58% des médecins généralistes suivant des grossesses connaissaient l'existence du réseau régional « Sécurité Naissance ». Parmi eux, 47% utilisaient souvent les outils proposés par ce réseau (9). La Haute Autorité de Santé (HAS) préconisait, quant à elle que le suivi de la femme enceinte soit assuré par un « groupe restreint de professionnels », et soulignait l'importance d'une bonne coordination pour éviter de multiplier les intervenants, les consultations ou les examens (3).

Par ailleurs, les instances telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la HAS préconisaient l'utilisation d'un outil de suivi commun dont la femme enceinte serait détentrice (3)(10).

En 2003 déjà, il avait été proposé, pour favoriser les échanges entre les différents intervenants, d'utiliser des outils de communication tels que le carnet de maternité ou un dossier informatique périnatal partagé (7). En 2016, la HAS, a inscrit dans ses recommandations l'informatisation du dossier médical dans ce cadre (3).

Sur le plan national, il existe un carnet de santé maternité, qui, à sa création, avait pour mission d'être un document d'information et de responsabilisation des femmes enceintes et un lien entre les professionnels de santé (11). Il est composé de 3 parties : un livret d'accompagnement de la grossesse, des fiches d'informations complémentaires et un dossier prénatal, destiné aux professionnels. Cette dernière partie peut être personnalisée par le département. Dans le Maine et Loire, le dossier prénatal utilisé est le modèle national (12).

Les femmes enceintes doivent pouvoir obtenir ce carnet avant la fin du 3ème mois de grossesse (13). Sa diffusion est organisée par le conseil départemental (13). Dans certains départements, elle se fait via un envoi automatique par voie de convention par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) (8). Dans d'autres départements, elle s'effectue ponctuellement à la demande des professionnels de

santé (8). En Maine et Loire, le carnet de santé maternité est délivré aux professionnels de santé, à leur demande, et aux futurs parents qui le souhaitent via le site : pmi.perinatalite@maine-et-loire.fr. Selon la loi française, les informations concernant les résultats des examens et les constatations faites lors des consultations doivent être obligatoirement notifiées dans ce carnet par le médecin ou la sage-femme (13). Ceci est dans le but d'éviter la redondance de certains examens et d'améliorer ainsi la coordination des soins.

Les études réalisées sur ce sujet soulignaient le manque d'utilisation du volet médical de cet outil (8). Une étude réalisée en 2006 dans l'est Parisien montrait que 95.5% des médecins généralistes qui suivaient des femmes enceintes, 93% des gynécologues-obstétriciens et 77% des sages-femmes n'utilisaient pas de manière systématique le carnet de maternité (1). En 2010, lors de l'évaluation du plan périnatalité, 42% des professionnels de santé libéraux enquêtés déclaraient ne jamais renseigner ce document (8).

Cette évaluation de 2010, montrait que le taux de distribution du carnet de maternité était significativement plus élevé dans les Pays de la Loire qu'au niveau national (80% versus 59%) (5), sans que cela soit corrélé à une utilisation plus importante par les professionnels de santé concernés (5).

En effet, dans une étude réalisée en 2016 dans les Pays de la Loire, 51% des médecins généralistes ont déjà utilisé le carnet, (27% d'entre eux l'utilisaient de manière systématique, 29% souvent et 45% parfois), 26% le connaissaient mais ne l'avaient jamais utilisé, et 23% ne le connaissaient pas (9).

Concernant la coordination du suivi de la grossesse, aucune étude confrontant directement les points de vue des différents professionnels de santé concernés n'avait encore été réalisée dans la circonscription facultaire d'Angers, ni au niveau national. Pourtant, le partage d'informations entre les différents intervenants autour de la femme enceinte paraît

primordial pour améliorer le suivi de grossesse des femmes (11). De plus, l'utilisation d'un outil commun de communication, pourrait entraîner dans l'avenir une réflexion sur le développement d'un dossier commun informatisé (8).

C'est pourquoi, il paraissait intéressant d'interroger les professionnels de santé sur la coordination des soins chez la femme enceinte. Comment l'organisent-ils ? Quel(s) outil(s) utilisent-ils ? Le carnet de maternité constitue-t-il une aide ? Par quels moyens pensent-ils pouvoir améliorer cette coordination des soins ? Tout cela ayant pour but d'améliorer la continuité des soins durant la grossesse, tout en laissant la femme enceinte au centre de cette prise en charge.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer comment les professionnels de santé envisagent l'amélioration de la coordination des soins autour de la femme enceinte.

Les objectifs secondaires étaient de cerner les difficultés rencontrées par les professionnels dans le cadre de la coordination des soins autour des femmes enceintes, de déterminer les méthodes de communication utilisées par les différents professionnels de santé, et notamment leurs opinions sur le carnet de maternité actuel, et d'avoir leur avis sur un outil de communication interprofessionnelle « idéal » pour améliorer la coordination des soins dans le suivi des femmes enceintes.

MÉTHODES

1. Intérêts de la méthodologie choisie

La méthodologie choisie était une étude qualitative par focus groups interprofessionnels, regroupant des médecins généralistes, des sages-femmes et des gynécologues sur la question de la coordination des soins dans le suivi de la grossesse.

La méthode d'entretien semi structuré en groupe a été choisie car elle permettait, par le biais de l'interaction entre les différents participants, de faire émerger des données relatives à la question de recherche. Ainsi, les entretiens de groupes permettent le recueil de nombreuses informations, à la phase exploratoire d'un sujet peu connu.

2. Recrutement et échantillonnage

Pour rechercher une saturation théorique des données, la réalisation de 3 focus groups était nécessaire. Chacun d'entre eux regroupait 5 à 6 soignants et était organisé de façon interprofessionnelle.

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste, sage-femme ou gynécologue (médical ou obstétrical) diplômé, exercer dans l'un des trois départements de la circonscription facultaire d'Angers et accepter les conditions des entretiens de groupe. De plus, les médecins généralistes devaient pratiquer régulièrement des suivis de grossesse, afin d'être concernés par le sujet.

Les critères de non inclusion étaient le refus ou l'impossibilité de participer aux focus groups.

Les critères d'exclusion étaient : être un professionnel effectuant uniquement des échographies obstétricales, ou pratiquant une médecine à mode d'exercice particulier.

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait par voie électronique : une lettre d'information (annexe 1) a été adressée aux généralistes maitres de stage universitaires de la faculté de médecine d'Angers. Concernant le recrutement des sages-femmes, un mail contenant cette même lettre d'information a été adressé aux sages-femmes libérales via l'annuaire des sages-femmes libérales obtenu sur le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, ainsi qu'aux sages-femmes travaillant en structure : PMI, hôpitaux et cliniques du département. Pour le recrutement des gynécologues, ce même mail a été envoyé aux praticiens dont les adresses électroniques ont pu être recueillies ainsi qu'aux établissements ayant une maternité.

3. Elaboration du guide d'entretien

Un guide d'entretien (annexe 2) a servi de support à l'animateur en charge du focus group. Il a été réalisé en fonction des données de la littérature et des hypothèses formulées, et n'a pas été modifié entre chaque focus group.

4. Réalisation des focus groups

Chaque focus group a duré environ 1 heure [45 min - 1h22]. Au début de chaque entretien de groupe, l'animateur délivrait à nouveau une information sur les objectifs de l'étude. Le consentement écrit des participants était alors recueilli (annexe 3).

Le premier focus group a eu lieu le 19 septembre 2018, et a duré 1h22. Le deuxième entretien de groupe a eu lieu le 6 novembre 2018 et a duré 53 minutes. Le dernier groupe s'est déroulé le 13 décembre 2018 durant 45 minutes. Ils se sont déroulés à la Faculté de Médecine d'Angers.

Chaque entretien était animé par un modérateur différent, ayant reçu en amont le guide d'entretien, pour pouvoir se l'approprier.

La totalité des entretiens de groupes a été enregistrée à l'aide de deux smartphones puis retranscrite mot à mot après chaque entretien sous logiciel traitement de texte type Word®. L'ensemble de ses données constituait le verbatim (annexe 4). Toutes les données recueillies ont été anonymisées de la façon suivante : chaque participant avait une lettre correspondant à sa profession (MG pour généraliste, SF pour sage-femme, GO pour gynécologue obstétricien, GM pour gynécologue médical), et un chiffre de 1 à n. Ce numéro permettait de l'identifier lors de l'enregistrement. Chaque participant remplissait de façon anonyme un questionnaire permettant de recueillir les informations socioprofessionnelles (annexe 5).

Chaque participant a reçu par mail la totalité du verbatim et a eu la possibilité de revenir sur ses propos. L'un d'entre eux l'a fait, pour préciser l'un de ses propos.

Les données du verbatim ont été codées en unité de sens et analysées de manière inductive au fur et à mesure des entretiens, à l'aide d'un tableur Excel®. Une double lecture des entretiens et du codage a permis une triangulation des données dans le but d'augmenter la validité interne de l'étude.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

Dix-huit professionnels de santé ont été inclus dans l'étude : sept médecins généralistes, six sages-femmes et cinq gynécologues obstétriciens. Ils ont été répartis en trois focus group.

Le premier focus group comportait six participants : trois médecins généralistes, deux sages-femmes et une gynécologue obstétricien. L'âge moyen était de 42.8 ans [32 - 57 ans].

Le deuxième entretien de groupe comportait cinq participants : un médecin généraliste, deux sages-femmes et deux gynécologues, le sixième participant ayant eu un empêchement de dernière minute. L'âge moyen était de 46.6 ans [32 - 74 ans].

Le dernier groupe était composé de trois médecins généralistes, et deux sages-femmes, le gynécologue-obstétricien ayant eu un empêchement de dernière minute. L'âge moyen était de 37.6 ans [23 - 63 ans].

Les caractéristiques socio-professionnelles des participants sont regroupées dans le tableau 1.

Focus group	N° Anonymat	Age	Sexe	Exercice	Ancienneté installation	Formation initiale	Formation continue
1	MG1	32 ans	F	Libéral Maison de santé pluridisciplinaire et PMI Semi Rural	2018	Angers	Oui, pluridisciplinaire
	MG2	41 ans	H	Libéral Cabinet mono professionnel Semi Rural	Août 2008	Angers	Oui, pluridisciplinaire
	MG3	45 ans	F	Libéral Cabinet multi professionnel Urbain	Octobre 2003	Angers	Oui, pluridisciplinaire
	SF1	57 ans	F	Libéral Seul Rural	2015	Région Parisienne	Oui, monodisciplinaire
	SF2	48 ans	F	Libéral Seul Urbain	Janvier 2001	Poitiers	Oui, monodisciplinaire
	GO1	34 ans	F	Hôpital Périphérique	Novembre 2015	Angers	Oui, mono et pluridisciplinaire
2	MG4	49 ans	F	PMI	Thèse en 1998	Tours	Oui, non précisé
	SF3	34 ans	F	Hôpital Périphérique	2008	Angers	Oui, pluridisciplinaire
	SF4	32 ans	F	Libéral Cabinet multi professionnel Urbain	2013	Angers	Oui, pluridisciplinaire
	GO2	44 ans	H	Hôpital Périphérique	Non précisé	Abidjan	Oui, pluridisciplinaire
	GO3	74 ans	H	CHU	1974	Toulouse	Oui, mono et pluridisciplinaire
3	MG5	33 ans	F	Libéral Cabinet mono professionnel Urbain	01/10/2015	Angers	Oui, non précisé
	MG6	63 ans	H	Libéral Cabinet mono Professionnel Rural	01/04/1983	Créteil	Oui, monodisciplinaire
	MG7	28 ans	F	Libéral Remplaçante	Remplaçante	Angers	Non précisé
	SF5	23 ans	F	Hôpital Périphérique	Non précisé	Reims	Non précisé
	SF6	41 ans	F	Libéral Seul Rural	2005	Bordeaux	Oui, pluridisciplinaire

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des participants

2. Vision idéale de la coordination des soins

2.1. Partage des informations

La majorité des professionnels soulignait que le partage d'informations concernant la femme enceinte permettait d'améliorer la coordination des soins :

SF6 : « Ça pourrait être intéressant qu'on puisse tous, on pourrait tous partager nos notes en fait. »

Pour une gynécologue hospitalière, utiliser un support commun de suivi pourrait permettre d'améliorer le suivi de la femme enceinte :

GO1 : « Je suis absolument pour le partage de dossier parce que je trouve que c'est un très bon moyen de suivi »

Tandis que pour un généraliste libéral, le plus important n'était pas l'outil utilisé mais le fait de pouvoir transmettre des informations :

MG3 : « C'est pour ça quand je disais, rien que l'idée d'un partage de dossier rose, de dossier de conseil général on s'en fout au final, mais c'est parce que moi ça me choque pas de partager mes informations »

L'utilisation d'un dossier commun permettait aussi de transmettre les données de suivi à la patiente, mais également à un intervenant ponctuel :

MG3 : « Ça me permet aussi de la transmettre à la patiente et par exemple pendant les vacances ou si elle a besoin de voir un autre médecin, [...] et bien tout est annoté dans le dossier »

Les autres intérêts évoqués étaient d'éviter la redondance des examens prescrits, et d'avoir des données médicales que la patiente pouvait avoir des difficultés à rapporter :

GO1 : « Ça permet d'éviter de faire des doublons d'examens, genre les sérologies VIH, [...] sur les patientes qui ont eu des infections chroniques, des infections urinaires, des mycoses, tout ça, ça permet aussi de savoir quel traitement elles ont eu, parce que la boîte blanche et bleue... »

Une sage-femme libérale jugeait, quant à elle, inutile de partager certaines données sans intérêt pour le professionnel recevant ces informations :

SF1 : « Avoir un dossier avec toutes les pages, consultation du 4ème mois, du 3ème, du 5ème mois, où on va mettre petit à petit MAF négatif, MAF positif, positif, positif, positif, ça n'a pas d'intérêt »

2.2. Éléments indispensables au suivi

Les professionnels, hospitaliers comme libéraux, notaient l'existence de données communes à tout suivi de grossesse :

GO3 : « Les items sont obligatoirement toujours un peu les mêmes, bien sûr. Y'a des items incontournables »

MG4 : « Tout le bilan de déclaration de grossesse, [...] ses antécédents, et puis après chaque consultation, hauteur utérine, tension, poids, enfin tout tout... »

Un intervenant évoquait le fait que chaque professionnel restait juge des informations lui paraissant utiles et pertinentes à transmettre :

GO1 : « Chacun met les renseignements dont il a besoin et qui soient intéressants éventuellement pour les transmissions »

La précarité, notamment, était considérée par l'ensemble des participants comme une information importante à noter dans un dossier de suivi commun :

GO1 : « Si c'est une patiente précaire, c'est vrai que c'est bien de le marquer [...] ça c'est un détail intéressant »

L'utilisation d'un dossier préétabli permettait d'avoir une trame, pouvant constituer une aide pour ne pas oublier des données importantes dans le suivi de la femme enceinte :

SF2 : « Le fait d'avoir déjà une trame, effectivement je pense que c'est intéressant »

MG4 : « Un tableau qui reprend tous ses items moi ça m'aide même dans ma pratique finalement à chaque consultation de penser à tout. »

3. Travail en réseau

3.1. Constitution des réseaux personnels

Pour l'ensemble des participants, la constitution de leur réseau se faisait au fur et à mesure de l'exercice professionnel :

MG4 : « Ça se fait petit à petit ça »

Les rencontres interprofessionnelles, notamment par le biais de formation ou réunions, constituaient une aide à la création d'un réseau personnel :

MG4 : « C'est les rencontres [...], les formations où je vais, les interventions des uns et des autres, je me dis tiens, ça pourrait être un interlocuteur. »

La proximité géographique était également rapportée comme un élément important à la création de son réseau :

GO1 : « Quand on ne se connaît pas à la base, la proximité géographique aide quand même. »

3.2. Réseau Sécurité Naissance

Pour l'une des sages-femmes hospitalières, le Réseau « Sécurité Naissance » des Pays de la Loire, grâce à des réunions mensuelles permettait un échange direct entre les différents professionnels :

SF3 : « Après les rencontres mensuelles sont quand même les meilleures pour pouvoir échanger librement »

A contrario, une généraliste déplorait le manque d'informations des médecins généralistes sur les formations en gynécologie obstétrique proposées par ce réseau :

MG4 : « Moi je fais partie d'un groupe de médecins généralistes qui font beaucoup de gynéco, [...] mais ils sont pas forcément non plus toujours informés des formations du réseau par exemple. Y'a certainement des améliorations à apporter de ce côté-là, d'intégrer plus les généralistes. »

Une sage-femme évoquait l'hypothèse que les médecins généralistes ne participaient pas aux formations par manque d'intérêt :

SF4 : « Moi dans les réunions comme ça, [...] je ne suis pas persuadée d'avoir vu des généralistes. Peut-être parce que ça ne les intéresse pas forcément aussi. Enfin généraliste c'est comme généraliste quoi, y'a pas que l'obstétrique »

Mais, une autre sage-femme confirmait que le généraliste était un peu mis à l'écart des réunions de ce réseau régional :

SF3 : « Le généraliste c'est un peu à part. On en parle au niveau du réseau, mais c'est sûr qu'ils ne sont pas aussi intégrés j'imagine dans les discussions... »

3.3. Lien interprofessionnel

Des professionnels libéraux rapportaient de manière récurrente que le fait de se connaître constituait une aide pour la coordination des soins :

MG2 : « Dans la coordination des soins c'est pas tellement le fait d'être dans le même bâtiment qui compte c'est le fait de se connaître. »

MG3 : « Mais on fonctionne déjà pas mal ensemble, parce qu'on se connaît aussi »

Plusieurs intervenants considéraient que les échanges interprofessionnels apportaient un bénéfice à la prise en charge de la patiente :

MG3 : « SF2 suit aussi des femmes enceintes, alors que moi je ne les connais pas, une ou deux fois ça lui est arrivé de m'appeler en disant je suis devant telle problématique, qu'est-ce que toi tu ferais quoi »

Une jeune médecin généraliste trouvait qu'au contraire, se connaître n'améliorait pas forcément la coordination des soins :

MG7 : « Je ne suis pas sûre que le fait de connaître les gens facilite la coordination. »

Par ailleurs, certains professionnels libéraux rapportaient une communication plus facile avec les maternités de petite taille :

SF2 : « La communication hôpital-ville c'est plus facile dans des petites structures comme Château Gontier, comme Saumur que ici avec le CHU. Le CHU c'est une grosse institution et je pense que c'est plus compliqué. »

Un médecin généraliste libéral soulignait qu'effectivement, le mode de fonctionnement des grosses structures rendait plus difficile la création de liens interprofessionnels :

MG3 : « Même si on en connaît quelques-uns, c'est pas celui qui est là quand t'as parlé, qu'a pas fait le truc, qui part parce qu'il sort de sa garde et machin »

3.4. Coordination avec certains spécialistes

La majorité des professionnels rapportaient que la coordination avec certains types de spécialistes était plus facile.

Tout d'abord, il était noté, de bons retours par courriers avec les endocrinologues, dans la prise en charge des diabètes gestationnels :

SF6 : « Les endocrinologues moi me font souvent des retours papier, [...] les patients qui ont des diabètes gestationnels [...] alors les endocrino en ville, et même au CHU, on a des courriers.»

Les professionnels rapportaient également un bon retour des résultats d'examens biologiques :

MG6 : « On a les résultats de labo évidemment qu'on a demandé, parfois même quand c'est demandé par les sage femmes le labo envoie au médecin traitant »

Concernant la réception des comptes rendus des échographies, les avis divergeaient :

MG6 : « On peut rendre la justice aux obstétricaux échographistes qui envoient très volontiers leur compte rendu, il le laisse aux patientes et nous on les reçoit. De ce côté-là c'est, la coordination est parfaitement claire »

MG7 : « Par exemple une fois qu'elles ont fait leur échographies, y'a pas de courriers, y'a rien qui nous revient pour me dire ce qu'il se passe finalement »

Les professionnels libéraux disaient rencontrer des difficultés dans la prescription du dépistage de la trisomie 21, ses modalités étant dépendantes du lieu de l'échographie :

MG1 : « C'est la problématique de travailler en ville c'est de se dire, alors vous vous allez vous faire prélever là, alors là c'est tel papier à remplir, l'échographe lui il fait ça donc j'ai pas besoin de faire ça, alors lui si j'ai besoin. Y'a toute une gymnastique »

SF6 : « Au CHU je pense qu'ils gèrent tout oui. Après si c'est en ville non, il faut quand même qu'il y ait une ordonnance et un consentement »

Une sage-femme rapportait également l'absence de retour des résultats de ce dépistage :

SF6 : « Si moi pour le coup je suis ... bah j'ai pas l'info, je l'ai parce que la dame l'a ...»

3.5. Différents niveaux de recours aux professionnels

Le médecin généraliste constituait fréquemment le professionnel de premier recours lorsqu'une patiente découvrait sa grossesse :

MG5 : « Le premier réflexe c'est le médecin généraliste »

Pour les praticiens libéraux (sages-femmes et médecins généralistes), la confiance envers leurs confrères spécialistes de deuxième recours était notée comme un élément important pour adresser un patient :

SF4 : « De pouvoir avoir confiance, de pouvoir se dire bon allez on y va. »

Ainsi, une généraliste rapportait qu'elle orientait ses patientes via une liste de professionnels en fonction de ses expériences professionnelles :

MG3 : « Je leur fais une liste. [...] Moi j'utilise pas trop le CHU entre guillemets pour le suivi des échographies parce que ça m'est arrivé au moins 2 ou 3 fois que la sage-femme qui fait

l'échographie elle était en formation et elle ne faisait pas encore partie du réseau donc en fait on ne pouvait pas faire la prise de sang au premier trimestre. »

Un des omnipraticiens soulignait l'importance de connaître les spécificités des autres professionnels pour permettre d'adresser les patientes en fonction de leurs besoins :

MG3 : « Y'a certaines sages-femmes qui ont fait le DU de toxico, enfin de tabaco, justement pour le sevrage avec le tabac. Y'en a qui font de l'acupuncture, y'en a qui font plein d'autres choses à côté, y'en a qui font de l'haptonomie et d'autres pas du tout »

De même, une gynécologue hospitalière notait l'importance d'orienter les femmes enceintes vers une maternité de niveau adapté, pour désengorger les maternités de niveau 3 :

GO1 : « C'est [au] médecin qui voit les patientes en début de grossesse de peut-être les orienter sur les grossesses à bas risque sur les établissements à bas risque. Une patiente qui n'a rien, n'a pas à aller accoucher au CHU. »

Mais un généraliste rapportait que la proximité géographique primait, même si accoucher dans une maternité de niveau 3 n'était pas indispensable pour une femme avec une grossesse à bas risque :

MG2 : « Y'a quand même un critère de proximité, [...] c'est-à-dire que des fois tu n'as pas forcément besoin d'un niveau 3 mais le plus près de chez toi c'est le niveau 3. »

3.6. Homogénéisation des pratiques

Le Réseau « Sécurité Naissance » était évoqué par plusieurs praticiens hospitaliers, comme étant un facteur d'homogénéisation des pratiques :

SF3 : « Mais les commissions ça sert vraiment à [...] homogénéiser en fait, à rapprocher les gens et puis est ce qu'on utilise à peu près tous les mêmes supports »

GO3 : « C'est un peu un facteur d'homogénéisation entre les différentes équipes »

Un généraliste libéral et une sage-femme hospitalière soulignaient que les recommandations HAS permettaient également d'uniformiser les pratiques :

SF5 : « Y'a les recommandations de l'HAS pour ça sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes, qui reprend vraiment une trame avec un tableau validé, à chaque mois on doit faire ça. En fait entre professionnel je trouve que ça permet la coordination des pratiques. »

MG5 : « C'est une trame commune, parce que le suivi de grossesse il est assez codifié »

Mais ce médecin faisait remarquer les risques à cette standardisation de l'accompagnement des femmes enceintes :

MG5 : « A tout standardiser on en perd des fois tout ce qui est autre quoi, qui ne rentre pas dans une case. »

4. Rôle central de la femme enceinte dans cette situation physiologique

4.1. Patiente au centre de la prise en charge

Les professionnels libéraux rapportaient que la patiente devait rester au centre de la prise en charge et que celle-ci devait être globale :

MG3 : « Moi c'est toujours pour le bien de ma patiente. »

SF1 : « La patiente c'est la patiente, et c'est elle qu'on doit voir en globalité »

Les sages-femmes considéraient l'entretien du 4^{ème} mois comme une consultation clé centrée sur la femme enceinte :

SF3 : « Ce qu'elle nous dira, c'est elle qui décide, normalement sur l'entretien du 4ème mois, c'est vraiment elle qui a la main là-dessus »

4.2. Patiente coordinatrice de son suivi

Une sage-femme libérale soulignait que la patiente savait bien jouer le rôle de coordinatrice de ses soins dans le suivi de sa grossesse :

SF1 : « En général moi je dis à ma patiente, bah vous savez très bien parler de votre grossesse. [...] J'estime qu'elles sont suffisamment grandes pour relater leur grossesse »

Cette même professionnelle mentionnait l'intérêt de prendre le temps de responsabiliser la patiente sur son suivi et son rôle de coordinatrice de ses soins :

SF1 : « Les consultations durent longtemps donc on a le temps de la rendre responsable et c'est elle qui a le premier rôle »

Pour plusieurs généralistes, la confiance envers la patiente était citée comme indispensable pour la rendre coordinatrice de son suivi :

MG6 : « Si on peut faire confiance à la patiente, y'a aucun problème »

MG4 : « Et je leur fais confiance pour me ramener à chaque consultation cette feuille que je continue à remplir »

Mais, certains praticiens émettaient des réserves sur cette responsabilisation de la patiente :

MG7 : « Faut que la patiente comprenne tout ce qu'on lui dit, qu'elle enregistre tout ce qu'on lui dit »

SF6 : « C'est toujours par l'intermédiaire de la dame alors c'est quand même vraiment très moyen »

Deux professionnels soulignaient que la personnalité de la patiente influençait ce rôle :

SF1 : « J'ai peut-être des patientes bien gentilles, mais elles sont très contentes de se faire un joli petit dossier, et mettre tout dedans »

MG2 : « Bah moi elles viennent me voir comme quand ils ont un rhume quoi, les mains dans les poches »

Une sage-femme hospitalière considérait, quant à elle, qu'il était nécessaire d'avoir des professionnels comme référent du suivi d'une patiente :

SF3 : « Je pense que mettre des référents déjà c'est un plus. [...] Plusieurs personnes si jamais une des personnes n'est pas présente à ce moment-là, mais au moins d'avoir des personnes supports qui maîtrisent le dossier »

Plusieurs généralistes s'accordaient sur l'importance de respecter le choix du mode de suivi de la patiente :

MG6 : « Il faut respecter le choix des patientes »

MG1 : « Ça permet aussi de maintenir le choix de la patiente qui a voulu vraiment se faire suivre par une sage-femme »

4.3. Médicalisation d'une situation physiologique

Une sage-femme libérale rapportait un paradoxe dans le terme de « dossier médical » pour le suivi d'une situation physiologique qu'est la grossesse :

SF1 : « C'est en terme de terme finalement, [...] je suis sortie de l'hôpital pour faire du physiologique, [...] j'ai une autre relation avec un dossier médical. Un dossier médical de grossesse, tout de suite, wouahh. »

Plusieurs praticiens de premier recours mentionnaient la lourdeur du suivi pour les femmes enceintes durant leur grossesse :

SF1 : « Y'a quand même une multitude d'intervenants, et c'est pas toujours simple »

MG3 : « Je leur dis, ah vous allez avoir un emploi du temps de ministre vous. Parce que normalement tout va aller bien, c'est l'objectif, mais par contre vous aurez plein de choses à faire quand même »

Cette même généraliste indiquait même utiliser des fiches pour aider ses patientes :

MG3 : « J'ai créé une feuille où je leur ai dit les choses qu'elles auront à faire au fur et à mesure de la grossesse »

4.4. La précarité comme limite à ce rôle

Certains professionnels exprimaient que la précarité entraînait des difficultés dans ce rôle de coordination qui pouvait être dévolu à la patiente :

MG7 : « C'est des patientes qui parlent pas très bien français, donc qui n'étaient pas forcément en mesure de me dire ce qui se passait sur les échographies. »

MG1 : « Peut-être qu'on mâche un peu plus le travail encore, on va leur dire : je vous conseille de faire un petit dossier avec des élastiques, pour pas perdre des choses, voilà c'est aussi peut être des femmes un peu plus jeunes, et encore je sais pas »

Dans ces conditions, le rôle central de la femme enceinte dans sa prise en charge pouvait être difficile, notamment pour les prises de rendez-vous :

MG7 : « J'ai eu pas mal de patientes étrangères, qui voulaient se faire suivre après au CHU en tout cas pour le suivi échographique. Donc c'est moi qui prenait les rendez-vous directement au CHU »

5. Difficultés rencontrées dans le suivi de la femme enceinte

5.1. Manque de coordination des soins

La majorité des praticiens soulignaient le manque de centralisation des informations concernant la santé des femmes enceintes :

MG6 : « Les informations sont parcellaires, c'est dispatché, y'a pas de centralisation, c'est exactement le problème »

Une sage-femme libérale évoquait le manque de temps pour réaliser une bonne coordination des soins entre les différents professionnels :

SF4 : « Je pense qu'il y a un manque de temps certain et qu'on a un travail très important et je pense que, enfin c'est quand même très compliqué, et c'est du plus donc... »

Un gynécologue hospitalier notait la difficulté d'organiser des temps de travail en commun avec les libéraux :

GO2 : « Les médecins sont hyper occupés, on n'arrive pas à caser des créneaux où discuter. Les quelques rares fois qu'on a des rencontres [...] souvent c'est le soir, ça finit tard, tout le monde est pressé de rentrer »

5.2. Manque de communication

Les généralistes et les sages-femmes libéraux déploraient le manque de lien et de communication entre les professionnels de santé autour de la femme enceinte :

MG6 : « Si y'a un suivi qui n'est pas par nous, y'a pas de communication avec le maïeuticien, la maïeuticienne »

SF1 : « J'ai pas tellement de relation avec les médecins généralistes de mon bourg. »

Une sage-femme hospitalière déplorait le manque d'informations lorsque la patiente consultait en urgence à la maternité ... :

SF5 : « Quand elles arrivent comme ça, même de chez elles, sans vous avoir consulté avant, elles arrivent, nous on a rien. »

... mais aussi l'absence de retour d'informations vers le professionnel effectuant le suivi :

SF5 : « Mais la consultation en urgence lors de la grossesse [...] y'a pas de retour, c'est vrai vers la personne qui a suivie. »

Un généraliste déclarait, quant à lui, recevoir les informations lors d'une urgence, mais pas lors des consultations de suivi :

MG5 : « Si c'est le passage aux urgences, aux urgences gynécologiques y'a toujours un courrier automatique qui arrive. Après les consultations autres... »

Un autre généraliste déplorait l'absence d'informations quand les femmes venaient le consulter, lorsqu'il n'était pas le professionnel qui les suivait pour leur grossesse :

MG6 : « Bon elles viennent me voir [...] mais moi je suis tout nu, elle fait une cystite, la sage-femme elle est en week-end, est ce qu'elle a pas déjà eu quelque chose et tout, je n'ai rien. C'est peut-être pas très grave mais c'est quand même très embêtant. »

De plus, les professionnels libéraux soulignaient que le retard de réception des courriers était une difficulté dans le suivi de la femme enceinte, par manque d'informations :

SF2 : « Moi ça m'est déjà arrivé de recevoir des courriers, la patiente, elle avait accouché, donc elle avait été hospitalisée à 6 mois. Heureusement je savais qu'elle allait bien. »

L'utilisation d'une messagerie sécurisée était mentionnée, comme outil pour un envoi plus rapide des courriers :

GO2 : « A la sortie elle a le compte rendu en main propre, le double est envoyé à son médecin traitant, directement par APICRYPT® si la personne est répertoriée »

Mais certains professionnels émettaient un doute sur la généralisation de cette messagerie à tous les professionnels :

SF4 : « Les médecins généralistes je pense qu'il y a maintenant une majorité qui s'y sont mis. [...] Je ne suis pas certaine que toutes les sages-femmes libérales aient APICRYPT® »

L'ensemble des professionnels déploraient le manque de compatibilité des outils de communication :

SF3 : « Faut utiliser la même, parce que si l'hôpital émetteur utilise APICRYPT® ça ne pourra pas coïncider avec celle qu'utilise le libéral »

GO2 : « Y'a même pas d'interface de communication. »

5.3. Difficulté d'identification de l'interlocuteur avec la PMI

Comme évoqué précédemment, l'identification de l'interlocuteur avec qui échanger était plus difficile dans les grosses structures. Elle l'était également avec la PMI :

SF3 : « Quand on s'adresse aux gens de la PMI pour des femmes enceintes, on se dit sur qui je vais tomber, sur la puer, sur la sage-femme... »

Mais, lorsqu'il existait des difficultés liées à la précarité, la coordination avec la PMI se faisait de manière efficace :

SF3 : « Dans les situations un peu difficiles, ou sociale, des situations précaires un peu difficiles, on a des relations assez soutenues avec la PMI »

SF6 : « Moi j'ai pas mal d'échange [...] avec la PMI, quand même quand y'a des personnes en difficulté, y'a du travail de fait autour de ça, mais par contre on n'est plus du point de vue médical. »

5.4. Limites liées au secret professionnel

Certains professionnels soulignaient que le secret professionnel pouvait être une limite à la communication d'informations :

MG4 : « C'est le problème de la coordination des soins aussi, ça c'est sûr. C'est un élément important, c'est-à-dire qu'est-ce qu'on transmet. »

Un des gynécologues hospitaliers citait notamment les informations issues de l'entretien du 4ème mois ou entretien prénatal précoce (EPP) :

GO2 : « Après cet entretien elles (NDRL : les sages-femmes réalisant des EPP) détiennent des informations dont elles ne savent pas très bien quoi en faire, où s'arrêtent les

prérogatives de la patiente, [...] où commence la violation du secret médical en termes de communication »

En effet, une sage-femme hospitalière soulignait la complexité liée au fait que la patiente décidait des informations issues de cet entretien qu'elle souhaitait être transmises :

SF3 : « C'est quelque chose qui est un peu pervers parfois, que la patiente peut confier des choses, mais ne pas souhaiter que ça soit noté [...] c'est assez bancal, parce que du coup la limite médico-légal, qu'est ce qui est important vraiment à noter pour la prise en charge, et en même temps elle ne m'autorise pas à en faire part aux autres. »

Un généraliste signalait que certaines informations n'étaient pas notables dans un dossier, mais restaient nécessaires à communiquer :

MG6 : « Y'a des choses qu'on n'a pas forcément ... des partenaires multiples ou des choses comme ça. On peut en signaler au collègue qui suit mais est ce qu'on a besoin de le rappeler pour la dame. Mais bon y'a des fois on est obligé de le dire quand même, j'estime entre confrères, on est obligé de signaler ce genre de choses. »

Alors que la plupart des praticiens considéraient le respect du souhait de la patiente comme indispensable ... :

SF3 : « Mais si ça bloque si la patiente ne veut pas, on en reste là. [...] On ne peut pas la forcer »

... pour certains professionnels, il devrait pouvoir être possible de communiquer ses informations sans que la patiente y ait accès :

SF6 : « Et peut être un peu d'ordre plutôt, pas secret mais je veux dire avec moyen de pouvoir échanger des choses que la patiente ne peut pas voir. »

Un généraliste soulignait la nécessité d'expliquer à la patiente l'importance de la transmission de ces informations :

MG5 : « Et je trouve que finalement en le disant et en expliquant, quand c'est vrai et juste, les gens ils acceptent un certain nombre de choses. »

5.5. Difficultés pour chaque professionnel à trouver sa place

Les professionnels avaient rapporté des modifications dans les pratiques du suivi de la femme enceinte, cela entraînant des difficultés pour chaque professionnel à trouver sa place. L'augmentation du nombre de sages-femmes diplômées avait entraîné une augmentation du taux de suivi de grossesse par ces professionnels :

SF5 : « Il se trouve qu'il y en a plus et c'est vrai on a en tant que sage-femme on a gagné du terrain, et donc on fait de plus en plus de suivi de grossesse »

Un généraliste notait que ces changements impliquaient pour lui une diminution de sa pratique de suivi de femme enceinte :

MG6 : « On en voit de moins en moins »

Mais, les discussions entre les intervenants de professions différentes faisaient émerger le manque de connaissances des pratiques des autres professionnels, notamment des croyances sur le taux de suivi de grossesse :

MG6 : « Les sages-femmes sont sûrement plus au courant que nous, parce qu'elle voit plus de grossesse.. »

SF6 : « Moi j'en fais vraiment pas énormément. J'en ai peut-être allez 5 en permanence [...] donc c'est rien en fait. »

Un généraliste signalait le rôle de plus en plus important de la sage-femme libérale dans la coordination des soins tout en déplorant que ce rôle ne reste pas spécifique au médecin généraliste :

MG6 : « La sage-femme elle commence à avoir un rôle central dans pas mal d'endroits. [...] C'est embêtant parce que le rôle de coordinateur du médecin traitant vis-à-vis des différents intervenants [...] disparaît, et la sage-femme c'est pas son rôle d'être coordinatrice »

De plus, certains intervenants exprimaient une certaine dissension entre les professionnels de même profil :

SF1 : « J'ai du mal à envisager côte à côte le généraliste, la sage-femme qui finalement vont avoir les mêmes patientes pour ce qui concerne la grossesse. »

GO2 : « Ceux qui font la gynécologie, ceux qui sont les généralistes avec le DIU, en fait finalement ils se retrouvent sur le même profil de postes, donc du coup ça développe des antagonismes, des animosités, parfois »

Mais, les professionnels rapportaient également des difficultés liées à la différence de leurs champs de compétence respectifs. La prescription d'une prolongation d'arrêt de travail était citée comme exemple. En effet, une sage-femme n'ayant pas la possibilité de prescrire plus de 15 jours d'arrêt de travail, la femme enceinte se voyait dans l'obligation de se tourner vers un médecin (généraliste, la plupart du temps) pour réaliser la prolongation de celui-ci :

SF4 : « Une femme effectivement que je suis [...] elle a appelé le CHU qui lui a dit, bah non, là on ne va pas vous arrêter, faut que vous appeliez un médecin généraliste. Finalement elle

a trouvé un médecin généraliste qui a bien voulu la recevoir, mais moi j'étais arrivée au bout de mes 15 jours. »

Cette problématique était aussi présente lorsque le professionnel qui s'occupait du suivi de la femme enceinte ne pouvait pas recevoir facilement en dehors des consultations mensuelles de suivi :

MG4 : « Si elles ont un souci entre mes deux consultations, souvent [...] c'est le médecin généraliste qui les arrête. [...] Pour lui c'est peut-être pas très confort d'avoir vu juste pour faire un arrêt de travail cette patiente que je suis. »

Ces professionnels se heurtaient alors au refus du médecin généraliste de recevoir la patiente uniquement pour ce motif :

SF4 : « Souvent, les médecins ne veulent pas recevoir juste pour ça, ce qui est tout à fait logique. »

Concernant le suivi des grossesses pathologiques, une sage-femme libérale faisait remarquer que le manque de spécialistes en gynécologie obstétrique entraînait un glissement du suivi vers les médecins généralistes et sages-femmes, en dehors de leurs champs de compétence :

SF6 : « Y'a plein de femmes qui ne trouvent pas de gynéco donc en fait bah voilà, je fais des choses un peu limites, à la fois ça reste toujours maîtrisé, c'est-à-dire que ça va être en doublon avec le médecin généraliste, enfin je vais me débrouiller mais c'est vrai que c'est pas vraiment dans les clous.»

Cette même participante soulignait que ce phénomène obligeait parfois certains professionnels à adresser leurs patientes aux urgences pour obtenir un suivi spécialisé :

SF6 : « J'ai eu une patiente [...] y'avait quand même besoin d'une prise en charge vraiment médicale, médecin ou gynéco, et en fait on n'a pas trouvé de gynéco qui voulait bien la prendre et le médecin généraliste même lui il avait besoin d'un avis plus poussé, on a fini aux urgences. »

6. Moyens de communication utilisés

6.1. Dossier Audipog

Un type de dossier était cité par certains gynécologues, le dossier AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie), sans que celui-ci ne soit, selon eux, un bon outil de suivi de la femme enceinte :

GO2 : « Le dossier AUDIPOG lui aussi, il est tellement lourd, sa gestion est très compliquée. Donc remplir, ouvrir le dossier AUDIPOG la première fois c'est très fastidieux »

GO3 : « Des gens ont utilisé ce dossier comme un dossier clinique, ce qui n'est pas fait pour. Alors y'avait une petite partie en clair qui pouvait servir de dossier clinique, mais le reste était parfaitement rébarbatif quand on en avait pas l'habitude »

6.2. Dossier hospitalier

Certains professionnels libéraux utilisaient comme outil de communication le dossier de la maternité où souhaitait accoucher la femme enceinte qu'ils suivaient :

MG3 : « J'ai essayé de mettre en place un système [...] de récupérer les dossiers roses de la maternité »

SF5 : « Tous les professionnels qui sont connus par l'hôpital, ils ont le dossier de la maternité, ils vont suivre la femme jusqu'à ses 8 mois avec ce dossier-là »

Mais, un gynécologue obstétricien hospitalier soulignait la diversité des supports utilisés dans les maternités :

GO2 : « Le problème c'est qu'il y a autant de centres que de supports de suivi de grossesse »

6.3. Carnet de santé maternité

Des médecins généralistes utilisaient le carnet de santé maternité, distribué par le Conseil Général :

MG4 : « Il existe le carnet de maternité. Pour moi c'est un outil sur lequel je m'appuie beaucoup dans ma pratique »

MG3 : « J'ai utilisé le dossier qui était triphasique à la fin de ce dossier du conseil général »

Pour certains professionnels, il présentait de réels avantages. Il s'agissait d'un document synthétique :

MG2 : « Ce triptyque [...] je le trouve vraiment très bien fait. [...] Je trouve que c'est un document synthétique [...]. Tu déplies ton truc et là tu as une vision globale de la grossesse. »

Il pouvait également servir de support matériel (« pochette ») pour ranger les différents résultats d'examens complémentaires :

MG2 : « Ça constitue une pochette pour la patiente directement. Je lui dis dedans de ranger ses examens au fur et à mesure et je veux tout y retrouver d'une fois sur l'autre, la biologie, les échographies, l'HT21, et tout le bazar. »

Pour d'autres, au contraire, la partie médicale de ce carnet n'était pas adaptée à leur vision d'un document de suivi de grossesse :

MG4 : « Je trouve que la partie médicale qu'on remplit dans le suivi des grossesses est pas très bien faite. Ça nous a emmené, nous en centre de planification, en tout cas, à refaire cette partie-là. »

Quelques professionnels semblaient manquer de connaissances sur ce support, puisque pour certains, ce document n'existait plus :

MG6 : « Ça a mystérieusement disparu, je n'ai plus vu passé ça. »

SF5 : « Parce que ce fameux dossier n'existe plus, y'a plus de livret de grossesse. »

6.4. Choix de ne pas utiliser des dossiers existants

Une des sages-femmes libérales ne souhaitant pas utiliser les dossiers hospitaliers, notait ses consultations sur un dossier papier vierge, propre à chaque patiente :

SF1 : « Je ne peux pas vous dire la couleur des dossiers de la maternité de Saumur [...]. Je suis sur des dossiers vierges, entièrement, rien n'est écrit, des dossiers papiers, j'ai pas informatisé. Mes dossiers sont à la fois gynéco et obstétrique, donc c'est le dossier d'une patiente et toute sa vie de consultation sera dans ce dossier »

Pour une autre sage-femme libérale, l'utilisation d'un dossier de suivi de grossesse s'avérait inutile dans le suivi des grossesses à bas risque, en dehors de situation d'urgence :

SF4 : « J'ai déjà eu ce retour de patientes qui me disaient « bah en fait ça m'a servi à rien », enfin ça aurait été pour une urgence ou quoi que ce soit peut-être que ça aurait servi pour quelque chose. Disons que sur un parcours classique, je pense que... »

D'autres professionnels libéraux considéraient qu'un résumé suffisait lorsqu'ils passaient le relais à la maternité :

SF5 : « Quand je suis les grossesses et que je passe la main ensuite à l'hôpital, [...] j'ai un logiciel informatique qui me fait un résumé et puis ça s'arrête là en fait »

SF4 : « On a fait notre propre feuille, et les mamans [...] quand elles vont à la maternité, à la clinique ou au CHU, elles ont cette feuille, le récapitulatif un petit peu de tout ce qui s'est passé »

6.5. Impression du dossier informatique

L'édition des consultations notées dans le logiciel médical pouvait également être un moyen de communication entre les professionnels :

MG2 : « Dans mon logiciel médical, y'a une fonctionnalité « suivi de grossesse » avec le calendrier de la grossesse [...] donc c'est des cases à remplir, [...] et en fin de grossesse on peut imprimer toute la synthèse. »

Mais il en ressortait une insatisfaction, liée, notamment à un manque de lisibilité :

MG2 : « C'est pas ergonomique, c'est pas très bien présenté, c'est pas du tout agréable, ni pour les collègues qui reçoivent ça je pense, ni pour moi, ni pour la patiente. Donc je l'utilise quand même parce que c'est intégré dans mon logiciel, donc ça permet de tout enregistrer. Mais en fait, ça me satisfait pas vraiment. »

6.6. Courriers

Le courrier était un mode de communication qui fonctionnait du professionnel libéral vers le professionnel hospitalier :

SF5 : « Enfin ça arrive parfois qu'on est des courriers de médecins traitants, sages-femmes, gynécos, résumant tout ce qu'il s'est passé, mais plus quand elle arrive sur le 8ème, 9ème mois pour les consultations programmées »

Ce mode de communication fonctionnait également quand le professionnel hospitalier adressait vers le professionnel libéral, même si les avis concernant les établissements divergeaient :

SF4 : « Quand on a les patientes qui viennent de la clinique, les échanges courriers ça marche bien. Le CHU j'ai pas trop essayé. »

MG5 : « Alors quand elles consultent au CHU, y'a un compte rendu des urgences qui arrive, quand c'est la clinique y'a pas grand-chose qui arrive »

Mais, pour certains professionnels, les principaux éléments étant les résultats des examens complémentaires, le courrier n'avait pas d'utilité :

MG5 : « Je fais même pas de courriers. Même pour l'hôpital pour la fin de grossesse. Tout ce qu'ils demandent c'est les résultats de trisomie 21, c'est les résultats de toutes les analyses, mais un courrier de ce qu'il s'est passé durant le suivi de grossesse, voilà... »

Il semblait néanmoins évident qu'un compte rendu d'accouchement soit rédigé :

SF5 : « Quand elle a accouché, on fait un courrier résumant tout ce qu'il s'est passé à l'accouchement, la suite de couches tout ça, qu'on doit remettre à la patiente qui elle-même doit le remettre au médecin traitant »

Pour les gynécologues hospitaliers, tous les professionnels libéraux en étaient destinataires :

GO2 : « A la sortie elle a le compte rendu en main propre, le double est envoyé à son médecin traitant. [...] Et pour la sage-femme on fait, on enlève juste le nom du médecin traitant et puis on met le nom de la sage-femme comme destinataire, qu'on met sous pli pour qu'elle puisse distribuer »

Mais les sages-femmes soulignaient que parfois, le médecin généraliste était le seul destinataire, même si la femme était suivie par un autre professionnel pour sa grossesse :

SF5 : « Médecin traitant oui, mais c'est pas forcément lui qui a suivi la grossesse, ça peut être le gynéco ou la sage-femme. On m'a dit non c'est comme ça c'est à son médecin traitant. Donc nous on fait un semblant de courrier après, et au médecin traitant »

6.7. Téléphone

Le téléphone semblait être un moyen de communication fréquent et apprécié dans la coordination des soins ... :

MG1 : « Moi j'aime bien, je prends pas mal mon téléphone, je téléphone pas mal en fait »

GO1 : « On s'appelle hyper facilement »

... notamment en cas de problème ou d'urgence :

SF5 : « Quand il y a vraiment un souci où là on téléphone et puis voilà on se débrouille. »

MG3 : « Du coup si y'a besoin, on peut s'appeler aussi pour dire y'a des trucs qui vont pas, ou vois telle patiente en urgence »

6.8. Fax

Le fax était utilisé, notamment pour la communication avec la PMI :

SF3 : « On faxe à la PMI »

Il était surtout utilisé par « défaut » pour les professionnels qui le citaient :

SF3 : « C'est vrai que c'est assez précaire quand même, avec le fax, on se débrouille avec ça, c'est parce qu'on a pas le choix quoi »

7. Limites de l'utilisation d'un dossier de suivi commun

7.1. Difficultés à obtenir l'outil

Pour certains praticiens libéraux, l'utilisation d'un dossier hospitalier en libéral engendrait des difficultés à avoir un stock disponible :

MG2 : « Ça nécessite d'avoir accès au dossier, un réapprovisionnement. »

Ils disaient devoir inventer les moyens de se procurer ces dossiers hospitaliers :

MG3 : « Récupérer les dossiers rose de la maternité. Donc je vais souvent, ou alors ils me les ramènent, [...] un carton de dossiers roses de suivi »

Concernant le carnet de santé maternité, il existait une méconnaissance et des difficultés des professionnels quant aux moyens de récupération de l'outil :

MG6 : « Qui lui avait donné, je ne sais même pas »

SF4 : « Je suis pas persuadée que tous les libéraux par exemple, connaissent le système, qu'il faut aller demander... »

SF1 : « Moi je ne les reçois pas. »

Quand le document était reçu par la patiente, celui-ci arrivait trop tardivement :

SF1 : « Le problème c'est qu'elles le reçoivent tard. »

Pour pallier à ces difficultés de récupération de dossiers, certains professionnels utilisaient des photocopies, indépendamment qu'il s'agissait du carnet de santé maternité ou d'un dossier hospitalier :

MG3 : « Je fais juste des photocopies du triptyque et c'est celui-là que je remplis »

SF2 : « Quand j'ai plus de dossier rose, je m'en sers quand même, du dossier rose que j'ai photocopié. »

7.2. Début de remplissage

Le risque de fausse couche du premier trimestre apparaissait comme un obstacle à la mise en place d'un dossier de suivi véhiculé par la patiente. Par conséquent, l'échographie du premier trimestre semblait être l'élément rassurant pour commencer à remplir un support de suivi :

MG3 : « Quand y'a des fausses couches et que tu as commencé à faire le dossier [...] pour la patiente, à mon sens c'est quand même plus difficile à vivre, de vivre une fausse couche avec, t'avais tout de prêt »

Ce médecin généraliste libéral soulignait un second intérêt à débiter le dossier après l'échographie du premier trimestre, la femme ayant choisi son lieu d'accouchement :

MG3 : « Et souvent, au 4ème mois, comme ça tu sais quel dossier tu vas remplir. »

En effet, le lieu d'accouchement apparaissait comme un élément déterminant au suivi, pour le choix du dossier utilisé :

MG2 : « Ça implique quand même que la femme elle sache où elle veut aller, dans quelle maternité elle veut aller accoucher dès le départ. »

Mais, la patiente suivie par un professionnel libéral avait toujours possibilité de changer d'avis concernant son lieu d'accouchement :

MG3 : « Une fois ça m'est arrivé de remplir le dossier rose et puis ils ont changé d'avis en cours de chemin, bah ils ont donné le dossier rose à la clinique et je pense que les collègues n'ont pas dû se formaliser. »

7.3. Obligation d'une double saisie

L'utilisation d'un dossier de suivi véhiculé par la patiente nécessitait pour tous les professionnels la mise en place d'une double saisie, en raison d'une obligation médico-légale de garder une trace des consultations réalisées :

MG2 : « N'importe quel dossier commun nous oblige par contre à une double saisie, parce qu'on a l'obligation de garder nous la trace de nos consultations.»

MG2 : « D'un point de vue médico-légal, tu dois garder la trace de ton dossier, tu dois prouver ce que tu as fait. »

Tous les praticiens libéraux jugeaient cette double saisie très chronophage :

SF4 : « C'est vrai qu'à nous ça nous demande 2 fois de travail »

MG3 : « Ca me prend du temps mais c'est un temps que j'ai dédié »

Un généraliste faisait le parallèle avec les examens obligatoires des nourrissons pour montrer que le remplissage d'un document obligatoire pouvait empiéter sur le temps dédié à l'examen clinique, et nécessitait des consultations longues :

MG6 : « Si on fait un parallèle avec le suivi des bébés, [...] nos examens obligatoires de 9ème mois et de 24ème mois c'est une bonne demi-heure sachant qu'il y a dix minutes à remplir tout le côté papier, plus notre logiciel à nous parce que nous le papier on ne l'a plus, l'examen il prend déjà beaucoup moins de temps. C'est exactement pareil pour le livret de la grossesse, il faut y consacrer une demi-heure, parce que sans quoi l'examen clinique il va être torché »

7.4. Limites liées à l'utilisation d'un dossier papier

Les praticiens citaient souvent le risque d'oubli ou de perte du dossier, lorsqu'il était véhiculé par la patiente :

SF4 : « Déjà faut qu'elle la perde pas. »

MG7 : « Et puis y'a les oublis, l'urgence quand elles ont des métrorragies, à mon avis elles oublient le livret »

Pour une bonne utilisation d'un dossier commun papier, il était important que le professionnel le remplisse au fur et à mesure :

MG4 : « Je leur laisse cette partie-là que je remplis au fur et à mesure des consultations mensuelles »

Certains professionnels soulignaient l'absence de remplissage systématique du carnet de santé maternité quand il était utilisé :

SF3 : « Quand elles arrivent avec leur carnet de maternité, [...] on remplit pas forcément les consultations pour leur remettre à nouveau si jamais elles consultent. »

GO3 : « Quand une femme enceinte arrivait avec son carnet de maternité, certains remplissaient la consultation de manière attentive. [...] Tout le monde ne le faisait pas. »

Le manque de place pour annoter les consultations dans les dossiers papier préexistants était plusieurs fois mentionné :

SF1 : « J'ai pas la place d'écrire »

MG2 : « Faut pas en écrire des tonnes parce que les cases sont pas grandes »

Une gynécologue hospitalière soulignait ne pas utiliser le carnet de santé maternité par manque d'habitude d'utilisation :

GO1 : « Le triptyque je l'ai tellement peu utilisé, que je ne sais pas où trouver, et je préfère lui demander ses examens et l'interroger. »

Cependant, les professionnels hospitaliers considéraient qu'un dossier rempli par le professionnel libéral constituait une aide importante au suivi :

GO1 : « Ça fait gagner énormément de temps en consultation »

SF3 : « Je pense que ça nous sert à nous quand elles arrivent, parce qu'effectivement, ça nous évite des fois de reposer des questions, on se sert de votre dossier »

7.5. La crainte du jugement entre professionnels

Une sage-femme libérale exprimait une volonté de se détacher du modèle hospitalier, et n'utilisait pas les dossiers des maternités :

SF1 : « J'aimerais pas utiliser les dossiers de la maternité de Saumur, parce que je ne suis plus une sage-femme hospitalière »

Cette même professionnelle soulignait le fait de pratiquer une activité libérale pour avoir la liberté de son mode de fonctionnement :

SF1 : « Je me sens un peu sage-femme libérale peut-être parce que j'ai fait beaucoup beaucoup d'hospitalier donc j'ai pris ma liberté »

De fait, elle décrivait le dossier hospitalier comme pouvant être le véhicule d'une hiérarchie :

SF1 : « Y'a des vrais steps, des vraies marches entre l'hôpital, le médecin, la sage-femme, la sage-femme PMI, [...] j'ai été hospitalière dans des types 1, des types 2, des grands types 3 parisiens. Elle existe partout. Et le dossier finalement est un outil qui peut servir à véhiculer un peu ces idées »

De plus, elle craignait le jugement des professionnels les uns envers les autres via l'utilisation d'un dossier de suivi commun :

SF1 : « On est très regardé les uns par rapport aux autres, le côté institutionnel, le côté hospitalier par rapport au côté libéral, y'a un grand pas. [...] Ils vont pas regarder mes dossiers, je veux pas aller voir les leurs d'ailleurs non plus. Voilà, y'a un peu ce côté ah bah oui regarde comment elle fait. »

Enfin, la crainte de mal remplir le dossier, ou qu'il ne soit pas utilisé par les professionnels hospitaliers étaient des freins à l'utilisation d'un dossier de suivi commun :

MG2 : « Je ne suis pas sûr de bien le remplir [...] je ne suis pas sûr en fait qu'il soit pas refait derrière en fait par quelqu'un d'autre »

8. Outil « idéal » de communication interprofessionnelle

8.1. Dossier papier

Idéalement, il était mentionné qu'il faudrait généraliser le même dossier papier à tous les professionnels :

MG3 : « Donc peut être que la solution ça serait, [...] le même dossier tout partout »

Dans ce cas, il faudrait qu'il convienne à tout le monde, libéraux et hospitaliers :

MG3 : « Un entre deux lisible pour tout le monde [...] ça serait le top »

Il était aussi rapporté qu'un duplicata que le professionnel pouvait garder était une idée intéressante pour éviter l'obligation de double saisie :

GO3 : « Le fait de mettre une feuille supplémentaire [...] pour un certain nombre d'items n'échappe à personne que c'est intéressant comme idée. »

Pour les professionnels, l'utilisation d'un dossier de suivi commun en version papier nécessitait l'intervention du Conseil Général à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, un professionnel rappelait l'importance qu'il soit généralisé à toutes les patientes, le plus sûr étant un envoi par le biais du conseil général :

SF1 : « L'idée d'un dossier qui arrive à la patiente par le conseil général chez elle, [...] au moins on est sûr de sérier tout le monde, c'est bien. »

De plus, pour certains intervenants, le point de départ pour la modification ou la création d'un nouveau dossier restait le Conseil Général :

MG2 : « C'est quand même à partir de la PMI ou du conseil général qu'on pourrait améliorer ce document-là »

MG3 : « On en recréé un. On prend celui du conseil général et on le bidouille »

Enfin, il était évoqué le fait de verser les allocations familiales à la patiente en échange du bon remplissage du dossier, obligeant de cette façon les professionnels à utiliser ce document :

MG6 : « Est-ce qu'il ne faudrait pas malheureusement arriver à des extrémités comme ça, c'est-à-dire il faut faire le dossier faute de quoi vous risquez de ne pas toucher vos allocations, vos indemnités, ou vos remboursements. »

8.2. Informatisation du support

Pour certains professionnels, l'amélioration de la coordination des soins passaient par l'utilisation d'un outil informatique :

SF6 : « Peut être un dossier médical en ligne proposé par la Sécu ou j'en sais rien. Ça ça pourrait être pas mal »

SF5 : « Un support, je sais pas un dossier en ligne qu'on pourrait tous remplir ça serait sûrement très intéressant. »

L'évolution actuelle vers la dématérialisation des données entraînait logiquement une informatisation de cet outil :

MG5 : « On ne va quand même pas vers le retour au papier »

Un généraliste soulignait le risque de non utilisation si une double saisie restait nécessaire malgré l'informatisation de l'outil :

MG7 : « Même si le dossier était informatisé [...] ça voudrait dire de toute façon qu'on ne l'aurait pas dans notre dossier à nous donc il faudrait faire un double dans notre dossier à nous »

Plusieurs intervenants parlaient du dossier médical partagé (DMP) comme potentiel support :

GO3 : « Mais avec le dossier informatique de santé ça devrait être réglé ce truc.»

GO2 : « Il faut insister sur le dossier commun partagé, je pense que quoi qu'il arrive il faut qu'on en arrive à ça. »

Pour une sage-femme libérale, le DMP avait l'intérêt d'appartenir plus à la patiente :

SF1 : « Ce fameux dossier médical partagé et informatisé, [...] je trouve qu'il est plus redonné à la patiente. [...] C'est son dossier. »

Les doutes émis sur cet outil concernaient le bon fonctionnement de celui-ci :

SF6 : « Un dossier informatique qui fonctionne »

MG5 : « Mais si ça fonctionne bien ça pourrait être la solution »

Un gynécologue hospitalier proposait de créer des interfaces de communication pour faciliter la coordination avec les outils informatiques que chacun possède :

GO2 : « Le dossier commun partagé, et à défaut créer des interfaces de communication. »

8.3. Comparaison à des méthodes existantes

Le carnet de santé pédiatrique était mentionné par un généraliste comme un outil existant et qui fonctionnait même s'il ne convenait pas toujours parfaitement à chaque professionnel :

MG2 : « Le carnet de santé ça marche pas si mal, tout le monde les reçoit, même les gens précaires, même les gens pauvres, même en ville, même en campagne. [...] Les carnets de santé des enfants, ils sont donnés à la mater. Par contre ils ne nous conviennent jamais parfaitement bien les carnets de santé à chacun. Parce que chacun aimerait bien y trouver son truc qu'il aime bien, son dada etc... »

Un autre généraliste citait également les demandes d'inscription en EHPAD comme exemple de généralisation des dossiers :

MG3 : « Comme ils font en gériatrie par exemple quand y'a une demande, pour faire les demandes en maison de retraite. C'est grâce à la gériatrie qu'on a réussi à avoir le même document. Avant on faisait 3 demandes de maison de retraite, 3 documents à remplir quoi. »

DISCUSSION

1. La méthodologie

1.1. Points forts

L'analyse qualitative par focus group permet une analyse inductive. Elle ne recherche pas de consensus, et permet aux participants de s'exprimer librement sans jugement, permettant ainsi l'émergence de toutes les opinions (14).

Tous les focus group étaient pluri-professionnels et incluait des intervenants de différents modes d'exercice, permettant ainsi d'enrichir les discussions par des expériences diverses.

L'animateur était différent dans chacun des focus group, permettant des approches différentes de la question et des relances plus variées.

1.2. Points faibles

La présence de 5 participants du fait de désistements dans les deuxième et troisième focus group est un point faible de cette étude. En effet, le nombre minimum conseillé pour avoir une dynamique de groupe est de 6 participants (14).

Dans le troisième focus group, un gynécologue obstétricien a dû renoncer à sa participation. Cette profession n'a donc pas pu être représentée dans ce groupe.

Bien que les profils des intervenants étaient divers et variés, certains types de professionnels n'ont pas été représentés : les gynécologues médicaux, les gynécologues obstétricaux libéraux, les sages-femmes de PMI, les sages-femmes exerçant au CHU, et les professionnels exerçant en clinique.

Les difficultés engendrées par le choix de cette méthode d'analyse sont de réunir des professionnels sur un même créneau horaire et dans un même lieu. Cinq professionnels intéressés n'ont pas pu participer.

Beaucoup de professionnels contactés n'ont pas répondu. Le mode de recrutement par mails est simple et pratique, mais répandu. Les professionnels, de plus en plus sollicités, sont donc dans l'obligation de faire un tri dans les mails reçus.

Le choix de cette méthode d'analyse ne permet pas de généraliser les résultats même à un groupe dont les caractéristiques sont similaires (14).

2. Les résultats

2.1. Vision idéale de la coordination des soins

L'objectif principal de cette étude était d'explorer comment les professionnels de la périnatalité envisageaient l'amélioration de la coordination des soins. Les résultats montrent qu'ils étaient en accord quant à l'intérêt d'améliorer celle-ci dans le suivi de la femme enceinte. Cependant, ils ne proposaient que peu de pistes d'amélioration. Les professionnels étaient en mesure de réaliser une bonne coordination quand celle-ci était nécessaire.

Les participants évoquaient la précarité comme donnée importante à transmettre aux différents intervenants autour de la femme enceinte, sans que la question soit posée dans le guide d'entretien. Inversement, dans une étude sur les pratiques des médecins généralistes concernant la prescription d'une contraception chez la femme en situation de précarité, réalisée en 2018, le dépistage de la précarité n'était que peu réalisé (15). Ce résultat suggère donc que les praticiens sont particulièrement sensibles à cette donnée dans le suivi de la grossesse, considérant avec justesse qu'une bonne coordination des soins dans le suivi de la femme enceinte précaire, pourrait entraîner un bénéfice pour la patiente et son enfant

à venir. De fait, une étude de 2011 sur la grossesse et la précarité montrait, que la vulnérabilité a « des conséquences sur le déroulement et l'issue de la grossesse mais aussi sur la santé périnatale » (16). Ainsi, pour réduire la morbidité maternelle et néonatale dans ces situations à risque, le dépistage de la précarité, et une bonne coordination des soins via un travail en réseau semblent indispensables (16).

2.2. Travail en réseau

2.2.1. Un manque d'intégration des généralistes au sein du réseau « Sécurité Naissance »

Les professionnels interrogés dans notre étude déclaraient construire leur réseau personnel au fur et à mesure de leur expérience professionnelle. Ils rapportaient les rencontres et les formations comme élément facilitant cette création. Certains professionnels évoquaient notamment celles proposées par le Réseau « Sécurité Naissance ».

Les participants de l'étude ont regretté le manque d'intégration des médecins généralistes à ce réseau. Pourtant les réseaux de santé périnataux (RSP) ont été créés dans le but de pallier au manque de coordination ville-hôpital, et « doivent rassembler l'ensemble des acteurs de la périnatalité, quel que soit leur mode d'exercice, et leur proposer des formations communes et des outils partagés » (17). Dans plusieurs études, les médecins généralistes se trouvaient mis à l'écart des formations proposées par les RSP (18) (19) (20). Notamment, en 2014, seulement 14% des médecins interrogés étaient informés des formations proposées par le réseau PAULINE, RSP de l'Audomarois et du littoral (19). La correspondance avec les professionnels se faisant par courrier électronique, ce RSP exprimait une difficulté pour récupérer les adresses électroniques des généralistes, et par conséquent un défaut de correspondance (19).

Un annuaire regroupant tous les professionnels libéraux investis dans le champ de la périnatalité pourrait être une piste intéressante pour améliorer l'intégration des médecins généralistes au sein du Réseau « Sécurité Naissance ».

2.2.2. Les champs de compétences des généralistes : un frein à leur participation aux RSP ?

Le possible manque d'intérêt des généralistes à participer à des formations purement obstétricales, du fait de leurs champs de compétences variés, a été évoqué. Nous n'avons pas pu avoir le point de vue de généralistes libéraux, cette hypothèse ayant émergé dans le deuxième focus group.

Une hypothèse semblable a été émise dans l'étude au sein du réseau PAULINE, de 2014 (19). Cependant, les médecins généralistes ayant assisté aux réunions et/ou formations proposées par ce réseau trouvaient leur contenu adapté à leurs attentes (19).

La périnatalité faisant partie du champ de compétences des généralistes (21), nous pouvons supposer que le manque d'informations des médecins généralistes est un facteur plus limitant à leur participation aux formations que l'absence de compétences et/ou d'intérêt pour la périnatalité.

2.2.3. Les connaissances interpersonnelles comme aide au lien interprofessionnel

Dans notre étude, les professionnels de santé considéraient le lien interprofessionnel comme primordial pour assurer une communication efficace et par conséquent un suivi adéquat des femmes enceintes. Les avis étaient divergents concernant « l'importance de se connaître ». Une jeune généraliste remplaçante ne trouvait pas ce facteur déterminant, alors que cet élément a été rapporté comme facilitant pas plusieurs autres professionnels. Cette

notion était également retrouvée dans une thèse rennaise de 2017 : « il est plus facile de communiquer avec des gens qu'on connaît ou [qu'on a] vu » (20). De plus, une autre thèse sur la communication entre infirmiers diplômés d'état (IDE) et généralistes retrouvait « l'importance de se connaître » comme levier et « ne pas connaître ses interlocuteurs » comme frein à la communication pour les IDE (22).

2.2.4. Le lien interprofessionnel comme bénéfique à la prise en charge des patientes

Pour les soignants interrogés dans notre étude, les échanges interprofessionnels pouvaient améliorer la prise en charge des patientes. En effet, d'une part, les échanges autour de la prise en charge d'une femme, et d'autre part, le travail interprofessionnel (par échange de connaissances et d'expériences) étaient bénéfiques pour les femmes. A l'inverse, un défaut de communication interprofessionnelle pourrait nuire à son suivi selon les médecins interrogés. Cette donnée était retrouvée dans l'étude rennaise de 2017 sur l'état des lieux de la collaboration interprofessionnelle dans le suivi de grossesse. En effet, les généralistes interrogés s'accordaient pour dire qu'un manque de collaboration serait néfaste à la bonne prise en charge de la patiente (20). De plus, ce manque de coordination peut être également déploré par les patientes elles-mêmes, selon une étude de 2013 à Rouen. Ainsi, les patientes interrogées, ayant un suivi par un professionnel libéral, craignaient le manque de lien ville-hôpital, et certaines l'avaient constaté (23).

2.3. Rôle central de la patiente

2.3.1. Vision différente de la place de la patiente en fonction du type d'exercice professionnel

La femme était finalement peu évoquée par les professionnels interrogés. Les intervenants ayant souligné sa place prépondérante dans le suivi de sa grossesse étaient principalement des professionnels libéraux, sages-femmes ou généralistes. Les points de vue hospitalier et libéral différaient. La vision hospitalière semblait plus technique, avec une médicalisation plus importante de la grossesse que la vision libérale. Ces résultats différaient de ceux d'une autre thèse réalisée en 2013 à Dieppe, où la profession conditionnait la médicalisation de la grossesse davantage que le mode d'exercice. Un suivi plus physiologique était réalisé par les sages-femmes, du fait de leur domaine de compétence. Alors que les médecins (généralistes et gynécologues) avaient une approche plus technique du fait de leur formation « pour rechercher la pathologie » (23).

2.3.2. Une grossesse à bas risque surmédicalisée

La surmédicalisation de la grossesse était rapportée par des professionnels libéraux de notre étude. Ils soulignaient la lourdeur du suivi dans les grossesses à bas risque. La question se pose donc d'un allègement du suivi dans le cadre d'une grossesse se déroulant normalement. Dans la thèse de 2013 sus citée, les patientes dieppoises étaient en demande de démedicaliser le suivi de la grossesse, et de « vivre leur grossesse comme un processus normal et physiologique » (23).

Dans d'autres pays européens, le suivi est similaire au suivi français : en Suisse, le nombre de consultations prénatales, dans le cas des grossesses à bas risque, est le même. Cependant, les femmes enceintes ne bénéficient que de deux échographies (24). Au

Luxembourg, le suivi est identique à celui réalisé en France (25). En Belgique, le nombre d'échographies est le même qu'en France. Néanmoins, les consultations prénatales sont plus nombreuses, car plus rapprochées en fin de grossesse (26). Ainsi, le suivi de grossesse en France n'est pas plus médicalisé que dans d'autres pays européens.

2.3.3. La question de l'identité du référent

Dans notre étude, une sage-femme hospitalière rapportait l'importance d'un référent médical dans le suivi de chaque patiente tandis que les professionnels libéraux attribuaient ce rôle à la femme elle-même. Selon la rapport Larcher, du fait des difficultés de communication entre les différents professionnels, « une large part de la coordination des prises en charge repose sur le patient et sa famille » (27).

Les avis retrouvés dans la littérature sur ce sujet divergent. Dans la thèse rennaise de 2017, la notion de responsabilisation et de centralisation des informations par la patiente était rapportée par la majorité des professionnels interrogés (20). Inversement, dans une étude du bassin valentinois de 2015, la patiente n'avait été citée comme référente coordinatrice dans le cadre d'une grossesse à bas risque, que par un médecin sur les 147 interrogés (28).

2.4. Difficultés rencontrées dans le suivi de la femme enceinte

2.4.1. Liées au secret professionnel

L'une des difficultés soulignées par les professionnels interrogés était le secret professionnel. Il est important de préciser que cette notion a émané d'une situation très précise lors d'un EPP, racontée lors du deuxième focus group.

Légalement, lors de cet entretien, c'est avec l'accord de la patiente que le professionnel décide des données à communiquer et à quels professionnels (30). Mais, les professionnels sont autorisés à échanger des éléments essentiels au déroulement de la grossesse et de l'accouchement d'une femme afin de lui assurer la meilleure prise en charge possible (30) (31). Ainsi, il est nécessaire d'en discuter avec la patiente, d'obtenir son accord et de ne partager que des informations « nécessaires, pertinentes, non excessives et uniquement dans l'intérêt du patient » (31) (32). Cependant, lorsqu'une patiente est prise en charge dans un établissement de santé, les éléments recueillis sont désignés comme confiés à toute l'équipe (31).

Le respect du secret professionnel a été évoqué dans le contexte d'une situation très particulière, nous ne pouvons donc le considérer comme une difficulté majeure à la prise en charge de la femme enceinte.

2.4.2. Difficultés pour chacun à trouver sa place

a) L'augmentation du suivi par les sages-femmes libérales faisant émerger des dissensions avec les généralistes

Les participants soulignaient l'évolution du suivi des femmes enceintes, du fait de la diminution des gynécologues médicaux et de l'émergence des sages-femmes. Pour certains il existait même une sorte de concurrence entre les sages-femmes et les médecins généralistes, du fait de leurs compétences similaires en termes de suivi de grossesse. Ces résultats correspondent à une étude parisienne de 2017, où le problème de dissension entre les généralistes et les sages-femmes était rapporté par les généralistes (33). A l'inverse, les sages-femmes appréciaient travailler avec les généralistes quand elles étaient confrontées à une pathologie en dehors de leur champ de compétences (33).

Inversement, pour d'autres participants à notre étude, les compétences et connaissances des différents professionnels étaient différentes et complémentaires. Ainsi, connaître les spécificités des professionnels de son réseau et leur adresser des patientes entraînait un bénéfice à la prise en charge de celles-ci. De même, dans une étude dans le bassin valentinois de 2013, le principal collaborateur du médecin généraliste dans le suivi de la femme enceinte était la sage-femme (28).

Le travail interprofessionnel entre sage-femme et généraliste paraît donc possible et intéressant. Il semble même primordial du fait de la limitation du champ de compétences des sages-femmes aux grossesses physiologiques, nécessitant parfois l'aide du généraliste lorsque les femmes sont dans une situation ne relevant plus de la physiologie.

b) La prolongation de l'arrêt de travail comme limite au champ de compétence des sages-femmes

Les professionnels interrogés prenaient comme exemple de difficultés à déterminer le rôle de chacun la prescription de prolongation des arrêts de travail. Le refus de certains médecins généralistes de recevoir une patiente en consultation pour une prolongation d'arrêt de travail quand ils n'assuraient pas le suivi de la grossesse émergeait. Les sages-femmes libérales citaient cet exemple comme difficulté à réaliser un relai avec un autre professionnel lorsqu'elles-mêmes arrivaient à la limite de leurs compétences. D'après l'article L281-1 du Code de la Sécurité Sociale, l'arrêt de travail se définit par « l'incapacité physique constatée par le médecin traitant [...] de continuer ou de reprendre le travail; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret » (34), à 15 jours. D'après l'article L.162-4-4, « en cas de prolongation d'un arrêt de travail, [...] la prolongation de

l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant » (35).

Des résultats similaires étaient retrouvés en Mayenne en 2014 (36). En effet, 62.1% des médecins interrogés étaient dérangés par la prescription d'un arrêt de travail à la demande d'un confrère, lorsqu'ils ne suivaient pas la grossesse. Ce chiffre est plus important pour les médecins généralistes (73.7%) (36).

Ces remarques font émerger plusieurs questions. Si un arrêt supérieur à quinze jours est nécessaire, peut-être s'agit-il d'une grossesse pathologique et par conséquent le suivi doit-il être transféré à un médecin ? Cependant, les raisons purement médicales à un arrêt de travail chez la femme enceinte sont rares, et sont, en effet liées à une grossesse pathologique. Les arrêts de travail ont plus fréquemment un motif socio-professionnel. Dans ce cas, un élargissement du champ de compétences des sages-femmes pourrait lever ce frein. Cette donnée était retrouvée dans une étude interrogeant des sages-femmes et généralistes en 2018, à Rouen. En effet, ils estimaient que c'était à la personne réalisant le suivi de décider sur toute la durée de la grossesse de la pertinence de l'arrêt de travail, quelle qu'en soit la durée (37).

c) L'entretien prénatal précoce : outil essentiel pour les sages-femmes mais anecdotique par les généralistes

L'entretien prénatal était cité par une sage-femme hospitalière comme un élément important au suivi, moment centré sur la femme. Les médecins généralistes n'évoquaient quant à eux, jamais cet entretien. Issu du plan périnatalité de 2005, il consiste en une consultation dédiée à la femme enceinte (venant seule ou en couple) lui permettant d'exprimer ses attentes, besoins, et ainsi préparer au mieux l'arrivée de son bébé (11). C'est

une consultation non médicalisée, qui aborde de nombreux items dont 22 du domaine psycho-socio-économique.

Le médecin généraliste étant un « médecin de famille », il est rare qu'il ne suive une femme enceinte que durant sa grossesse. Par conséquent, il n'a finalement pas besoin d'une consultation dédiée pour aborder les items en question, puisqu'il aura déjà connaissance de ces données. Une étude mayennaise de 2015 retrouvait en effet que parmi les femmes interrogées, seul 1.8% des femmes ayant bénéficié d'un EPP, l'avait eu par leur médecin généraliste (38).

2.4.3. Manque de coordination par manque de communication

Les participants de l'étude exprimaient tous des difficultés dans la coordination des soins dans le suivi de la femme enceinte, notamment par manque de communication ville-hôpital. Ces difficultés ne sont pas spécifiques au domaine de la périnatalité. Selon le rapport Larcher, la communication entre les médecins généralistes et les spécialistes hospitaliers n'est pas aisée (27). Dans une étude à Grenoble, en 2010, sur le point de vue des médecins généralistes sur la coordination ville-hôpital, un manque de coopération avec les hospitaliers était déploré, notamment des difficultés pour joindre les spécialistes, et un retard à l'information (39).

L'amélioration de la communication interprofessionnelle est donc primordiale pour permettre d'améliorer la coordination des soins.

2.4.4. Manque de coordination par manque de temps

L'une des principales difficultés évoquées à la réalisation d'une bonne coordination des soins était le manque de temps. Cet élément a été souligné par des professionnels libéraux.

Une remarque semblable faite par un généraliste interrogé dans une étude sur la communication ville-hôpital dans le contexte de la chirurgie ambulatoire était la suivante : « Le temps on le trouve où ? Si ce n'est pas une nouvelle fois sur notre vie privée ! ... » (40).

Pour les praticiens interrogés, la difficulté résidait également en l'articulation des modes d'exercice différents du premier recours (activité libérale avec le paiement à l'acte principalement) et du deuxième recours (activité salariée le plus souvent). En effet, un professionnel salarié est plus propice à échanger durant son temps de travail, alors qu'un professionnel libéral sera plus disponible le midi ou en soirée, en dehors de ses temps de consultations. Cela rend plus difficile la communication directe.

De plus, le manque de rémunération pour dédier du temps de coordination en libéral n'a pas été évoqué, mais semble être un élément limitant important. La valorisation de ce temps dédié semble être une piste intéressante pour susciter l'intérêt des professionnels libéraux à améliorer la coordination dans le suivi de la femme enceinte. Cela est déjà le cas avec l'arrivée des nouveaux modes de rémunération créés avec l'émergence des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et des pôles de santé. En effet, les professionnels avaient besoin d'un financement autre que le paiement à l'acte pour rémunérer leurs actions menées (coordination des soins, éducation thérapeutique) au sein de ces structures (41). Il semblait néanmoins nécessaire, pour des professionnels interrogés en 2016 au Mans, que le montant de cette valorisation soit équivalente au paiement à l'acte, sans quoi le projet risque de ne pas être pérenne (42).

2.5. Moyens de communication utilisés

Les résultats montraient la multitude de moyens de communications utilisés, sous forme orale directe (face à face via des réunions ou formations) ou indirecte (téléphone) et sous forme écrite (dossier papier, mail, fax, dossier informatique, courrier...).

Tout d'abord, le carnet AUDIPOG était mentionné par deux gynécologues dans le deuxième focus group. Il n'était cependant, pour eux, pas adapté à la pratique du suivi de grossesse, et avait surtout un intérêt épidémiologique. Pourtant, ce dossier est utilisé comme dossier de suivi dans divers lieux, notamment à Roanne (Auvergne Rhône Alpes). Des professionnels l'utilisant ont rapporté dans une étude de 2015 qu'ils étaient globalement satisfaits de ce carnet (29).

Le dossier hospitalier (le dossier rose de la maternité de CHU notamment) était cité comme outil utilisé par plusieurs professionnels libéraux. Cependant, l'informatisation progressive des dossiers hospitaliers pose la question de son devenir.

Les professionnels interrogés dans notre étude avaient des avis divers sur le carnet de santé maternité national. Ce sont ceux qui l'utilisaient (principalement des généralistes), qui le trouvaient adapté. Des résultats similaires étaient retrouvés dans l'étude rennaise de 2017 (20).

Dans notre étude, certains professionnels ne jugeaient pas utile un dossier pour transmettre les informations dans le cas de grossesse à bas risque. L'intérêt d'avoir accès à toutes les consultations de suivi d'une grossesse de déroulement normal semble effectivement moindre. L'étude rennaise de 2017 retrouvait un résultat similaire : les professionnels hospitaliers ne transmettaient pas de compte rendu de consultation de suivi de grossesse lorsque celle-ci se déroulait normalement (20).

Les autres moyens mentionnés par les participants à notre étude (logiciel médical, courriers, téléphone, messagerie sécurisée) étaient également cités dans la thèse rennaise de 2017 (20). De même, le rapport Larcher soulignait l'importance de la mise en place d'outils de communication ville-hôpital, tels que des lignes téléphoniques dédiées, accessibles aux praticiens libéraux, et des messageries électroniques sécurisées pour accélérer les échanges de comptes rendus (27).

Seul le fax, cité par les professionnels de notre étude n'était pas retrouvé. Le manque de confidentialité de cet outil de communication et sa relation au secret médical pourtant évoqué par les professionnels de notre étude pose question.

2.6. Limites de l'utilisation d'un dossier de suivi commun

2.6.1. Les nombreux inconvénients au dossier de suivi papier similaires à ceux évoqués dans la littérature

Les résultats de l'étude retrouvaient de nombreuses limites à l'utilisation d'un dossier de suivi commun : le risque de non disponibilité du dossier (perte, oubli par la patiente notamment), une double saisie chronophage, le manque de place, les difficultés d'obtention du dossier. Ces mêmes résultats étaient rapportés dans différentes études interrogeant sur le suivi de grossesse (20)(29)(43). Cela fait supposer qu'un dossier papier, qui plus est véhiculé par la patiente, peut difficilement devenir un outil idéal.

2.6.2. Le premier trimestre de grossesse comme obstacle au début de remplissage d'un dossier de suivi

L'idée de ne débiter le remplissage d'un dossier de suivi qu'après l'échographie du premier trimestre a émergé dans l'un des focus group. En effet, la symbolique à la création d'un dossier de suivi paraissait un obstacle à la réaliser dès le début de la grossesse du fait du risque de fausse couche du premier trimestre. Pourtant, il s'agit de la période de la grossesse présentant plus de risque médical fœtal, dans les grossesses à bas risque. En effet, les métrorragies du premier trimestre sont fréquentes (25% des femmes), et dans la moitié des cas correspondent à des fausses couches (44). La probabilité de consultation en urgence semble donc plus importante en début de grossesse. Or, dans un autre focus group,

a également émergé le fait qu'un dossier de suivi commun n'avait d'intérêt dans les grossesses à bas risque que lors d'une consultation en urgence. Aucune donnée dans la littérature n'a été retrouvée sur ce sujet. Néanmoins, l'utilisation d'un dossier de suivi semble donc avoir un intérêt important lors du premier trimestre de grossesse, du fait du risque non négligeable de consultations en urgence.

2.6.3. Le sentiment de hiérarchie comme frein à l'utilisation d'un dossier de suivi commun

Un praticien libéral évoquait la décision de ne pas utiliser un dossier hospitalier comme dossier de suivi, par volonté de se détacher du modèle hospitalier, mais aussi par une crainte d'un jugement de leur part. De plus, le dossier hospitalier pouvait être le véhicule d'une hiérarchie. Une étude de 2018 interrogeant les sages-femmes de la Seine-Maritime et de l'Eure sur la collaboration entre généralistes et sages-femmes libérales retrouvait ce sentiment de hiérarchie de la pratique hospitalière. Ce ressenti de « différence de statut entre elles et les médecins », intentionnel ou non, leur donne une impression de supériorité de la profession médicale (45). En dehors du champ de la périnatalité, l'absence de hiérarchie, la confiance, l'absence de jugement et la liberté d'expression pourraient être des leviers à une bonne communication. Ces résultats étaient cités par des infirmières et des généralistes, dans une étude de 2018 dans le Rhône Alpes, sur la communication entre ces professionnels au sein d'une MSP (22).

Un outil de communication ne sera donc bien utilisé que si le professionnel ne se sent pas jugé par les autres intervenants qui liront ses comptes rendus de consultation.

2.7. Outil « idéal » de communication interprofessionnelle

Les professionnels interrogés soulignaient une évolution logique vers une informatisation du support de suivi. Ils émettaient cependant des réserves quant à son utilisation si une double saisie restait nécessaire. Le risque lié à des problèmes de fonctionnement de cet outil était également souligné. Les avantages à la dématérialisation d'un tel outil de suivi commun n'ont pas été détaillés. Dans une thèse de 2015, ces avantages étaient davantage développés : une saisie et une transmission plus rapide des informations, une réduction du risque d'erreurs par une augmentation de la fiabilité des données, une facilité de partage des informations entre structures, une meilleure lisibilité, un système plus écologique et économique par diminution du papier, une production facile de copies, une diminution de perte ou d'oubli lié à l'accès par internet, la réalisation d'une synthèse automatique des données, l'incorporation d'un outil d'aide au suivi pour les professionnels (29).

Concernant le DMP, la volonté de généralisation à 40 millions d'utilisateurs d'ici 2023 a été annoncée le 06 novembre 2018 (46). Les focus groups étant réalisés dans cette période, les intervenants ne pouvaient avoir de retour à ce sujet.

Les participants d'une thèse rennaise de 2017 imaginaient la création d'un « un outil sécurisé de transmission d'information commun aux différents logiciels existants » (20).

A été proposé lors des focus groups la mise en place d'un dossier médical en ligne. Cela a déjà été réalisé dans plusieurs RSP. Le réseau Naitre et Grandir en Languedoc-Roussillon a créé le Dossier Commun Périnatal Informatique (DCPI) en 2007. Tous les professionnels de santé adhérents à la charte du RSP ont un accès à la page internet sécurisée via des codes. Actuellement, plus de 500 professionnels l'utilisent, et il y a plus de 150 connexions au site par jour (47). Le réseau périnatal Eure et Seine-Maritime utilise quant à lui le Dossier Périnatal Partagé (DPP). Il est ouvert à la demande de la patiente par

un professionnel membre du RSP. Tous les membres du réseau prenant en charge la patiente peuvent y avoir accès. La patiente peut également y avoir accès par l'intermédiaire d'un professionnel de santé (48)(49).

Au vu de ces résultats, si la production d'interfaces avec les logiciels médicaux des différents professionnels (libéraux et hospitaliers) est possible, la création d'un dossier commun en ligne pourrait être une piste intéressante. Cette méthode permettrait de pallier aux limites de l'utilisation d'un dossier commun de suivi et ainsi remplir les différentes caractéristiques de l'outil « idéal », décrits par les participants à notre étude tels que : la généralisation à tous les professionnels, l'absence d'obligation de double saisie, la disponibilité du dossier, l'absence de manque de place, l'absence de difficultés pour obtenir le dossier, l'accessibilité de la patiente à son dossier de suivi.

CONCLUSION

Les professionnels étaient en accord quant à l'intérêt d'améliorer la coordination des soins dans le suivi de la femme enceinte. Cependant, ils n'apportaient que peu de pistes d'amélioration. Leur principale réponse à l'objectif principal de l'étude était l'intérêt du partage d'informations importantes, telles qu'une situation de précarité, primordiale pour permettre le bon déroulement de la grossesse.

La place de la patiente dans son suivi était centrale. Elle pouvait jouer le rôle de coordinatrice de ses soins, si le professionnel prenait le temps de la responsabiliser. Néanmoins, la femme en situation de vulnérabilité pouvait être en difficulté pour remplir ce rôle. Ainsi, dans ce cas, la place de référent du professionnel effectuant le suivi était indispensable.

Pour ce faire, le travail en réseau semblait primordial. Les formations organisées par le réseau de périnatalité « Sécurité Naissance » constituaient une aide aux échanges interprofessionnels. Cependant, les médecins généralistes n'y sont pas assez intégrés. Une meilleure ouverture du réseau aux généralistes semble être une piste d'amélioration de la coordination des soins.

Les professionnels de la périnatalité rencontraient plusieurs difficultés à coordonner le suivi des femmes enceintes. Ils soulignaient le manque de temps et de communication pour réaliser une bonne coordination des soins. Les praticiens libéraux de notre étude ne citaient pas le manque de rémunération pour dédier du temps à la coordination du suivi mais ce facteur a été retrouvé dans d'autres études.

L'augmentation du suivi de grossesse par les sages-femmes et leur champ de compétences proche de celui des généralistes pouvaient créer des dissensions entre ces deux types de professionnels. Pourtant, leurs compétences et connaissances semblent complémentaires, et les échanges entre ces professionnels pourraient apporter un bénéfice à

la prise en charge de la femme enceinte. A la faculté de médecine d'Angers, des groupes d'échanges et d'analyse de pratique sont réalisés entre les sages-femmes et les internes de médecine générale effectuant un stage ambulatoire femme-enfant. Ceux-ci permettent à ces professionnels en formation d'apprendre à se connaître, à appréhender les compétences de chacun et à travailler ensemble. Elargir ce mode de formation, en augmentant le nombre de cours en commun, pourrait permettre d'améliorer le travail en réseau de ces deux professions.

Les moyens de communication utilisés par les professionnels étaient nombreux, sous forme orale directe ou indirecte, ou sous forme écrite. Néanmoins, aucun d'entre eux ne semblait totalement satisfaisant.

Du fait de l'évolution vers la dématérialisation, l'outil « idéal » de communication interprofessionnelle semble être un dossier commun informatisé, auquel la patiente peut avoir accès, généralisé à tous les professionnels, et ne nécessitant pas de double saisie. La création d'un tel outil, avec l'aide du Réseau « Sécurité Naissance », faisant intervenir des représentants de toutes les professions de la périnatalité pour répondre aux besoins de tous, serait pertinente. Une nouvelle étude, par méthode Delphi, pourrait être intéressante pour aboutir à un consensus concernant cet outil.

BIBLIOGRAPHIE

1. Casals C. Le carnet de maternité : un outil indispensable pour le suivi des grossesses [Thèse]. France : Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie ; 2006. 139 p. Disponible : www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/casals_these_carnet_materniteV2.pdf.
2. Perron, Maëlle. Le généraliste et les femmes enceintes, étude de patientèle en Maine et Loire. [Thèse]. [Thèse]. Université d'Angers. UFR de Médecine d'Angers; 2012.
3. Recommandations HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2016.
4. Blondel, Béatrice, Gonzalez, Lucie, Raynaud, Philippe. Enquête nationale périnatale, rapport 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010.pdf. Santé Publique Fr. oct 2017;317.
5. Buyck J-F, Tallec A, Branger B. La santé périnatale dans les Pays de la Loire. Rapport 2013. Obs Régional Santé Pays Loire Réseau Sécurité Naiss - Naître Ensemble Pays Loire. avr 2013;192.
6. Observatoire Régional Economique et Social en Pays de la Loire. Médecins : effectifs et densité. [Mis à jour en août 2017; consulté le 25/01/2018]. Disponible : <http://ores.paysdelaloire.fr/759-medecinseffectifs-et-densite.htm>.
7. Bréart G, Puech F, Rozé J-C. Mission périnatalité. Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées; 2003.
8. Ministère de la Santé. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007. Planète Publique; 2010.

9. Buyck J-F, Lelièvre F, Tuffreau F. Suivi de grossesse : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. Panel Obs Prat Cond Exerc En Médecine Générale. oct 2016;12.
10. Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins anténatals pour que la grossesse soit une expérience positive. 2016.
11. Ministère de la Santé. Plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, sécurité, qualité ». 2004.
12. Previsima. Tout sur ma protection sociale. Carnet de maternité (cerfa n°1313**02). c2018 [Mis à jour le 09/09/2017; consulté le 03/03/2019]. Disponible : <https://www.previsima.fr/telechargement/carnet-de-maternite-cerfa-n13139-02.html>.
13. Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 7 juillet 2016 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse dit "carnet de santé maternité." 2016. 07/07/2016 [Consulté le 03/03/2019]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032895168&categorieLien=id>.
14. Département de Sciences Politiques, Université de Liège. Le Focus Group | Spiral [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/focus-group/>
15. Alligier M, Naboulet M. Analyse des pratiques des médecins généralistes concernant la contraception chez les femmes en situation de précarité. [Thèse]. Université d'Angers; 2019.
16. Scoazec C. Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam. [Thèse]. Université Paris Descartes; 2011.
17. La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.

18. Viguié Cunha S. L'entretien prénatal précoce en médecine générale [Thèse]. Université de Picardie Jules Verne (Amiens); 2013.
19. Thomas T. Le réseau de santé périnatal PAULINE: connaissances et attentes des médecins généralistes de l'Audomarois et du Littoral. [Thèse]. Université du Droit et de la Santé Lille 2; 2014.
20. Briand KY. Etat des lieux de la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire dans le suivi de grossesse en région sud Rennes [Thèse]. Université de Rennes 1; 2017.
21. Kubler-Levêque M-J. La place du médecin généraliste dans le réseau. Spirale. 18 juin 2012;n° 61(1):55-60.
22. Carneiro De Queiroz C, Ty R. Etude de la communication interprofessionnelle entre médecins et infirmiers exerçant en maisons de santé pluri-professionnelles [Thèse]. [Université Claude Bernard Lyon 1]; 2018.
23. Houlé C. Suivi de la grossesse : critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : enquête auprès de patientes de la région dieppoise. [Thèse]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2013.
24. Hôpitaux Universitaires de Genève. Vous attendez un bébé : Guide de votre grossesse et de votre accouchement. Fondation privée des HUG;
25. Suivi prénatal [Internet]. [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.sante.public.lu/fr/prevention/grossesse-maternite/suivi-prenatal/index.html>
26. Suivi de grossesse [Internet]. Sage Femme Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges. [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: <https://sage-femme.be/parents/avant-pendant-et-apres-grossesse/suivi-de-grossesse/>
27. G. Larcher. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher. 2008.

28. Chobert F. Etat des lieux de la place du médecin généraliste dans le suivi et la coordination des soins pendant la grossesse : Enquête auprès des médecins généralistes du bassin valentinois. [Thèse]. Université Claude Bernard - Lyon 1; 2015.
29. Voisin R. La coordination du suivi de grossesse à travers le carnet de suivi prénatal [Thèse]. Claude Bernard Lyon 1; 2016.
30. Parentalité - Vulnérabilité [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/parentalite-vulnerabilite/>
31. Article 4 - Secret professionnel | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>
32. Marcelli A. Le secret partagé. Rapp Adopté Lors Sess Cons Natl L'Ordre Médecins Mai. 1998;5.
33. Vidal M-N. Évolution du suivi des femmes par le médecin généraliste de 1958 à nos jours. [Thèse]. Pierre et Marie Curie; 2017.
34. Code de la sécurité sociale - Article L321-1. Code de la sécurité sociale.
35. Code de la sécurité sociale - Article L162-4-4. Code de la sécurité sociale.
36. Dove Musset M. La prescription d'arrêts de travail chez la femme enceinte par les différents professionnels de santé suivant la grossesse [Thèse]. Université de Rennes 1; 2015.
37. Digard L. Quelle collaboration établir entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes pour le suivi des patientes ? Étude qualitative par focus groups auprès de sages-femmes et médecins généralistes exerçant en Normandie. [Thèse]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2018.

38. Maitre C, Réau A. État des lieux des l'abord des items psycho-socioéconomiques de l'entretien prénatal précoce chez la femme enceinte en Mayenne [Thèse]. Université d'Angers; 2015.
39. Giraud M. Coopération ville-hôpital: le point de vue des médecins généralistes. [Thèse]. Joseph Fourier (Grenoble); 2010.
40. Jung J. Chirurgie ambulatoire et médecine générale en Maine et Loire: Outils de communication pour la continuité des soins [Thèse]. Université d'Angers; 2014.
41. Les NMR [Internet]. ReAGJIR. [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/jexerce/les-nmr/>
42. Quéant N. Création d'un pôle de santé au Mans: Représentations des professions médicales et paramédicales. [Thèse]. Université d'Angers; 2016.
43. Delrue Guarise C. Elaboration d'un dossier obstétrical partagé: y'a-t-il une demande de dossier médical partagé pour le suivi des grossesse non compliquées en Médecine Générale? [Thèse]. France: Université Paul Sabatier de Toulouse. Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2005. 208 p.
44. Larrieu-Sans C. Les métrorragies du premier trimestre de la grossesse: complications obstétricales et néonatales. [Thèse]. Université d'Auvergne; 2012.
45. Meignen É. Comment se passe la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales dans le suivi de la femme? Étude qualitative chez les sages-femmes libérales de la Seine-Maritime et de l'Eure [Thèse]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2018.
46. Dossier médical partagé (DMP): le carnet de santé numérique - Dossier médical partagé: une mise en oeuvre sur deux décennies - Dossier d'actualité - Vie-publique.fr [Internet]. 2018 [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/actualite/dossier/dmp/dossier-medical-partage-mise-oeuvre-deux-decennies.html>

47. Dossier informatisé [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.nglr.fr/les-actions-naitre/dcpi-naitre>
48. DPP : Dossier de Périnatalité Partagé [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.normand-esante.fr/services-si-de-sante-partages/dpp/dpp-dossier-de-perinatalite-partage,3234,3634.html>
49. DPP (USAGERS) Réseau Périnatalité Eure et Seine-Maritime [Internet]. 2018 [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.reseaux-perinat-hn.com/nos-services/usagers-dpp/>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des participants 12

Rapport-Gratuit.com

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	1
RESUME.....	2
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	8
1. Intérêts de la méthodologie choisie.....	8
2. Recrutement et échantillonnage	8
3. Elaboration du guide d'entretien	9
4. Réalisation des focus groups	9
RÉSULTATS	11
1. Caractéristiques des participants.....	11
2. Vision idéale de la coordination des soins	13
2.1. Partage des informations	13
2.2. Éléments indispensables au suivi	14
3. Travail en réseau.....	15
3.1. Constitution des réseaux personnels	15
3.2. Réseau Sécurité Naissance	16
3.3. Lien interprofessionnel.....	17
3.4. Coordination avec certains spécialistes	18
3.5. Différents niveaux de recours aux professionnels.....	19
3.6. Homogénéisation des pratiques	20
4. Rôle central de la femme enceinte dans cette situation physiologique	21
4.1. Patiente au centre de la prise en charge	21
4.2. Patiente coordinatrice de son suivi	22
4.3. Médicalisation d'une situation physiologique.....	23
4.4. La précarité comme limite à ce rôle.....	24
5. Difficultés rencontrées dans le suivi de la femme enceinte	25
5.1. Manque de coordination des soins.....	25
5.2. Manque de communication	26
5.3. Difficulté d'identification de l'interlocuteur avec la PMI	28
5.4. Limites liées au secret professionnel	28
5.5. Difficultés pour chaque professionnel à trouver sa place.....	30
6. Moyens de communication utilisés	33
6.1. Dossier Audipog	33
6.2. Dossier hospitalier.....	33
6.3. Carnet de santé maternité	34
6.4. Choix de ne pas utiliser des dossiers existants	35
6.5. Impression du dossier informatique	36
6.6. Courriers	37
6.7. Téléphone	38
6.8. Fax	39
7. Limites de l'utilisation d'un dossier de suivi commun	39
7.1. Difficultés à obtenir l'outil.....	39

7.2.	Début de remplissage	40
7.3.	Obligation d'une double saisie	41
7.4.	Limites liées à l'utilisation d'un dossier papier	42
7.5.	La crainte du jugement entre professionnels	43
8.	Outil « idéal » de communication interprofessionnelle	45
8.1.	Dossier papier.....	45
8.2.	Informatisation du support.....	46
8.3.	Comparaison à des méthodes existantes	47
DISCUSSION	49
1.	La méthodologie.....	49
1.1.	Points forts	49
1.2.	Points faibles	49
2.	Les résultats.....	50
2.1.	Vision idéale de la coordination des soins.....	50
2.2.	Travail en réseau	51
2.2.1.	Un manque d'intégration des généralistes au sein du réseau « Sécurité Naissance »	51
2.2.2.	Les champs de compétences des généralistes : un frein à leur participation aux RSP ?	52
2.2.3.	Les connaissances interpersonnelles comme aide au lien interprofessionnel	52
2.2.4.	Le lien interprofessionnel comme bénéfice à la prise en charge des patientes	53
2.3.	Rôle central de la patiente.....	54
2.3.1.	Vision différente de la place de la patiente en fonction du type d'exercice professionnel	54
2.3.2.	Une grossesse à bas risque surmédicalisée	54
2.3.3.	La question de l'identité du référent	55
2.4.	Difficultés rencontrées dans le suivi de la femme enceinte.....	55
2.4.1.	Liées au secret professionnel	55
2.4.2.	Difficultés pour chacun à trouver sa place.....	56
	a) L'augmentation du suivi par les sages-femmes libérales faisant émerger des dissensions avec les généralistes	56
	b) La prolongation de l'arrêt de travail comme limite au champ de compétence des sages-femmes.....	57
	c) L'entretien prénatal précoce : outil essentiel pour les sages-femmes mais anecdotique par les généralistes	58
2.4.3.	Manque de coordination par manque de communication.....	59
2.4.4.	Manque de coordination par manque de temps.....	59
2.5.	Moyens de communication utilisés	60
2.6.	Limites de l'utilisation d'un dossier de suivi commun.....	62
2.6.1.	Les nombreux inconvénients au dossier de suivi papier similaires à ceux évoqués dans la littérature.....	62
2.6.2.	Le premier trimestre de grossesse comme obstacle au début de remplissage d'un dossier de suivi.....	62
2.6.3.	Le sentiment de hiérarchie comme frein à l'utilisation d'un dossier de suivi commun.....	63
2.7.	Outil « idéal » de communication interprofessionnelle	64
CONCLUSION	66

BIBLIOGRAPHIE.....	68
LISTE DES TABLEAUX.....	74
TABLE DES MATIERES	75
ANNEXES.....	I
Annexe 1 : Lettre d’information à l’intention des participants	I
Annexe 2 : Guide d’entretien	II
Annexe 3 : Consentement	III
Annexe 4 : Verbatims via un lien internet Dropbox	IV
Annexe 5 : Questionnaire socio-professionnel	V

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information à l'intention des participants



UFR SANTÉ



Cher confrère, cher collègue,

Je suis interne en médecine générale, actuellement en 5^{ème} semestre. Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude qualitative qui s'intéresse à la coordination des soins dans le suivi de la femme enceinte.

L'objectif de ce travail est d'explorer comment les professionnels de santé perçoivent l'amélioration de la coordination des soins autour de la femme enceinte, et quel outil les y aiderait.

Vous êtes sollicité dans la mesure où vous suivez des femmes au cours de leur grossesse. La pratique exclusive d'échographies obstétricales ou de médecine à mode d'exercice particulier sont des critères d'exclusion à la participation de cette étude.

Pour cela, je vous propose de participer à un entretien collectif (focus group) autour de ce sujet avec d'autres professionnels concernés pendant une heure environ, à la faculté de médecine d'Angers (salle, date et horaire à définir). Au début de l'entretien, vous serez invité à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée (Voir document joint).

Vous aurez la possibilité de quitter l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Cet entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrit. Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes citées...) seront ensuite rendu anonymes.

Nous vous adresserons une retranscription par courriel si vous le souhaitez, et ainsi vous aurez la possibilité de modifier vos propos.

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse me contacter par email : these.ferron.carole@gmail.com.

Merci de m'indiquer les jours de la semaine et les moments/tranches horaires où vous pouvez vous rendre disponible. Un sondage vous sera ensuite envoyé pour planifier l'entretien avec les autres membres du groupe auquel vous participerez.

Une réponse négative sera la bienvenue pour éviter que je vous envoie un mail de relance.

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez.
Je vous remercie par avance pour votre aide.

FERRON Carole.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Coordination des soins dans le suivi de la grossesse :

- Avez-vous l'habitude de travailler en réseau dans le cadre de la prise en charge de la femme enceinte ?
 - o Avoir effectué sa formation initiale proche de son lieu d'exercice facilite-il selon vous le travail en réseau ?
 - o Faire des formations pluridisciplinaires autour de la femme enceinte peut-il aider le travail en réseau ?
 - o Votre lieu d'exercice influence-t-il, selon vous, l'accessibilité au travail en réseau ?
- Quels outils de communication utilisez-vous avec les autres professionnels de santé intervenants dans le suivi de grossesse de vos patientes ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de la coordination des soins chez la femme enceinte ?
 - o Utilisez-vous les mêmes outils que les autres professionnels avec qui vous partagez le suivi de grossesse ?
 - o Avez-vous des informations sur les consultations effectués par les autres professionnels suivant vos patientes ?
- Selon vous, comment peut-on améliorer la coordination des soins dans le suivi de la grossesse ?

Outil de communication :

- L'utilisation d'un outil commun entre les différents intervenants autour de la grossesse vous paraît-elle pertinente ?
 - o Que pensez-vous du partage d'informations que cela peut apporter ?
 - o Pensez-vous que cela peut permettre d'uniformiser les pratiques autour du suivi de grossesse ?
- Quelle est votre opinion sur le carnet de santé maternité ?
- Quelles améliorations pourraient être apportées à ce carnet pour en faire un lien entre les professionnels de la santé autour de la femme enceinte ?
 - o Que pensez-vous de son format ?
 - o Trouvez-vous la partie médicale adaptée à votre pratique ?
- Quel serait pour vous l'outil de communication idéal ?
- Que pensez-vous des outils informatiques ?

Annexe 3 : Consentement



UFR SANTÉ

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01



Titre du travail : Coordination des soins dans le suivi de grossesse : peut-elle être améliorée par l'utilisation d'un dossier de suivi commun entre les différents intervenants autour de la femme enceinte ?
Etude qualitative par focus groupe interprofessionnel dans le Maine et Loire, en 2018.

Nom du thésard : FERRON Carole

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- les données seront conservées après anonymisation jusqu'à la soutenance publique de la thèse puis qu'une copie de ces données sera proposée pour conservation à l'Université d'Angers
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature de l'interviewé(e) :

Signature de l'investigateur ou de la personne ayant délivré l'information :

*Déclaration de révocation :

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature :

Annexe 4 : Verbatims via un lien internet Dropbox

Verbatim du focus group n°1 :

<https://www.dropbox.com/l/scl/AADegXia755iGmyHvpw3zZiQ1xgWcheZtsA>

Verbatim du focus group n°2 :

<https://www.dropbox.com/l/scl/AAAG6bJE6ajKUaFuFcAac-YUICLErhw9rIU>

Verbatim du focus group n°3 :

https://www.dropbox.com/l/scl/AAB_jWz3tfp4xSCSgvrc2UH0IgTwjILLPFo

Annexe 5 : Questionnaire socio-professionnel

Merci de remplir le questionnaire suivant :

Le numéro d'anonymat du focus group qui vous a été attribué :

Votre sexe : Féminin / Masculin

Votre âge :ans

Votre profession* : MG / SF / GM / GO

Lieu(x) d'exercice :

Libéral / Hôpital périphérique / CHU d'Angers / Clinique de l'Anjou/ Polyclinique du Parc/ PMI

Si libéral :

Seul / Cabinet de groupe mono-professionnel / Cabinet de groupe multi-professionnel / Maison de Santé Pluridisciplinaire

Urbain / Rural

Date d'installation :

Lieu de formation initial :

Participation à de la formation continue : Oui / Non

Si Oui : Formations mono-disciplinaire / Formations pluridisciplinaires

Quelles sont les raisons qui vous ont motivé à participer ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

*MG : Médecin généraliste, SF : Sage-femme, GO : Gynécologue Obstétricien,
GM : Gynécologue Médical

FERRON Carole

Coordination des soins dans le suivi de la femme enceinte : Comment les professionnels envisagent-ils son amélioration ?

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Le suivi de grossesse implique la participation de plusieurs professionnels en divers lieux. Le partage d'informations est donc essentiel pour assurer une bonne continuité des soins. Des outils de communication existent, tels que le carnet de santé maternité, mais ne sont que peu utilisés.

OBJECTIF : Explorer comment les professionnels envisagent l'amélioration de la coordination des soins autour de la femme enceinte, cerner leurs difficultés, connaître leurs outils de communication et leurs opinions sur le carnet de santé maternité, avoir leur avis sur un outil de communication « idéal ».

METHODE : Etude qualitative par focus groups auprès de généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens de la circonscription facultaire d'Angers de septembre à décembre 2018. Codage en unité de sens, analyse thématique inductive du verbatim et triangulation des données.

RESULTATS : Seize professionnels ont participé, répartis en trois focus groups. Certaines informations leur paraissaient indispensables à partager notamment les conditions éventuelles de précarité afin que la grossesse de la femme se déroule au mieux. Le travail en réseau leur paraissait nécessaire pour assurer cette coordination des soins. Selon eux, la patiente avait un rôle central dans cette coordination en dehors d'une situation de vulnérabilité. La difficulté pour chacun à trouver sa place, le manque de temps et d'échanges rendaient difficile le suivi. Les moyens de communication étaient multiples, mais aucun n'était vraiment satisfaisant. L'outil « idéal » semblait être un dossier informatisé, généralisé à tous les professionnels, sans obligation de double saisie, auquel la patiente avait également accès.

DISCUSSION : Peu de pistes d'amélioration ont été apportées par les professionnels. Une nouvelle étude par méthode Delphi pour aboutir à un consensus concernant un outil « idéal » semble pertinente.

Mots-clés : coordination des soins, grossesse, périnatalité, réseau, outil de communication

Prenatal care coordination : How professionals consider its improvement ?

ABSTRACT

INTRODUCTION : The track of pregnancy implies the involvement of different health care professionals in many different sites. It is therefore essential to set up a close coordination of pregnancy care for a smooth and successful pregnancy. Some tool does exist such as a health maternity book even if it is not frequently used.

GOAL : Exploring how professionals consider improvement of prenatal visits coordination, understand their difficulties, but also have a better known of their communication tools and their opinions about health maternity book in order to get their "ideal" communication tool.

METHOD : Qualitative study by the implementation of focus group composed of general practitioners, midwives but also obstetricians, all belonging to Angers' Faculty of Medicine. This study has been conducted from September to December 2018. Qualitative research coding, verbatim transcription for qualitative thematic analysis and triangulation of data.

RESULTS : Split into three focus groups, sixteen professionals took part in the study. Among different criteria, sharing information especially potential precariousness conditions seemed to them necessary to ensure a good level of pregnancy follow-up. Working in network was a prerequisite to ensure a good health care coordination. According to the focus groups members, the pregnant patient had a key role to coordinate prenatal visits except in case of weakness.

The difficulty for everyone to take its place but also the lack of time and dialogue complicated the pregnancy follow-up. There were multiple communication means but none of them gave complete satisfaction. The "ideal" tool seemed to be an electronic health record common to all professionals, without double capture obligation. The pregnant patient would have a direct access on it, as well.

DISCUSSION : Health professionals have suggested only few improvements. A new study with Delphi's method would be helpful to get an « ideal » tool consensus.

Keywords : health care coordination, pregnancy, perinatal, network, communication tool